Wiener Medizinische Presse.

ORGAN FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Redigirt

von

Dr. ANTON BUM.

XXXVI. JAHRGANG 1895.

WIEN 1895.

Verlag von Urban & Schwarzenberg, Maximilianstrasse Nr. 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Autoren-Verzeichniss.*)

*) Die Ziffern bedeuten die Seitenzahl.

Sach-Register.

I. Wissenschaftlicher Theil.

II. Feuilleton, Standesangelegenheiten, Tagesgeschichte etc.

III. Literarische Anzeigen.

IV. Verhandlungen ärztlicher Vereine und Congresse.

Nr. 1. Sonntag den 6. Januar 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ein Fall von Pseudo-Aktinomykose seltener Ausbreitung.

Von **Prof. R. v. Mosetig-Moorhof** in Wien.

Anfangs Mai v. J. bekamen wir von einer internen Klinik die 57jährige Private J. K. behufs Thoracotomie zugewiesen.

Die recht abgezehrte Pat. gab an, seit etwa 2 Jahren Seitenstechen zu verspüren, seit einem Jahre von Husten geplagt zu sein. Im März stellte sich Fieber ein mit Zunahme des Seitenstechens, des Hustens und stärkerer Expectoration. Vor 4 Wochen bemerkte sie zuerst eine kleine Anschwellung am Rücken, die stetig an Größe zunahm. Bei fortdauerndem Fieber kam es auch zu öfterem Erbrechen.

In der Scapularlinie links findet man in der Höhe der 9.—11. Rippe eine etwa faustgroße, von intacter Haut bedeckte, deutlich fluctuirende, bei Druck schmerzhafte Vorwölbung. Auffallend erscheint, daß die Schmerzhaftigkeit entlang des Unterleibes bis zum Becken sich fortsetzt, und daß die ganze entsprechende Seite von der 6. Rippe ab leeren Percussionsschall ergibt. Das Athmungsgeräusch fehlt, ebenso der Stimmfremitus, gegen die Lungenwurzel ist Bronchialathmen zu hören. Diagnose: Empyema necessitatis.

Bei der Operation am 6. Mai wird zunächst durch einen ausgiebigen Transversalschnitt, schichtenweise vordringend, zunächst der Absceß eröffnet und ein viscöser, eigenthümlich riechender, gräugelber Eiter entleert, in welchem massenhaft kleine, gelbe Körnchen schwimmen.

Nach subperiostaler Resection der 10. und 11. Rippe, nach vorausgeschickter Erweiterung der Wunde durch einen zweiten, senkrecht nach abwärts geführten, mit dem horizontalen ersten in der Mitte zusammenstossenden Schnitt gelangt man in ein großes, mit dem gleichen Eiter erfülltes intrathoracisches Cavum, welches für die Pleurahöhle imponirt. Bei Druck auf das Abdomen entleeren sich von unten her durch die Wunde neue Massen Eiters. Der Finger entdeckt einen Defect an dem Thoraxansatze des Zwerchfelles und gelangt in ein retroperitoneales Cavum, dessen Abgrenzung nach unten durch das Poupart'sche Band gegeben wird.

Oberhalb des letzteren wird contraincidirt, das colossale, fast die ganze Stammeslänge und den halben Stammesumfang fassende Eitercavum nach Thunlichkeit ausgespült und drainirt: die entleerte Eitermenge wurde auf circa 4 Liter geschätzt. Die sehr erschöpfte, beinahe pulslose Patientin erholte sich etwas und lebte, oder besser agonisirte unter subnormalen Temperaturen noch volle 8 Tage.

Am 15. Mai nahm Prof. Dr. Kolisko die Obduction der Leiche vor und hatte die Güte, nachfolgenden Befund zu erheben.

Körper mittelgroß, abgemagert, sehr blaß. Das Gesicht stark verfallen, die Bulbi tief in die Orbitae zurückgesunken. Die sichtbaren Schleimhäute blaß, von den Zähnen nichts als die nekrotischen Wurzeln der Schneide- und Eckzähne erhalten, in deren Bereiche der Alveolarfortsatz noch erhalten ist, während er im Bereiche der fehlenden Zähne vollends atrophirt erscheint. Bei Druck auf die vordere Wand des Alveolarfortsatzes entleert sich dicker, rotziger Eiter aus einer der Schneidezahnwurzellücken. Nach Abstemmung der Alveolarfortsätze erscheint sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer, den Wurzeln der Schneidezähne entsprechend, je ein im Alveolarfortsatze selbst liegender kleinhaselnußgroßer Absceß, mit schwarz pigmentirtem Granulationsgewebe ausgekleidet und jenen rotzigen Eiter enthaltend, in welchem zahlreiche, mohnkorngroße, kugelige, gelbe, weiche, sehr leicht zerdrückbare Körnchen suspendirt sind.

Der Hals kurz, dick, der Brustkorb breit, gewölbt, die Brustdrüsen schlaff, fettreich; das Abdomen flach, die Bauchdecken nicht gespannt. Oberhalb des linken Poupart'schen Bandes neben der Spina inferior ilei eine mehrere Centimeter lange, theilweise durch Knopfnähte vereinigte Incisionswunde, in welche ein starkes Drainrohr eingeführt ist. Am Rücken eine T-förmige Wunde entlang dem linken Rippenbogen in der Lumbarregion gelegen, deren horizontaler Schenkel von 10 Cm. längs des Verlaufes der 9. Rippe zieht und deren

Verticalschenkel von gleicher Länge von der Mitte des horizontalen bis zur Höhe des Querfortsatzes des 3. Lendenwirbels herabreicht. Die Ränder der Wunde granulirend, die Spitzen der Lappen gangränös. Die Wunde durchsetzt den Musculus quadratus lumborum und führt in einen weit nach auf- und abwärts reichenden Hohlraum.

Kopfhaut blaß, Schädel geräumig, das Gehirn und dessen Häute anämisch. Die Schilddrüse in beiden Lappen etwas vergrößert, colloid und grobkörnig. In der Mundhöhle schwärzlich gefärbter Schleim, ihre Schleimhaut blaß, ebenso wie jene des Rachens, des Kehlkopfes, der Trachea und der Bronchien. Die Lungen mit ihren vorderen Rändern den Herzbeutel verdeckend, die rechte im äußeren und hinteren Umfange locker angewachsen, sehr substanzarm, fast blutleer, nur in der hinteren unteren Lappenpartie etwas blutreicher; in ihrer Spitze zwei hanfkorngroße, schwarze, schwielige Knötchen. Im Herzbeutel einige Tropfen Serum, das Herz schlaff, stark mit Fett bewachsen, sein Pericardium blaß und zart. In den Herzhöhlen spärliche, lockere Blutgerinnungen; Klappen und Endocard zart, die Intima der Aorta endarteritisch verändert, das Herzfleisch gelblich-braun, morsch.

Die linke Lunge in ihrem vorderen Umfange fädig angewachsen, im äußeren Umfange des Unterlappens und an der Basis fester adhärent. Die ganze Lunge nach vorne gedrängt durch einen subserösen Hohlraum, welcher dadurch gebildet ist, daß die Pleura costalis von der Pleurakuppel bis an's Zwerchfell von hinten her abgehoben ist, so daß die abgehobene Pleura den Brustraum der Länge nach diaphragmaartig durchzieht. Der obere Lungenlappen ist mit seiner hinteren Peripherie locker an die abgehobene Pleura adhärent. Die Innenfläche der Pleura im Bereiche der letztgedachten Stelle injicirt und klebrig; drei Querfinger breit unterhalb der Pleurakuppel in der abgehobenen Pleuraregion ein hellergroßes Loch mit fettigen, eiterig infiltrirten Rändern, welches in den subserösen Raum führt. Das Gewebe des linken Lungenoberlappens sehr substanzarm, blutleer, noch allenthalben lufthältig, das des Unterlappens fast luftleer und namentlich gegen die Basis und nach hinten zu von auf den Durchschnittsflächen ein walliges Gefüge zeigenden Absceßgruppen durchsetzt, welche einen dicken, rotzigen Eiter enthalten und von einer schmalen Zone pneumatisch infiltrirten Lungengewebes umgeben sind. Diese walligen Abscesse ziehen im hinteren und äußeren Umfange, entsprechend den festen Umwachsungen, bis an die abgehobene Pleura, dieselbe durchbrechend und dadurch stellenweise mit dem subserösen Cavum communicirend. Die Präparation des letzteren ergibt im Bereiche des Pleuraraumes eine Auskleidung mit einer, einige Millimeter dicken Schichte blutreichen Granulationsgewebes, welches noch mit einer dünnen Schichte eines dicklichen Eiters überzogen ist, in welchem zahlreiche mohnkorngroße, kugelige, gelblichweiße Körnchen suspendirt sind, dagegen im Bereiche der Bauchhöhle, allwo sich der Hohlraum bis an's Darmbein herab erstreckt, die Begrenzung von einem diffus eiterig infiltrirten, lockeren Zellgewebe gebildet wird, in welchem zahllose jener oben beschriebenen Körnchen lagern. Der Hohlraum ist durch die beiden früher beschriebenen Wunden eröffnet. Die 10. und 11. Rippe in der ganzen Länge des horizontalen Schenkels der T-Wunde resecirt und eine mächtige Communication zwischen dem subpleuralen und dem retroperitonealen Cavum gebildet. Unterhalb des Zwerchfelles liegt der retroperitoneale Hohlraum, hier nur mehr von phlegmonös eiterig infiltrirtem lockeren Zellgewebe, das keine Spur einer Granulationsgewebsneubildung zeigt, begrenzt, hinter der linken Niere dieselbe nach vorne drängend und reicht bis an den Beckeneingang, indem auch über dem ganzen linken Darmbeinteller die Serosa abgehoben ist.

Die Leber fetthältig, ziemlich blutarm, in der Gallenblase nebst gelbbrauner Galle bei 40 polyedrische, gelbbraune Steinchen. Die Milz, durch den retroperitonealen Hohlraum nach vorne gedrängt, ist klein, matsch, blutarm. Beide Nieren blutarm, in der Rinde etwas verquollen. Magen und Därme mäßig ausgedehnt, ihre Schleimhaut blaß.

Der Eiter war von grüngelber Farbe, dick, rotzig und enthielt zahllose mohnkorngroße, selten größere, weiche, leicht zerdrückbare, gelbe, runde Körnchen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß sie aus Pilzrasen bestanden, die zu drüsigen Massen zusammengeballt waren. Die Pilzrasen selbst waren aus feinen Fäden zusammengesetzt, deren Dicke die der gewöhnlichen Strahlenpilze übertraf und die nirgends Keulenbildung zeigten. Nach Gram gefärbte Deckglaspräparate zeigten die feinen Fäden Scheinverzweigungen bildend, feinst granulirt; daneben fanden sich coccenartige Gebilde von der Größe der feinen Granula der Faden, außerdem noch diplococcenartig angeordnete größere Coccen und sarcineartige Organismen. Denselben Befund ergab der bei der Obduction den Alveolen entnommene Eiter.

Einer so colossalen Ausbreitung der Pseudo-Actinomykose dürfte man wohl selten begegnen. Auch in unserem Falle war die Eingangspforte wie gewöhnlich die Mundhöhle, und zwar cariöse Zähne, und müssen die Alveolarabscesse als die primären Herde angesehen werden. Von hier aus fand die weitere Ausbreitung der Infection statt, und zwar nicht, wie gewöhnlich, entlang den Bindegewebslagern des Halses, sondern direct in die linke Lunge, von hier nach Durchbruch der Pleura costalis in das subpleurale Zellgewebe und, nach Durchbruch des costalen Zwerchfellansatzes in das Zellgewebe des retroperitonealen Raumes.

Aus dem Institute für gerichtliche Medicin der k. k. Jag. Universität in Krakau.

Natürlicher Tod oder körperliche Verletzungen durch Polizeileute?

Von **Dr. Eduard Piotrowski**, Assistent an diesem Institute.

Am 10. November 1894 wurde die Leiche des P. K., von Profession Maurer, der im Polizeigefängnisse in der Nacht vom 9. auf den 10. November gestorben war, in die gerichtsärztliche Anstalt gebracht. Aus dem Polizeiberichte konnte man nur erfahren, daß er am 9. November Abends in der Krovoderskagasse auf dem Steinpflaster in betrunkenem Zustande liegend aufgefunden wurde, und in das Inspections-Polizeibureau gebracht, kaum seinen Vor- und Zunamen angeben konnte, worauf er in eine Zelle übergeführt und auf hölzernem Fußboden gebettet wurde. Morgens um 5 Uhr Früh fand man ihn todt. Seitens der Angehörigen konnte man nichts über den Verstorbenen erfahren, dieselben suchten auf die Nachricht, daß P. K. im Polizeigefängnisse verschieden sei, sei es aus eigenem Anlasse oder durch andere aufgehetzt, in der Stadt das Gerücht zu verbreiten, daß der Verstorbene den von Polizeimännern erhaltenen Schlägen erlegen sei.

Am 11. November nahm ich die Section der Leiche vor.

Bei der äußeren Besichtigung kamen einige Blutunterlaufungen am rechten Vorder- und Oberarme von der Größe eines halben Kreuzers zum Vorschein, welche durch Einschnitt als solche constatirt wurden. Der Verstorbene war gut gebaut und gut ernährt, die Todtenstarre war in allen Extremitäten vorhanden. Aus der Rachenhöhle kam eine schmutzige Substanz hervor. Bei der inneren Besichtigung fand ich Hypertrophia cordis sinistri, Herzmuskel auf dem Durchschnitte von Rosafarbe. In den Herzkammern und Sinus venosus, sowie in den Gefäßen befand sich flüssiges, kirschbraunes Blut. Die Lungen zeigten eine unbedeutende Anschwellung, waren überall lufthältig, unter dem Drucke mit unbedeutender Menge einer schaumigen Flüssigkeit überfließend. Gehirn, Leber, Milz ohne sichtbare Veränderung. Die Nieren sehr consistent, sonst zeigte die makroskopische Untersuchung keine Veränderung. Die Blase durch gelben, hellen Urin bedeutend ausgedehnt, der Magen und Darm von flüssigem, kaffeebraunem, käsig riechendem Inhalt erfüllt. Die Magen- und Darmschleimhaut unbedeutend hyperämisch.

Es wurde der Tod in Folge einer äußeren Verletzung ausgeschlossen, da die aufgefundenen Blutunterlaufungen keineswegs die Todesursache des Denatus abgeben konnten. Vielmehr schloß ich auf plötzlichen Tod in Folge der Berauschung und folglich auf Alkoholvergiftung.

Die Angehörigen des Verstorbenen waren aber mit meinem Gutachten nicht einverstanden und reichten die Klage an die k. k. Staatsanwaltschaft gegen die Polizei wegen Ermordung ihres Angehörigen ein. Darauf meldeten einige locale und auswärtige Zeitungen von dem im Krakauer Polizeigefängnisse verübten Morde. Die k. k. Staatsanwaltschaft ordnete die Exhumirung der Leiche und nochmalige Secirung derselben an.

Das Gutachten der Obducenten ging dahin, daß der Verstorbene ein vollständig gesunder Mensch gewesen war, und daß die eigentliche Ursache seines Todes jetzt wegen der vorgenommenen Section näher nicht angegeben werden könne, und darum beantragten sie die Einholung des Protokolls über die in der gerichtsärztlichen Anstalt stattgefundene Section. Das Gericht entsprach dem Ersuchen und verlangte von der Anstalt das Sectionsprotokoll sammt Gutachten. Obgleich der ganze Fall wenig Interesse darbot, war ich, da ich Verdacht schöpfte, daß er zu gewissen Zwecken ausgebeutet werden würde, während der Sectionsvornahme so vorsichtig, nach beendeter Obduction den Fall einer gründlicheren Untersuchung zu unterziehen. Beruhte mein ärztliches Gutachten, wobei ich Alkoholvergiftung vermuthete, auf Wahrscheinlichkeit, so konnte dasselbe nichtsdestoweniger leicht in Abrede gestellt werden, weil die Beweise dafür vollständig fehlten.

Deswegen untersuchte ich die Nieren, den Urin und den Mageninhalt. Die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab die Entwicklung des Granulationsgewebes im Parenchyme derselben, und durch diesen Zustand wäre die allzu große Fettigkeit der Nieren erklärt. Die chemische Harnuntersuchung ergab Fehlen von Zucker, niedriges specifisches Gewicht und Eiweiß. Am werthvollsten war das Ergebniß der chemischen Untersuchung des Mageninhaltes, welches ich ausführlich anzugeben mir erlaube.

Die Substanz war halbflüssig, halbschleimig, von käsigem Geruch, kaffeebrauner Farbe, die Reaction vorwiegend sauer. Das Destillat 49 Ccm., Farbe gelblich, opalisirend, specifisches Gewicht 1·017. Durch Destillation und Rectification dieses Destillates erhielt man 5 Ccm. farbloser Flüssigkeit von Käsegeruch und von specifischem Gewicht 0·913. Gab man zu diesem Destillate etwas Schwefelsäure nebst ein wenig chromsaurem Kalium hinzu und erhitzte dasselbe, so ging die gelbe Farbe der Flüssigkeit in eine etwas grünliche über, und es trat zugleich der Geruch nach Aldehyd hervor. Vermischte man das Destillat mit etwa dem gleichen Volumen concentrirter Schwefelsäure und fügte man dann ein wenig essigsaures Salz hinzu, so trat beim Erhitzen der charakteristische Essigäthergeruch auf. Fügte man der zu prüfenden Flüssigkeit einige Körnchen Jod und Kalilauge hinzu, so bildete sich ein Niederschlag von Jodoform, welcher, unter dem Mikroskope betrachtet, aus sechsseitigen Täfelchen bestand.

Alle diese Reactionen zeigten, daß in der zu prüfenden Flüssigkeit Alkohol sich befand, und aus dem Gewichte des Destillates, welches 0·913 hatte, konnte man sehr leicht schließen, daß dieses Destillat Alkohol in der Stärke 60° Tralles war. Nachdem dieses Destillat 5 Ccm., der Mageninhalt selbst 49 Ccm. betrug, so folgt daraus, daß im Mageninhalt 6% reinen Alkohols enthalten war.

Nach Vollendung dieser Untersuchung gab ich folgendes Gutachten ab:

Die Section ergab Blutunterlaufungen am rechten Unter- und Oberarme von der Größe eines halben Kreuzers, die wahrscheinlich unter dem Fingerdrucke entstanden sein dürften, ohne jedoch den Tod des Denatus herbeigeführt zu haben. Weiter ergab die Section: Hypertrophia cordis sinistri; die Harnuntersuchung ergab eine bedeutende Menge von Eiweiß; die mikroskopische Untersuchung der Nieren zeigte interstitielle Veränderungen mit chronischem Verlauf. Die chemische Untersuchung der Magensubstanz ergab die Anwesenheit einer größeren Menge Alkohol in derselben.

Auf Grundlage dieses Befundes und weil keine äußeren Verletzungen, die von Belang wären, vorhanden waren, wird der Tod in Folge äußerlicher Verletzungen ausgeschlossen und die wirkliche Ursache des plötzlichen Todes in Alkoholvergiftung mit folgender Herzlähmung gesucht, da bei constatirten Herz- und Nierenveränderungen die Folgen von Alkoholgenuß umso nachtheiliger sein mußten.

Die exhumirenden Obducenten stimmten mit meinem Gutachten vollständig überein, welches noch durch Zeugenaussagen bekräftigt wurde, daß P. K. ein dem Trunke ergebenes Subject war.

Wenn ich diesen nicht besonders interessanten Fall mitzutheilen mir erlaube, geschieht dies aus doppelten Gründen: Erstens, weil ich ihn nach jeder Richtung auszubeuten befließen war, zweitens, weil derselbe zeigt, wie ein mitunter minder wichtiger Fall durch gewisse Nebenumstände forensische Bedeutung zu erlangen vermag. Im vorliegenden Falle waren aus den Angaben der Familienangehörigen Anklagen gegen die Polizei geschmiedet worden, die großes Aufsehen erregten, die aber — wie aus dem Befunde ergeht — jeder Begründung entbehrten.

Zur Serumbehandlung der Diphtherie.

Von **Dr. Pavlik**, Bezirksarzt in Waag-Neustadtl.

In meinem Bezirke ist die Diphtherie kein seltener Gast mehr: sie taucht seit 6 Jahren beständig auf, wohl zerstreut, bald da, bald dort in den zahlreichen, theilweise dichtbevölkerten Gemeinden und fordert einen hohen Percentsatz an kleinen Todten unter dem Landvolke. Alle die Behandlungsmethoden, welche beim Bauer kaum durchzuführen sind, haben sich als eitler Wahn der Wissenschaft erwiesen, und die Kinder sind sowohl mit als ohne Behandlung zu Grunde gegangen.

Die Serumdiscussion am Budapester Congresse hat in mir den sehnlichsten Wunsch erweckt, mir über die Frage genaue Information zu verschaffen; zu dem Zwecke besuchte ich im October die Anstalt Bókai's, wo ich leider nur wenig sehen konnte, weil die Behandlungsmethode an Mangel von Serum zu Ende ging und ich mir nur die Berichte über die mit Serum behandelten 35 Kinder einholen konnte. An Bókai's Anstalt wurden die meisten an Kehlkopfdiphtherie Erkrankten zugleich intubirt, und so war es mir nicht ganz plausibel, ob bei den Genesenen die Serumbehandlung oder die Intubation der Rettungsanker war. Ziemlich ernüchtert kehrte ich nach Hause zurück, und mein Skepticismus, den der mißlungene Tuberculinrummel in mir genährt, erschien mir als Gespenst, so oft ich Berichte über Heilserum las.

Durch folgende, selbst beobachtete Fälle bin ich jedoch zu der Ueberzeugung gekommen, daß das Serum entschieden als ein specifisches Mittel, als ein Arcanum gegen diese furchtbare Infectionskrankheit anzusehen ist.

I. Am 20. November wurde ich zu E. Z., Glasfabrikant in Blumenbach (Mähren), gerufen, wo der Fabriksarzt Dr. Donath bei dem 4jähr. Kinde des Hüttenbesitzers Rachendiphtherie constatirt hatte. Ich fand das Kind in hohem Grade unruhig, im Bette sich herumwerfend; Temperatur 39·5°; Halsdrüsen geschwollen, schmerzhaft; die Mandeln mit einem graulichen, stark anhaftenden Belag bedeckt, welcher sich über den ganzen weichen, bis über die Hälfte des harten Gaumens diffus erstreckte; Foetor ex ore. Sofort am Abend um 5 Uhr wurden 5 Grm. Serum Nr. II am Rippenbogen in der Axillarlinie injicirt und Gurgelungen mit Chlorkali angewendet. Das Kind hat wohl die ganze Nacht unruhig zugebracht und über Schmerzen an der Injectionsstelle jämmerlich geklagt, aber am Morgen des 29. November war es ganz munter und verzehrte seine Frühstückration mit Gier. Um 5 Uhr Abends, also 24 Stunden nach

der Injection, fand ich das Kind singend am Bettrand sitzen, vollkommen fieberfrei, der üble Geruch verschwunden, der Belag wie weggewischt, die Rachengebilde vollkommen gesund. Das Kind hat am 4. Tage das Bett verlassen. Bemerken muß ich, daß ich das jüngere Schwesterchen (2 Jahre alt) dieser Patientin prophylaktisch geimpft habe und die Kleine gesund geblieben ist.

II. In Brunvir starb ein 10jähriger Knabe des herrschaftlichen Kutschers P. an Diphtherie; als der jüngere 9jährige Bruder des Verstorbenen ebenfalls an Diphtherie erkrankte, wurde ich von der Herrschaft ersucht, den Knaben mit Serum zu behandeln. Ich constatirte Rachen-Nasen-Diphtherie und injicirte 5 Grm. Serum Nr. II. Am 3. Tage ist der Knabe gesund im Hofe umhergelaufen.

III. In der unmittelbaren Nachbarschaft dieses 2. Kranken ist das 2jährige Kind eines herrschaftlichen Bediensteten, G. K., an Rachendiphtherie erkrankt und nach einer Injection von Serum Nr. I in 5 Tagen gesund geworden.

IV. Am 3. December wurde ich zu einem 3 Monat alten Kinde gerufen, welches ich mit keuchendem Athem, aussetzendem, schwachen Pulse, im Suffocationsstadium einer ausgebreiteten Rachen-Kehlkopf-Diphtherie fand. Freilich konnte ich in diesem Falle an eine Rettung gar nicht denken; aber den Bitten der Eltern nachgebend, injicirte ich Nr. II. Der Zustand des Kleinen hat sich anscheinend gebessert, doch ging dieser weit vorgeschrittene Fall nach 24 Stunden letal aus. Zwei ältere Geschwister, die in derselben Stube wohnten, wurden prophylaktisch geimpft und sind gesund geblieben.

V. Bei dem am 17. December untersuchten, 1 Jahr alten Kinde des Landwirthes M. S. fand ich: Temp. 39°; beide Mandeln stark geschwollen, mit grauem, sich über den ganzen weichen und harten Gaumen ausbreitenden fötiden Belag versehen; Halsdrüsen stark geschwollen, sehr schwerer, pfeifender Athem, stark cyanotische Lippen; Puls 170. Das Kind unruhig, nach Athem ringend, will seit 8 Stunden die Brust nicht fassen. Rachen-Kehlkopf-Diphtherie. Injection: Serum Nr. II von 6 Ccm. Das Kind ist bald nach der Injection eingeschlafen und hat 3 Stunden ruhig geschlafen, verlangte, erwacht, mit lebhaftem Schreien die Brust, ließ dieselbe jedoch wegen Dyspnoe bald aus. 18 Stunden nach der Injection Rachengebilde vollkommen frei vom Belag, der Athem noch schwer, überall großblasiges, „feuchtes", weit hörbares Rasseln. Nach Darreichen von Ipecacuanhainfus werden große Massen flockigen Schleimes theils ausgehustet, theils ausgebrochen. Am 5. Tag genas das Kind vollkommen.

Bemerken muß ich, daß ich mit den vorzüglichsten bacteriologischen und mikroskopischen Apparaten versehen, in allen diesen Fällen von den Membranen Culturen angelegt und LÖFFLER'sche Bacillen nachgewiesen habe.

Außer diesen Fällen behandelte ich noch andere 4 Kinder mit Serum, bei denen ich jedoch die Diagnose bacteriologisch nicht festgestellt habe.

Militärärztliche Zeitung.

Feldärztliche Vorschläge für Krieg und Frieden.

Von **Regimentsarzt Dr. Konrad Majewski**, Garnisons-Chefarzt etc. in St. Pölten (N.-Oe.).

I. Zur Aseptik im Felde.

Ein keimfreier Wundverband bedeutet für den im Felde Blessirten oft — das Leben.

Dies anerkennend, plaidiren namhafte Kriegs-Chirurgen (HABART u. A.) für die Einführung von Sterilisirungs-Apparaten für den Feldgebrauch. Letztere sind jedoch für Feldzwecke zu theuer, zu complicirt und daher gebrechlich und schwer transportabel. Im Nachstehenden unterbreite ich der Beurtheilung der Herren Collegen einen Vorschlag, der sich jeder bestehenden Feld-Sanitäts-Ausrüstung mit wenig Kosten adaptiren läßt, und das pium desiderium des Feldarztes, die Aseptik im Felde, ermöglicht.

Der Vorschlag gipfelt in dem Begriffe einer Verbandstoff-Conserve.

Darunter verstehe ich eine nach Art der in allen Armeen eingeführten Verpflegs-Conserven gebaute, gelöthete Blechdose, gefüllt mit dosirten, in Pergamentpapier oder Stanniol gehüllten Wundverbandstoffen. Die Verbandstoffe werden vor der Füllung durch trockenes Erhitzen über 140° C. (R. KOCH und WOLFFHÜGEL) sterilisirt; der hermetische, gelöthete Abschluß der Conserve sichert eine absolut staubfreie, vollkommen trockene Aufbewahrung, wodurch den Bacterien der Zutritt unmöglich gemacht wird und ihre wichtigste Lebensbedingung, die Feuchtigkeit, entzogen wird.

Im Felde, kurz vor dem Gebrauche, werden die Conserven durch $1^1/_2$ Stunden in siedendem Wasser und der sich hiebei entwickelnden Dampfatmosphäre (die Conserve schwimmt am Wasser) erhitzt, hiedurch werden die darin enthaltenen Verbandstoffe von Neuem trocken frisch sterilisirt; ein Verfahren, zu welchem sich jeder Kessel oder größerer Kochtopf mit Deckel eignet, welches daher im Felde überall leicht durchzuführen ist.

Fig. 1.

Verbandconserve.

Die Conserve ist nach Art der Sardinenbüchse gebaut und daher leicht durch Abreißen des Deckels zu öffnen (s. Fig. 1). Die Einhüllung der Verbandstoffdosen in Pergamentpapier oder Stanniol ermöglicht eine Sterilerhaltung der Verbandstoffe durch kurze Zeit, von der Eröffnung der Conserve bis zu ihrem vollständigen Verbrauche.

II. Gegen die Pflasterbehandlung der Hautabschürfungen.

(Schuhdruck, Wundreiten, Abschürfungen an den Händen bei Gewehrgriffübungen.)

Die kriegs-chirurgischen Koryphäen, welche mit Vorliebe die wichtige Frage der Geschoßwirkung studiren, sind in das kleine und kleinste (5 Mm.) Caliber derart vertieft, daß ihnen so manche lebenswichtige feldärztliche Frage entgeht.

Zu den durch die besten Geister vernachlässigten Problemen gehört der Schuhdruck des Fußsoldaten und das Wundreiten des Reiters, wenn auch beide im Felde eine Massenverwundung bedeuten. Es erscheint daher geboten, sich mit der Behandlung dieser Soldatenkrankheit zu beschäftigen.

Die excoriirte Haut ist ein ideal günstiger Nährboden für die belebten Erreger der Wundkrankheiten; nicht die unvermeidliche Verunreinigung der wunden Hautstelle, sondern der gleichzeitige Zutritt der pathogenen Bacterien ist die Ursache der Geschwürsbildung, Zellgewebs- und Lymphgefäßentzündung, sowie anderer Folgekrankheiten des Schuhdruckes und Wundreitens.

Die bisher übliche Pflasterbehandlung derartiger Hautabschürfungen bildet durch den Abschluß der Hautsecrete und des stets secernirten Serums an der erkrankten Stelle eine feuchte Kammer im Sinne der Bacteriologen und schafft den Feinden der Wunden ein behagliches Heim. Die aus Leinwand oder Seidentaffet und Gummi bestehenden Pflaster sind überdies als ein, die Wunde drückender starrer Fremdkörper nachtheilig; die sogen. animalischen Pflaster, aus einer thierischen Membran (Serosa, Omentum) bestehend, sprechen der Aseptik Hohn und mögen in erster Linie ähnlich dem

Catgut aus der Wundbehandlung eliminirt werden. Die Kautschuk- und Bleipflaster, sowie die Harzpflaster maceriren die Excoriation und ihre Umgebung, erhalten dieselbe feucht und erhöhen dadurch die Infectionsgefahr. Die Behandlung der frischen Hautabschürfung besteht in einem aseptischen [1] Verband, welcher außer mehrfach zusammengelegter entfetteter Gaze keine anderen Verbandstoffe enthält, und stramm mittelst Calicotbinde angelegt, das Gehen in einem bequemen Schuh nicht beeinträchtigt — der mit Schuhdruck Blessirte wird marschfähig erhalten. Bei Verdacht auf bereits stattgefundene Infection der Hautabschürfung empfiehlt sich dieselbe mit 2%iger Lapislösung zu touchiren. Ist die Hautabschürfung bereits geschwürig zerfallen, dann paßt für die erste Zeit ein Jodoform- oder Jodamylum [2]-Verband in der obigen Form. Im Granulations-Stadium wende ich 2%ige Lapissalbe an. Bei bestehender Fußschwellung ist eine mehrtägige Bettruhe angezeigt, wonach der Mann verbunden weiter marschirt. Allfällige Complicationen: Lymphgefäßentzündung, Phlegmone, Rothlauf etc. bedürfen einer bei diesen Krankheiten üblichen, an verschiedenen Schulen verschiedenen, jedoch stets spitalmäßigen Behandlung. Ruhe, Hochlagerung, gleichmäßige Temperatur (Verband) sind die wichtigsten Momente der sonst der Mode unterliegenden Therapie.

Der in manchen Armeen eingeführte, aus einem starken Baumwollstoff gefertigte, jedoch mit Ledersohle versehene Commodeschuh ist eine große Wohlthat für den Fußmaroden im Felde und trägt wesentlich zur Verringerung der Zahl der Marschunfähigen bei. Um dem angerittenen Reiter das Vorwärtskommen im Felde zu erleichtern, bestehen gegenwärtig keine hygienischen Maßregeln.

Ich bringe Wasserpölster in Vorschlag, welche entweder als kleine Wasser-Pelotten aus Gummi auf die verbundene Hautstelle aufzubinden wären oder als ein der Form des Sattels entsprechender, sonst nach Art der bekannten Luftpölster gebauter Sattelaufsatz zur Anwendung kämen. Erstere wären beim Aufreiten an der inneren Kniefläche angezeigt, letztere würden sich bei Excoriationen an der hinteren oder inneren Schenkelfläche und in der Gegend der Sitzknorren empfehlen.

Derartige Wasserpölster würden auch beim geschwürigen Zerfall der Excoriationen, dem Reiter den Marsch ermöglichen, ohne seine Sitz- und Sattelfestigkeit zu beeinträchtigen.

III. Ueber die austrocknende Wundbehandlung im Felde.

Die Austrocknung hebt die Lebensthätigkeit der Bacterien auf, die widerstandsfähigen Sporen überdauern dieses Stadium der Unthätigkeit, die Bacillen gehen hiebei zu Grunde. Wunden austrocknen heißt Wunden heilen. Dies erreicht man durch Meiden der Flüssigkeit beim Reinigen der Wunde, durch trockenes, behutsames Auswischen derselben mit keimfreien, hygroskopischen Verbandstoffen und durch trockene Dauerverbände. — Die Wundspritze, seinerzeit unentbehrlich, wird heute als ein gefährliches Instrument perhorrescirt (v. BERGMANN); was bezweckt das Irrigiren? Zur Reinigung der Wunde ist die einfache Ausspülung (Ausspritzung unstatthaft!) ungenügend. Desinfection ist bei keimfreier Wunde ein unnöthiger Reiz, bei Wundinfection nützt die oberflächliche Spülung nichts, weil die Infectionskeime sich mit einem oberflächlichen Sitze nicht begnügen, sondern von vorne her zu einer Invasion der Lymphbahnen schreiten; rationell ist nur die Desinfection der Wunde mit trockenen, pulverförmigen Jodpräparaten (Jodoform, Jodol, Jodamylum), welche neben ihrer austrocknenden Wirkung durch das allmälig sich abspaltende, in statu nascendi in die Lymphbahnen dringende Jod einen inficirten Körpertheil dauernd zu desinficiren vermögen. Höhlenwunden bedürfen nur dann einer Ausspülung, wenn für den Abfluß der Secrete durch Incisionen und Drainage ungenügend gesorgt wird, oder die Tamponade mangelhaft ist. Drains sollen nie in situ gereinigt werden.

Es ist nicht lange her, daß man sich durch Einführung neuer Verbandflüssigkeiten überboten hat; neben den altbewährten Lösungen von Carbolsäure (LISTER) und Sublimat (v. BERGMANN) tauchten solche von Salicylsäure, Borsäure, Tymol, Creolin, Lysol und viele Andere auf. Zu dieser Zeit pflegte BILLROTH in seinen Vorlesungen zu sagen: „Wir kommen bald zum reinen Wasser als Verbandflüssigkeit"; was der geniale Forscher vorausgesagt, ist jetzt auch eingetreten: aseptisch denkende Chirurgen wenden physiologische (6‰) Kochsalzlösung an, die Jodoformfreunde (v. MOSETIG) gebrauchen gutes Quellenwasser oder in Ermanglung eines solchen dünne Lösungen von Kalium hypermanganicum. Ich glaube einen Schritt weiter zu gehen, wenn ich für das Meiden oder vollständige Entbehren der Verbandflüssigkeiten eintrete, und stütze meinen Vorschlag nicht nur auf die Anfangs geschilderte theoretische Ueberlegung, sondern auch auf eine längere Beobachtung am Krankenbette, wobei ich die artificiellen, durch ätzende Verbandflüssigkeiten erzeugten Eczeme besonders betone. Letztere überdauern nach meinen Erfahrungen oft monatelang die Wundheilung und verschonen bekanntlich auch nicht die Hände der Operateure trotz aller Gegenmaßregeln.

Die nicht nur durch ihren hohen Anschaffungspreis, sondern auch durch den großen Verbrauch — geradezu Mißbrauch — an Desinfectionsmitteln sehr kostspieligen Irrigateure wären in's Feld nicht mitzunehmen. Die Befeuchtung der eingetrockneten Verbandstoffe beim Verbandwechsel kann mit gekochtem Brunnenwasser mit Hilfe eines Glases, Bechers oder Kanne geschehen; die Reinigung der Umgebung der Wunde nimmt man am besten mit sterilen, in gekochtes Brunnenwasser getauchten Compressen vor und trocknet sonach sorgfältig das Planum. Das rasirte Operationsfeld wird durch trockenes Abreiben mit Holzwolletupfern, Gummibürsten und Entfetten mittelst Aether viel sorgfältiger gereinigt, als auf nassem Wege bei Anwendung der Verbandflüssigkeiten. Eine Desinfection der Instrumente entfällt, seitdem dieselben durch siedendes Wasser sterilisirt werden.

Die gegenwärtig beliebten Umschläge mit Lösungen von essigsaurer Thonerde sind in ihrer Wirksamkeit den früher gebräuchlichen Bleilösungen (Aq. plumbi, Aq. Goulardi) gleichwerthig; ihre anfangs kühlende Wirkung wird vom Kranken angenehm empfunden; die weitere Wirkung ist die eines Prießnitz-Umschlages; sie vermögen bei gleichzeitiger Anwendung eines impermeablen Stoffes (Billroth-Batist, Guttaperchapapier) die Haut zu erweichen und zu maceriren, sie wirken jedoch nicht antiseptisch in die Tiefe, wie man sich gerne vorstellt, und sind bei Anwendung trockener Kälte (Eisbeutel, Leiter'scher oder Mader'scher Apparat) und trockener, immobilisirende Verbände vollkommen überflüssig.

Die ausgebreitete Anwendung der antiseptischen Lösungen, welche auf eine Zerstörung der von ängstlichen Aerzten überall vermutheten Mikroorganismen hinausgeht, und in den meisten Fällen mehr zur Beruhigung des antiseptischen Gewissens des Arztes als zur Wohlfahrt des Kranken dient, wäre im Felde durch das geschilderte austrocknende Verfahren zu ersetzen, welches eine Vereinfachung und Verbilligung der Wundbehandlung bedeutet.

(Schluß folgt.)

[1]) Die Aseptik soll ein Gemeingut aller Feldärzte werden, umsomehr, da zur Sterilisirung der Verbandstoffe keine besonderen Apparate nothwendig sind und jede Bratröhre eine Temperatur von über 140°C. aufweist und zur Aufnahme der Sterilisirungsbüchsen aus Pappe (GLEICH) oder Blech (ROTTER) dienen kann.

[2]) Vom Verfasser in die Wundbehandlung eingeführtes tiefblaues Pulver wird durch Zusammenmischen von Tinctura jodi und Amylum tritici im Verhältniß 1:2 dargestellt und bietet gegenüber dem Jodoform nachstehende Vortheile: a) Die auf der bekannten Hygroskopicität des Amylums beruhende, austrocknende Wirkung par excellence, b) große Billigkeit, c) Reizlosigkeit — keine Eczeme, d) geringer Jodgehalt — keine Vergiftungen, e) milder, nicht unangenehmer Geruch.

Revue.

Erfahrungen mit der Serumbehandlung der Diphtherie.

II.

Literatur: 1. MOIZARD et PERREGAUX (Paris): 231 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique („Le Bull. méd.“, Nr. 97). — 2. J. W. WASHBOURN, E. W. GOODALL, A. H. CARD: A series of 80 cases treated with diphtheria antitoxin („British Med. Journ.“, Nr. 1773). — 3. H. KOSSEL (Berlin): Weitere Beobachtungen über die Wirksamkeit des BEHRING'schen Diphtherie-Heilserums („D. med. Wochenschr.“, Nr. 51). — 4. MOELLER (Magdeburg): Einige kurze Bemerkungen über die Erfolge mit Heilserum auf der Diphtheriestation des Krankenhauses Magdeburg-Altstadt („Centralbl. f. inn. Med.“, Nr. 48). — 5. SONNENBURG (Berlin): Weitere Erfahrungen über die Wirksamkeit des BEHRING-schen Heilserums bei der Diphtherie („Deutsche med. Wochenschr.“, Nr. 50). — 6. BÖRGER (Greifswald): Die in der Greifswalder medicinischen Klinik erlangten Resultate mit BEHRING's Heilserum bei an Diphtherie erkrankten Personen („D. med. Woch.“, Nr. 48). — 7. Sitzung des Med. Vereines zu Greifswald (Ref. in „Münchner med. Woch.“, Nr. 48). — 8. KUNTZEN (Oschersleben): Beitrag zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserum („D. med. Woch.“, Nr. 49). — 9. PAUL HILBERT (Königsberg): Die Resultate der in der kgl. med. Universitäts-Poliklinik zu Königsberg ausgeführten Schutz- und Heilimpfungen bei Diphtherie („Berliner klin. Woch.“, Nr. 48). — 10. G. MYA (Florenz): La sieroterapia antidifterica nell' Istituto pediatrico di Firenza („Lo Sperimentale“, Nr. 34). — 11. HAGER (Magdeburg): Ueber Anwendung des Diphtherie-Heilserums („Centralblatt f. innere Med.“, Nr. 48). — 12. OTTO TREYMANN (Frankfurt a. O.): Ein Fall von acuter hämorrhagischer Nephritis nach Anwendung des BEHRING'schen Diphtherie-Heilserums („D. med. Woch.“, Nr. 51). — 13. JULIUS SCHWALBE (Berlin): Acute hämorrhagische Nephritis bei Diphtherie (ohne Heilserumbehandlung). — 14. V. CNYRIM (Frankfurt a. M.): Zwei Fälle von Erkrankung nach Anwendung des Diphtherie-Heilserums („D. med. Woch.“, Nr. 48). — 15. J. ASCH (Berlin): Zur Casuistik der Heilserumexantheme („Berl. klin. Woch.“, Nr. 51). — 16. F. MENDEL (Essen a. d. Ruhr): Hauthämorrhagien nach BEHRING's Heilserum („Berl. klin. Woch.“, Nr. 48).

Die letzten Wochen haben eine Hochfluth von Publicationen auf dem Gebiete der Heilserumtherapie gebracht. Der allgemeine Eindruck, den man über den Werth dieser jüngsten therapeutischen Methode erhält, nachdem man sich mühsam durch das ganze bis jetzt vorliegende Material durchgearbeitet, spricht sicherlich zu Gunsten des Heilserums. Entschiedene Mißerfolge werden von keiner Seite gemeldet, wenn sich auch manche Autoren vielsagende Zurückhaltung auferlegen oder gar ihre zur Vorsicht mahnende Stimme erheben. Mit den üblen Nach- und Nebenwirkungen des Heilserums scheint es, soweit sich bis jetzt urtheilen läßt, in der That nicht weit her zu sein, und wir wünschen jenen Autoren vollen Erfolg, welche sich bestreben, das Vertrauen der Praktiker zu dem neuen Mittel zu festigen.

Bevor wir auf die seit unserer letzten Revue [1]) in der medicinischen Literatur niedergelegten Erfahrungen eingehen, sei es uns gestattet, auf einen Punkt, auf welchen übrigens auch schon von anderer Seite (8) hingewiesen wurde, aufmerksam zu machen. Die Entdecker der Heilserumtherapie haben oft und nachdrücklich hervorgehoben, daß dem Heilserum der größte, ja fast ein absoluter Werth innewohne, wenn es am ersten Krankheitstage in Anwendung kommt, und daß seine Chancen mit der Fortdauer der Erkrankung herabgedrückt werden. In den meisten Statistiken vermissen wir die Würdigung der Fälle von diesem Gesichtspunkte aus gänzlich, und auch die Wiener Statistik [2]) nimmt darauf nicht Rücksicht. Eine Beurtheilung sämmtlicher Fälle von diesem einheitlichen Standpunkte aus würde gewiß nur der Sache dienen.

An die bisher veröffentlichten großen Beobachtungsserien reiht sich eine weitere aus dem „Hôpital Trousseau“ in Paris. Die DDr. MOIZARD und PERREGAUX (1) berichten über 231 mit dem „Sérum antidiphtérique“ in diesem Spitale behandelte Fälle von Diphtherie. Von diesen 231 im Laufe des October und November behandelten Fällen war die Gesammtmortalität 14·71%, ein Resultat, wie es selbst von ROUX nicht erreicht wurde. Es befanden sich darunter leichte und sehr schwere Fälle, und was den Charakter der Epidemie betrifft, so schien es nicht, daß die leichten Fälle im Verhältniß zu den schweren in größerer Anzahl vorkamen, als in früheren Jahren. Dieses Percentverhältniß gestaltet sich übrigens noch viel günstiger, wenn man 9 Fälle, in denen die Einspritzung von vornherein als völlig aussichtslos erscheinen mußte, in Abrechnung bringt. Es beträgt sodann 11·26%. Das Sterblichkeitsverhältniß derselben Periode in den letzten 5 Jahren überstieg im Hôpital Trousseau stets 50%. Im Detail verhielten sich die Fälle folgendermaßen: Von 44 Fällen reiner Angina diphtheritica ohne Mischinfection und ohne Croup starben 2 = 4·54%, 42 Fälle von Angina diphtheritica waren durch Staphylococcen und Streptococcen complicirt, davon starben 6 = 14·28%. Die Croupfälle wurden gleichfalls mit Rücksicht auf den bacteriologischen Befund in einfache und associirte Formen getheilt. 94 Fälle von einfachem Croup lieferten 17 Todesfälle = 18·47% Mortalität, 51 Fälle von gemischtem Croup hatten eine Mortalität von 9 = 7·64%. 37 Kranke wurden tracheotomirt, davon blieben 7 in Behandlung; von den restlichen starben 12 = 40%. (Die mittlere Mortalität bei Tracheotomirten betrug in den Vorjahren im „Hôpital des enfants“ 73·19%). 18 Fälle wurden intubirt mit einer Mortalität von 7 = 38·88%. Bezüglich der zu injicirenden Dosis hielt man sich an folgende Gesichtspunkte: Jedem Kinde wurden nach der Aufnahme 20 Ccm. Heilserum eingespritzt. Wenn schon am 2. Tage die localen Symptome sich gebessert hatten und man ein damit parallel gehendes Absinken der Temperatur und des Pulses constatirte, wurde keine weitere Injection gemacht. Wenn sich aber die Temperatur auf einer gewissen Höhe erhält, der Puls frequent, Albuminurie vorhanden ist, empfiehlt es sich, die Injectionen fortzusetzen, und zwar zu 10 Ccm. ein- bis zweimal im Tage, oder erst 10, dann 5 Ccm., je nach der Schwere des Falles. Die Injectionen können auf diese Weise durch 2, 3, 4, ja mehr Tage fortgesetzt werden. Demgemäß schwankte die verwendete Menge des Mittels zwischen 20 und 120 Ccm. Was nun die während der Serumbehandlung auftretende Albuminurie betrifft, so sind die Autoren mit ROUX der Ansicht, daß dieselbe durch das Diphtherietoxin und nicht durch das Antitoxin bedingt ist. Uebrigens zeigten von 231 Kranken nur 82 Albumen im Harn und bei 62 davon dauerte die Albuminurie nur 1 bis 4 Tage und nur ein einziger Fall wies noch bei der Entlassung Albuminurie auf. Wenn nun bei vorübergehenden Albuminurien eine neuerliche Injection von Heilserum auch am Platze ist, so ist sie zwecklos bei persistirender Albuminurie, bedingt durch Nephritis. Die beiden Autoren haben auf die locale Behandlung der Diphtherie nicht verzichtet. Dieselbe bestand in Irrigationen der Rachen- und Nasenhöhlen (2—4mal im Tage) mit Borsäurelösung oder abgekochtem Wasser oder Sodachlorürlösung und Bepinselungen mit Salicylglycerin (2mal täglich). Was nun die üblen Nebenerscheinungen und Nachwirkungen betrifft, so wurden solche, wenn auch in geringer Zahl und von keiner besonderen Schwere, in der That beobachtet, und die beiden Autoren geben einem Verdachte Ausdruck, den auch KOSSEL (3) theilt, daß nämlich das Serum mancher Pferde eine ausgesprochenere toxische Wirkung besitzt. Wenigstens wurden die Zufälle, um die es sich handelt, bis zum 10. October gar nicht, vom 10. October bis 10. November in gehäufter Zahl und von da an nur sehr selten beobachtet. Dieselben bestanden in Temperatursteigerungen bis zu 39°, welche nach wenigen Stunden wieder verschwanden, ohne irgend eine Spur zu hinterlassen. Wichtiger waren die Erscheinungen seitens der Haut. Es fanden sich 14 Fälle von Urticaria, 9 Fälle von Erythema scarlatiniforme, 9 Fälle von polymorphem Erythem und 1 Fall von Purpura. Diese Hauteruptionen verliefen theils ohne alle, theils mit mehr minder bedrohlichen Allgemeinerscheinungen, Fieber und in 5 Fällen mit schwereren Arthropathien. Im Allgemeinen sind diese doch sehr seltenen Nebenwirkungen der Heilserumtherapie von nicht allzu großer Schwere, und wenn man sie mit den erhaltenen Heilresultaten in Parallele zieht, von fast zu vernachlässigender Anzahl. Aber sie können unter Umständen intensiv genug sein, um dadurch und durch ihr langsames Verschwinden zu beunruhigen. Die Wirkung der Präventivimpfungen wurde an einer Reihe von Kindern erprobt, welche mit Halsaffectionen behaftet, durch die Ungunst der Verhältnisse mit den diphtheriekranken Kindern in Berührung kamen. Sie erhielten je eine Injection von 5 Ccm. Keines dieser Kinder ist nachträglich an Diphtherie erkrankt. Was nun die Rolle des Heilserums in der Privatpraxis betrifft, ein Punkt, der umso wichtiger

[1]) S. „Wiener Med. Presse“, 1894, pag. 1882.
[2]) l. c. pag. 2013.

ist, als in Frankreich (leider nicht auch bei uns!) die Heilserumnoth ihrem Ende nahe ist, so wird es sich empfehlen, bei leichten Anginen und sonst zweifelhaften Fällen zunächst die bacteriologische Diagnose zu machen, was 24 Stunden in Anspruch nimmt, während welcher Zeit Irrigationen und Salicylpinselungen gemacht werden. Dort, wo das klinische Bild für Diphtherie spricht, wird ohne Zögern die Injection zu machen sein und deren Wiederholung von der bacteriologischen Diagnose abhängen.

Im „Eastern Hospital" in London wurden 80 Kinder mit Heilserum, das aus dem „British Institute of Preventive Medicine" stammte, behandelt. (2) Davon sind 8 Fälle auszuschließen, weil sie sich weder klinisch, noch anatomisch als Diphtherie erwiesen. Von den restlichen 72 Fällen, bacteriologisch theils reine, theils Mischformen, starben 14 = 19·4%, während in früheren Perioden die mittlere Sterblichkeit circa 40% betrug. 9 Fälle wurden tracheotomirt, davon starben 3. Von Nebenerscheinungen wurden constatirt erythematöse Hautausschläge und Gelenksschmerzen, welche theils mit, theils ohne Fieber verliefen. Das Erythem, das in 25% der Fälle beobachtet wurde, erschien vom 7. bis zum 19. Tage nach der ersten Injection und führte außer zu Jucken zu keinen weiteren Erscheinungen. Die Gelenksschmerzen, meist die Hüften betreffend, erschienen meist zur selben Zeit wie der Ausschlag und hielten in der Regel 3 Tage an. Uebrigens wurde auch hier eine gewisse Verschiedenheit des Antitoxins beobachtet, indem diese Complicationen häufiger beim Gebrauch des Serums des ersten der beiden Pferde, welche in Verwendung standen, als des zweiten auftraten. Von einer localen Behandlung wurde völlig abgesehen.

Dr. KOSSEL (3), der Assistent des Instituts für Infectionskrankheiten in Berlin, theilt, nachdem er schon einmal warm für die Heilserumtherapie eingetreten ist [3]), die Statistik der vom 15. März bis 1. December v. J. behandelten 117 Fälle mit. Die nach dem Krankheitsbeginne geordnete Tabelle ist interessant genug, um sie hieher zu stellen.

Es kamen zur Behandlung am:

Krankheitstag	Gesammtzahl	geheilt	gestorben
1.	14	14	—
2.	30	29	1
3.	29	29	—
4.	9	8	1
5.	11	9	2
6.	6	3	3
7.	5	3	2
8.	6	4	2
9.	1	—	1
unbestimmbar	6	5	1
	117	104	13

Die Gesammtmortalität betrug demnach 11·1%, die Mortalität der ersten drei Krankheitstage 1·4%! In den vorausgegangenen Jahren schwankte die Sterblichkeit an Diphtherie auf der Kinderklinik der Charité zwischen 52·4 und 60·8%. Von 23 tracheotomirten Kindern genasen 11 = 47·8%, eine Zahl, die sehr bedeutend ist, wenn man bedenkt, daß nur die allerhochgradigste Stenose die Indication zur Operation abgab. Ein Uebergreifen des diphtherischen Processes auf den Kehlkopf in solchen Fällen, die bei Beginn der Behandlung keine Larynxerscheinungen hatten, wurde niemals beobachtet. Seine Behauptungen bezüglich des Verlaufes von Temperatur, Puls, Allgemeinbefinden, Abstoßung der Membranen hält K. aufrecht. Was die Schädigung der Nieren betrifft, welche man der Heilserumtherapie vorgeworfen hat, so hielt sich das Auftreten von Albuminurie in den auch sonst bei Diphtherie beobachteten Grenzen. Es fiel eher die kurze Dauer der Eiweißausscheidung bei der Hälfte der Fälle auf. Lähmungen kamen unter den geheilten Fällen 19mal, Störungen der Herzthätigkeit 5mal vor. Nach all dem kann KOSSEL wiederholt behaupten, daß man zwar nicht erwarten kann, jeden Fall von Diphtherie mit Serum zu heilen, daß es aber bei frischen uncomplicirten Fällen von Rachendiphtherie gelingen muß, durch eine genügende Dosis mit Sicherheit Heilung zu erzielen. (Schluß folgt.)

[3]) l. c. pag. 1882.

Referate und literarische Anzeigen.

G. BRUNS (Tübingen): **Zur Aethernarkose.**

Nachdem das Chloroform fast durch 40 Jahre als Narkosemittel allein das Feld behauptet hatte, begann vor mehr als einem Jahre die Aethernarkose eine gewisse Bedeutung zu gewinnen, nachdem die Sammelforschung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als Resultat eine viel geringere Lebensgefahr der Aethernarkose gegenüber der Chloroformnarkose ergeben hatte, und gegenwärtig bedient sich eine ganze Reihe von Chirurgen und Gynäkologen ausschließlich des Aethers. Dem gegenüber fehlt es aber nicht an einzelnen Stimmen, welche sich schon heute entschieden gegen die Aethernarkose aussprechen, und zwar wegen der durch den Aether hervorgerufenen Folgeerscheinungen von Seite der Schleimhaut der Respirationsorgane: Bronchitis und Bronchopneumonie, wie sie aus der CZERNY'schen Klinik und von MIKULICZ [1]) mitgetheilt wurden, während POPPERT eine Reihe von Spättodesfällen nach Aethernarkosen zusammengestellt hat.

Dem in seinem Werthe als Narkosemittel auf diese Weise gefährdeten Aether fühlt sich nun B., welcher als der Erste unter den deutschen Klinikern im Jahre 1889 die Aethernarkose eingeführt hat und seither wiederholt für dieselbe eingetreten ist, zu Hilfe zu kommen für verpflichtet („Berl. klin. Woch.", 1894, Nr. 51). Was zunächst die Spättodesfälle betrifft, so weist B., abgesehen von der Schwierigkeit der Beurtheilung von Spättodesfällen nach der Narkose, darauf hin, daß gerade für die Chloroformnarkose das Vorkommen einer tödtlichen Nachwirkung auf dem Wege der Fettdegeneration durch Thierversuche und Beobachtungen an Menschen festgestellt worden ist, während für den Aether diese Gefahr neuestens von SELBACH bei seinen analogen Versuchen als ausgeschlossen nachgewiesen wurde.

Auch führt nach WUNDERLICH die Chloroformnarkose häufiger als die Aethernarkose zu Albuminurie und Cylindrurie.

Was nun die nach der Aethernarkose beobachteten Fälle von Bronchitis und Bronchopneumonie betrifft, so gibt B. zu, daß wenigstens in der Mehrzahl der Fälle die Aethernarkose verantwortlich zu machen ist. Aber man darf auch hier das „post hoc ergo propter hoc" nicht verallgemeinern. B. hat gerade in der letzten Zeit zwei Fälle, gesunde junge Männer betreffend, beobachtet, bei welchen sich unmittelbar nach der Operation in Chloroformnarkose (Enucleation von Cystenkröpfen) starke fieberhafte Bronchitis einstellte, welche nach vorausgegangener Aethernarkose wohl als Aetherbronchitis aufgefaßt worden wäre.

Um nun die Ausnahmsfälle, in welchen eine heftige Bronchitis oder sogar eine tödtliche Bronchopneumonie eintritt, zu erklären, liegt B. der Verdacht nahe, daß die Beschaffenheit des Aethers die Schuld trägt. Der Aether zersetzt sich nicht blos durch den Einfluß des Lichtes, sondern auch durch den Zutritt der Luft, wobei sich durch Oxydation Zersetzungsproducte, wie Vinylalkohol und Wasserstoffsuperoxyd, entwickeln. Außerdem hat SCHÖNHEIMER auf die Verunreinigung des Handelsäthers mit Aldehyd aufmerksam gemacht, welcher durch bloße Oxydation an der Luft leicht in Essigsäure übergehen kann, deren Beimischung als besonders bedenklich erscheinen muß. Aus all dem zieht B. den Schluß, daß im Aether durch einfachen Luftzutritt schädliche Verunreinigungen durch Oxydationsproducte sich bilden, von denen zweifellos starke Reizungen der Schleimhaut beim Einathmen ausgehen können. Auch B. hat Fälle von schwerer Aetherbronchitis und auch einen Fall von Bronchopneumonie nach Aethernarkose beobachtet, aber dieselben konnten in einen evidenten Causalnexus mit der Beschaffenheit des verwendeten Aethers gebracht werden. B. hat sich überzeugt, daß der Aether, auch wenn er den Anforderungen des Arzneibuches genügt, Zersetzungsproducte enthalten kann, welche beim Einathmen schädliche Wirkungen auf die Luftwege erzeugen.

Man müsse daher einen besonderen Aether pro narcosi verlangen, an dessen Reinheit strengere Anforderungen gestellt werden. Vorläufig hat sich ihm als Schutz gegen Licht- und Luft-

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 18[illegible] pag. [illegible]

zutritt die Anordnung bewährt, den Aether in kleinen, völlig gefüllten und gut verschlossenen Flaschen, vor Licht geschützt, an kühlem Orte bis zum Gebrauch aufzubewahren. Ein nach dem Gebrauch zurückgebliebener Rest wurde selbstverständlich nur noch zu äußerlichen Zwecken verwendet.

B. hofft, daß es durch ausschließliche Verwendung ganz reiner Präparate gelingen werde, die üblen Nebenwirkungen des Aethers gänzlich zu beseitigen. Ba.

OTTO LEICHTENSTERN (Köln): **Ueber Myxödem und über Entfettungscuren mit Schilddrüsenfütterung.**

WENDELSTADT (Köln): **Ueber Entfettungscuren mit Schilddrüsenfütterung.**

Die Beobachtung, daß bei myxödematösen Kranken unter der Behandlung der Schilddrüsenfütterung sich regelmäßig eine rapide Abnahme des Körpergewichtes einstellt, legte die Frage nahe, ob vielleicht auch das normale Fett des Fettleibigen in ähnlicher Weise wie das der Myxödematösen auf Schilddrüsenfütterung reagire. Nach dieser Richtung hin wurden im Augusta-Hospital in Köln von den beiden obengenannten Autoren Versuche angestellt, über welche sie in der „D. med. Woch." (1894, Nr. 50) berichten.

Diese Versuche ergaben nun ein günstiges, ja häufig ein überraschend günstiges Resultat, so daß die „entfettende" Wirkung der Schilddrüse als eine sichere Thatsache bezeichnet werden muß. Von 27 auf diese Weise behandelten Individuen ergaben 24, also 89%, einen positiven Erfolg. Die Größe des erzielten Gewichtsverlustes schwankte natürlich in weiten Grenzen, zwischen 1 und 5 Kgrm. in der ersten Woche und zwischen 1·5 und 9·5 Kgrm. während einer mehrwöchentlichen Cur.

Zur Schilddrüsenfütterung wurden fast ausschließlich die von Borroughs, Wellcome & Co. in London dargestellten „Thyroid gland tabloids" verwendet. Eine Pastille entspricht circa 0·3 Grm. Schilddrüsensubstanz. Es wurde mit der täglichen Darreichung von 1—2 Pastillen begonnen und allmälig, meist wöchentlich, um eine bis zu 4 Stück pro die, auf die Mahlzeiten vertheilt, gestiegen. Durch größere Dosen wird die Wirkung nicht nennenswerth gesteigert. Die relative Unschädlichkeit des Mittels hat W. an sich selbst erprobt, indem er ohne merklichen Schaden einmal 18 und häufig bis zu 12 Pastillen an einem Tage genommen hat. Immerhin sind die Wirkungen individuell sehr verschieden und darf die Gefahr eines eventuellen Thyreoidismus nicht unterschätzt werden. Bei den bisherigen Versuchen ist es über die in einzelnen Fällen beobachteten Erscheinungen von Kopfweh, Schlaflosigkeit, Müdigkeitsgefühl, ziehenden Schmerzen im Rücken und den Extremitäten, Zittern, Appetitverminderung, Uebelkeit, Herzklopfen und Pulsbeschleunigung nie hinausgekommen und auch diese Erscheinungen wurden mit dem Aussetzen des Mittels sofort zum Verschwinden gebracht. Eine genaue Controle des Kranken, insbesondere des Herzens (der Puls darf nicht über 100—120 steigen) und des Harnes ist selbstverständlich. Eine Aenderung der Diät wurde an keinem der Fälle vorgenommen, sondern Gewicht darauf gelegt, die bisherige Lebensweise beizubehalten, um eine eventuelle diätetische Entfettung zu vermeiden.

Was nun die Gewichtsabnahme betrifft, so erfolgt sie im Allgemeinen um so schneller und größer, je größer der Fettreichthum ist. Ganz besonders stark reagirten auf das Mittel Fettleibige von anämischem Aussehen, mit schwammigem Fettpolster, gedunsenem, an Oedem erinnerndem Gesicht, Personen, die eine entfernte Aehnlichkeit mit Myxödem darbieten. Der Gewichtsverlust pflegt in den ersten Wochen am größten zu sein, um dann von Woche zu Woche allmälig, mitunter sehr rasch abzunehmen. Dieses Verhalten zeigt, daß das Mittel im Stande ist, eine gewisse Menge „disponiblen, resp. locker gebundenen Wassers und Fettes" zu eliminiren, während darüber hinaus der Körper seinen Wasser- und Fettgehalt erfolgreich gegen das Mittel vertheidigt.

Nach den bisherigen Erfahrungen und für den Fall, als dieselben von anderer Seite bestätigt werden sollten, halten die beiden Autoren den Schluß für gerechtfertigt, daß die Schilddrüsenfütterung als eine meist sehr gut ertragene Entfettungscur ohne Wechsel der gewohnten Lebensverhältnisse oder als Unterstützungsmittel bei diätetischen Entfettungscuren einer Beachtung werth sei. Die erzielten Gewichtsabnahmen sind sicher nicht durch eine Störung des Appetits und dadurch verminderte Nahrungsaufnahme erreicht worden, ebensowenig ausschließlich durch Wasserverarmung des Körpers, wenn auch die Diurese gesteigert zu sein pflegt. Der Gewichtsverlust beruht höchst wahrscheinlich auch nicht auf gesteigertem Eiweißverbrauch, da sich die Pat. während der Cur meist sehr wohl befanden und keine Abnahme der Kräfte erfuhren. Es ist vielmehr wahrscheinlich, daß die Abnahme, abgesehen von vermehrter Wasserabgabe, in einer gesteigerten Fettverbrennung ihren Grund hat. Hierüber, sowie über die Wirkungsweise der Schilddrüsenfütterung im Allgemeinen können allerdings nur die bereits im Zuge befindlichen Stoffwechselversuche exacten Aufschluß geben. Ba.

B. BEAUDONNET (Paris): **Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'erythème polymorphe.**

Auf Grund dreier Eigenbeobachtungen von Erscheinungen seitens der Augen bei polymorphem Erythem und der bisher bekannten Thatsachen kommt B. („Thèse de Paris", „Annales de Dermat. et de Syphiligr." 1894, Nr. 11) zu folgenden Schlüssen:

Die papulösen und vesiculösen Manifestationen seitens der Augen bei polymorphem Erythem sind charakteristisch genug, um das Interesse der Dermatologen und der Oculisten auf sich zu ziehen. Ihr Auftreten fällt in der Regel mit dem Erscheinen der Hauteruptionen zusammen. In der papulösen Form können die Efflorescenzen die verschiedenen Theile der Conjunctiva bulbi befallen; in der Regel verschonen sie die Conjunctiva palpebrae. Sie können auf beiden Augen gleichzeitig oder symmetrisch auftreten oder sich auf ein Auge beschränken. Sie erscheinen in der Regel einige Tage nach der Eruption auf der Haut und verschwinden meist am Ende einer Woche, ohne merkliche Spuren zu hinterlassen. Die Prognose ist somit eine sehr günstige.

Die vesiculöse Eruption, welche dieselben Theile der Conjunctiva, wie die papulöse Form befallen kann, präsentirt sich gewöhnlich in der Form einer, zweier oder dreier isolirter Bläschen von der Größe einer Linse. Durch das Platzen derselben kommt es zu wenig schmerzhaften Geschwüren, welche nach einer Woche, selten später, vernarben. Diese Form combinirt sich bisweilen mit diphtheroiden Erscheinungen auf der Conjunctiva palpebrae, aber sie führt nie zu Functionsstörungen, sei es von Seiten des Auges oder der Lider. Somit ist auch die Prognose dieser Form eine günstige. Wichtig ist es aber, diese absolut günstige Form von Bläschenbildung der Conjunctiva nicht mit Pemphigus zu verwechseln, welche Affection häufig durch Xerosis und Symblepharon zum Untergang des Auges führt.

Das polymorphe Erythem der Bindehaut erfordert keinerlei locale Behandlung. s—s.

Medicinische Chemie in Anwendung auf gerichtliche, sanitätspolizeiliche und hygienische Untersuchungen, sowie auf die Prüfung der Arzneipräparate. Ein Handbuch für Aerzte, Apotheker, Sanitätsbeamte und Studirende von **Dr. Ernst Ludwig**, k. k. Hofrath und o. ö. Professor für angew. med. Chemie an der k. k. Universität in Wien. Zweite, vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 30 Holzschnitten und einer Farbendrucktafel. Wien und Leipzig 1895, Urban und Schwarzenberg.

Es sind gerade zehn Jahre vergangen, seitdem die erste Auflage des vortrefflichen Werkes der Oeffentlichkeit übergeben wurde, und in dieser langen Zeit ist kein ähnliches Werk erschienen, welches seinem Zwecke so durchwegs wissenschaftlich und durchwegs praktisch entsprochen hätte. Nun hat LUDWIG selbst das Buch umgearbeitet und hat uns damit ein Meisterwerk geliefert, in welchem der glänzende Analytiker und der vielseitige und vorsichtige Gerichtschemiker das Resultat seiner vieljährigen Arbeit und der ganzen Fülle seiner Erfahrungen niedergelegt hat. Die Anordnung des Stoffes (in fünf Capiteln) ist dieselbe geblieben, und was in demselben neu ist, bezieht sich auf qualitative Prüfung einzelner Basen,

Säuren und organischer Körper, auf den Nachweis von metallischen und organischen Giftsubstanzen, auf Untersuchung von Wasser, Wein, Bier, Honig, Butter, Käse und Branntwein. Im V. Capitel sind die österr. Pharmakopoe (Ed. VII) und das Arzneibuch für das Deutsche Reich (III. Ausgabe) gleich berücksichtigt worden.

Zwei neue Methoden von LUDWIG sind besonders erwähnenswerth; erstens diejenige zur Zerstörung organischer Substanzen durch Kochen mit Salzsäure, ein Verfahren auf nassem Wege, welches der älteren Methode der Einäscherung gegenüber große Vortheile bietet und auch der Methode von FRESENIUS und BABO gegenüber den Vorzug hat, daß die Salzsäure auf die zu untersuchenden Theile (Leichentheile, Erbrochenes etc.) längere Zeit nahe der Siedehitze einwirkt und dadurch Eiweißkörper und ähnliche Substanzen in einfache Substanzen spaltet; zweitens die Methode der Fällung des Quecksilbers als Zinkamalgam (z. B. aus dem Harn), aus welchem dann das metallische Quecksilber abdestillirt und bei minimalsten Mengen dieses Metalles im Destillationsrohr als Quecksilberjodid nachgewiesen werden kann. Bei Fettbestimmung in der Milch räth L. zur Acid-Butyrometrie von N. GERBER, welche Methode bei einiger Uebung sehr gute Resultate liefert und dabei sehr einfach ist. Dieselbe Methode ist für Fettbestimmung der Butter auch ganz gut zu gebrauchen. Hervorzuheben sind noch von neu aufgenommenen Methoden die der Prüfung auf fremde Fette in der Butter und die auf Prüfung des Fuselölgehaltes im Branntwein mittelst des RÖSE-HERZFELD'schen Apparates.

Der Autor selbst sagt im Vorworte, daß alle neu aufgenommenen Methoden auf ihre Brauchbarkeit genau geprüft worden sind; dieser Umstand erhöhte das Vertrauen zu dem Lehrbuche schon bei der ersten Auflage und ist der zweiten Auflage insoferne zum großen Nutzen, daß von der immensen Literatur der letzten Jahre nur das wirklich Verläßliche Aufnahme gefunden hat.

Die Ausstattung des Buches ist, gleich jener der ersten Ausgabe, vortrefflich. Str.

Lehrbuch der Physiologie des thierischen Organismus, im Speciellen des Menschen. Von **Dr. Julius Bernstein,** Professor der Physiologie an der Universität Halle. Stuttgart 1894, Ferdinand Enke.

Neben der LANDOIS'schen Physiologie, die in unerreichter Weise das gesammte Material der Disciplin erschöpft, nimmt BERNSTEIN's neues Buch einen ersten Platz unter den Lehrbüchern der Physiologie ein. Der Studirende wird es gerne als Leitfaden bei den Vorlesungen benutzen, und der Arzt wird es zur Orientirung über den heutigen Stand der Wissenschaft sehr brauchbar finden. Ein bischen mehr Hervorkehren des subjectiven Moments, wie es in den BRÜCKE'schen Vorlesungen zu finden ist, hätte dem Buche wohl nicht geschadet, und das Interesse des praktischen Arztes, der nicht die Zeit und die Gelegenheit zum Aufsuchen der Originalarbeiten hat, läßt es wünschenswerth erscheinen, daß die wichtigsten Arbeiten genauer citirt werden. Im Anhange ist eine kurze Uebersicht der chemischen Bestandtheile des thierischen Körpers angefügt und damit der schüchterne Versuch gemacht, die physiologische Chemie als ein eigenes Capitel in den Rahmen der Physiologielehrbücher einzuführen. In einer nächsten Auflage wird wohl dieser Theil eine ausgiebigere Behandlung erfahren müssen. w.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Correspondenz der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

Heilserum-Betrachtungen.

Berlin, Sylvester 1894.

Sonnenschein und Sturm in ewiger Abwechslung bilden das Gepräge unseres Lebens, und wie den Einzelnen die Wellen des Zeitenstromes bald hoch auf die Wogenkuppe mit ihrem Glanz emporheben und ihn dann wieder in's tiefe, dunkle Wellenthal herunterschleudern, so vollzieht sich derselbe Vorgang auch in der Entwicklung ganzer Stände und Völker. Gleichwie im Herbst des Jahres 1890, so hat auch zu Ende des Jahres 1894 ein heller Sonnenstrahl dem emsigen Forschergeist der medicinischen Wissenschaft geleuchtet, und gerade die deutschen Aerzte waren es wiederum, die als die Ersten von froher Hoffnung erfüllt wurden, daß sie mit dem neu gefundenen Heilmittel dem unerbittlichen Würgengel der Diphtherie, dem bisher tausende und abertausende von zarten Kindesleben unrettbar zum Opfer gefallen waren, das Schwert aus der Hand nehmen und seinem erbarmungslosen Morden Einhalt gebieten könnten. Welch ein beglückender Gedanke! Wer als Arzt jemals dem namenlosen Elend, das die Diphtherie über ganze Familien jäh und plötzlich wie aus heiterem Himmel hereinbricht, in dem niederdrückenden Bewußtsein seiner Machtlosigkeit gegenüber gestanden hat, der wird das Vollgefühl der Freude und der Begeisterung verstehen, das die ersten Mittheilungen über das neue Diphtherieheilserum bei allen Theilnehmern des Budapester Congresses hervorgerufen haben. Und doch mischt sich immer noch die bange Sorge in das Frohgefühl hinein, der Zweifel und der Pessimismus wollen nicht stille sein, sondern heben gar kühn ihr Haupt empor.

Freilich hat BEHRING in Nr. 3 (1894) der „Zukunft" das stolze Wort ausgesprochen: „Mein Diphtherie-Heil- und -Schutzmittel (Diphtherieheilserum, Diphtherieantitoxin) hat kein Analogon in der Geschichte der Medicin." Aber wie sagt doch der alte BEN AKIBA? „Es ist Alles schon da gewesen." Wie ein drohendes Gespenst steigt in unserer Erinnerung die Tuberculinfrage mit ihrer überschäumenden Begeisterung und ihrer bitteren Enttäuschung auf, und wenn auch die mikrobicide Behandlung von KOCH ein etwas anderes Gesicht hatte und sich auf etwas anderen Voraussetzungen aufbaute, als die moderne Heilserumtherapie, so hat doch noch Niemand ein Antitoxin gesehen oder sichtbar nachweisen können. Sollte diesmal BEN AKIBA ad absurdum geführt werden? Wir wünschen und hoffen es! Noch aber wogt der Kampf der Geister hin und her.

Die Einen rufen: „Nur durch die Statistik kann diese Frage entschieden werden!" Die Anderen fordern die klinische Beobachtung als Grundlage aller weiteren Forschung. Es ist ein eigen Ding mit diesen Forderungen. Sich allein auf die Statistik zu verlassen, erscheint aus verschiedenen Gründen recht bedenklich. Die Statistik ist — sit venia verbo — eine öffentliche Dirne, die für Jeden zu haben ist, der geschickt mit ihr umzugehen versteht. Aber auch die Klinik allein wird nicht den Nährboden abgeben können, auf dem die vorliegende Frage zur Reife sich entwickeln kann. Wenn man die Verhandlungen der Berliner Medicinischen Gesellschaft über die Diphtheriefrage mit Aufmerksamkeit verfolgt hat, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß trotz aller scharfsinnigen Deductionen, trotz aller Thierexperimente und bacteriologischen Untersuchungen und vollends trotz aller statistischen Zahlen eine genügende Klärung der Frage bisher nicht erfolgt ist. Erst die gemeinsame Arbeit von Anatomen, Bacteriologen und Klinikern, welche sine ira et studio von gewissen gemeinsamen Gesichtspunkten aus an die Lösung der gestellten Aufgabe herantreten und zielbewußt an ihr fortarbeiten, wird voraussichtlich im Stande sein, auch dem praktischen Arzt einen Einblick in das Wesen des Krankheitsprocesses und der therapeutischen Wirkung des neuen Mittels zu gewähren und ihm die Möglichkeit geben, seine Maßnahmen mit vollem Verständniß für die sich abspielenden Vorgänge zu treffen.

Sollte aber wider Erwarten auch diesmal ein Mißerfolg das Facit aller dieser Bestrebungen der modernen Therapie sein, so wäre das ein Schlag, von dem sich die innere Medicin sehr schwer erholen würde, denn schon sind die Curpfuscher, die Kneippverehrer, die Hydro- und andere Pathen eifrig bei der Minirarbeit, um den Boden zu unterwühlen und die Discreditirung des ärztlichen Standes mit geschickter Mache weiter vorzubereiten. Mit Hohn und Bosheit treten sie schon jetzt ganz offen gegen die neueren Heilbestrebungen auf; sie nennen das Heilserum ein „Unheilserum" und überbieten sich in wüthenden Angriffen gegen die Giftmischer, die den schon

kranken kindlichen Organismus durch Einspritzung von giftigen Substanzen noch weiter schwächen.

Noch ein anderer Gesichtspunkt aber verdient bei der vorliegenden Frage Berücksichtigung. Wenn in der That der Weg der Therapie, den die Bacteriologen mit dem neuen Mittel eingeschlagen haben, der richtige ist, so ist es selbstverständlich, daß die Auffindung von weiteren Antitoxinen für verschiedene andere Krankkeiten nur noch eine Frage der Zeit ist. Dann fahret wohl Anatomie und Physiologie, Physik und Chemie, wir bedürfen eurer nicht mehr zum Studium der Medicin! Haben wir nur erst im Sputum den Pneumoniecoccus, in den Ausleerungen den Typhuserreger nachgewiesen, dann brauchen wir Aerzte nichts weiter zu thun, als unseren Arzneischrank zu öffnen und das entsprechende Antitoxinfläschchen hervorzuholen. Der Arzt spritzt dem Kranken das erforderliche Quantum des Heilserums ein, legt sich mit dem Bewußtsein erfüllter Pflichterfüllung in's Bett und der Patient steht am nächsten Morgen gesund und fieberfrei auf. Welche rosige Perspective! Ueberdies braucht sich der Arzt mit der Stellung der Diagnose voraussichtlich bald gar nicht mehr selber zu plagen! Schon jetzt fordert man ja energisch die Einrichtung staatlicher und städtischer Anstalten für bacteriologische Untersuchungszwecke. Der Arzt hat dann nur nöthig, nach dem New-Yorker Muster von dem Se- und Excret des betreffenden Patienten ein Pröbchen zwischen zwei Deckgläschen zu bringen und in den nächsten Briefkasten zu werfen, und schon nach wenigen Stunden hat er vom bacteriologischen Institut die Diagnose schwarz auf weiß. Stirbt dann der Patient trotzdem, so trifft den Arzt gar keine Schuld, sondern höchstens den untersuchenden Bacteriologen oder überhaupt ganz allein den nicht richtig auf die Einspritzung reagirenden Patienten.

Ist das nicht Zukunftsmusik der schönsten Art? Und werden wir dann nicht alle Veranlassung haben, mit mehr Recht als Mephisto zu sagen: „Der Geist der Medicin ist leicht zu fassen"? Werden wir dann vollends noch im Stande sein, unseren gesunden Mitmenschen Immunität zu verleihen und sie von ansteckenden Krankheiten zu bewahren, dann werden wir als wahre Volksbeglücker mit Ehren und Würden überhäuft, als der am meisten geachtete und verdiente Stand vom Staate gebührend anerkannt, von der großen Masse des Volkes gehätschelt und gepriesen werden und in behaglich sorglosem Leben die Früchte unserer wissenschaftlichen Errungenschaften genießen.

Und darum, ihr lieben Collegen im Deutschen Reich wie auf dem weiten Erdenrund, seid froh und hoffnungsfreudig; ein neues Zeitalter winkt uns mit dem zur Neige gehenden Jahrhundert, ein neues Zeitalter voll Ruhm und Ehre, voll Glanz und Anerkennung! Ist aber dieses Ziel erst erreicht, dann wird auch jene Epoche nicht mehr fern sein, von der die Verheißung sagt:

„Friede auf Erden und den Menschen ein Wohlgefallen!"

—r.

Pariser Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

Paris, 1. Januar 1895.

Der Bicyclecult hat ganz Paris erfaßt. Er ist ein Factor im öffentlichen Leben geworden. Es konnte nicht ausbleiben, daß die Sache auch eine medicinische Seite gewann, aber nicht blos im Sinne eines gesundheitsschädlichen, sondern auch eines gesundheitsfördernden Agens. Man verordnet das Bicycle in heroischen und vorsichtigen Dosen; findet es gelegentlich auch contraindicirt. Man hält Vorträge und betheiligt sich an der Discussion über dieses actuelle Thema. Das Gummirad hat sich in ungeahntem Maße auch des zarteren Geschlechtes bemächtigt. Es mag daher interessant genug erscheinen, eine Stimme aus diesen Reihen, Frau Dr. Gaches-Sarraute zugehörig, zu vernehmen. Die geschätzte Collegin sprach in der „Société de médecine publique et d'hygiène professionelle" über den Gebrauch des Bicycle beim Weibe. Selbst seit 3 Jahren eine passionirte Bicyclistin, hat sie zahlreiche Touren von 10 bis 70 Kilometer unternommen. Bezüglich des Costüms — Frauen vernachlässigen diese Seite einer Sache niemals — verwirft sie das gewöhnliche Mieder, diesen Brustkäfig, wie sie sich ausdrückt, empfiehlt aber ein Gürtelcorset, welches die falschen Rippen nicht berührt und somit die Athmung frei läßt. Und nun die Indicationen und Contraindicationen des Bicycles bei Frauen: Acute Entzündungsprocesse der weiblichen Genitalien und solche, die mit Fieber und Schmerzen einhergehen, verbieten den Radsport. Nein, sie gehören wirklich nicht auf's Bicycle, sondern in's — Bett. Bei chronischen Affectionen ohne Fieber und Schmerzen kann das Bicycle „in kleinen Dosen" gestattet werden. Metritiden mit Vermehrung des Uterusvolumens, alte Salpingitiden und Salpingo-Oophoritiden bilden keine Contraindication, ja das Bicycle kann in solchen Fällen als Ersatz der schwedischen Heilgymnastik dienen. Mag sein. Im Allgemeinen sieht unsere Collegin im Bicyclesport eine unschuldige Leibesübung, die, wenn sie Nachtheile besitzt, beim Manne mehr zur Geltung kommen, als bei der Frau. Nicht gering scheint ihr der günstige Einfluß auf das Allgemeinbefinden der Frau: man verdaut besser, schläft besser, der Brustkorb weitet sich. Und dann noch die moralische Seite! Gatte und Gattin können vereint dem Sporte huldigen. Aus dem Munde einer Pariserin wahrhaftig ein schöner Enthusiasmus für die Moral! — Im Anschlusse an diesen Vortrag setzte sich Dr. Verchère lebhaft für den Gebrauch des Bicycle seitens der Landärzte ein. Neben sonstigen Annehmlichkeiten sah er bei drei Collegen — die Hämorrhoiden verschwinden. —

Man hat sich hier in der letzten Zeit vielfach mit dem Mechanismus seltener Todesarten beschäftigt. So hat Dr. Vallin den Hitzschlag zum Gegenstand seines Studiums gemacht und Dr. d'Arsonval verdanken wir interessante Mittheilungen über den Mechanismus des Todes durch Elektricität. Diese Studien gewinnen besonders dadurch an Bedeutung, als bekanntlich in Amerika seit Längerem versucht wird, Delinquenten auf dem Wege des elektrischen Stromes in ein besseres Jenseits zu befördern — allerdings nur versucht; und praktisch, wie die Amerikaner sind, sagen sie statt „Versuch der Hinrichtung mittelst Elektricität" kurz „Elektrocution". Ueber die Schicksale eines solchen dem Tode geweihten Versuchskaninchens aus der allerletzten Zeit konnte d'Arsonval der „Société de Biologie" berichten. Ein zur „Elektrocution" Verurtheilter wurde einem alternirenden Strom von 4600 Volts ausgesetzt, der doppelten Stärke gegenüber früheren Versuchen. Das arme Opfer war wohl scheinbar todt, aber die gleich nach der Execution angewendete künstliche Athmung durch eine Trachealcanüle rief den Todten in's Leben zurück; er athmete, kam zu sich und starb dann schließlich „nach kurzem Schmerzenslager". Der „Patient" war also keineswegs getödtet, sondern er befand sich im Zustand der Synkope. d'Arsonval gibt die Erklärung für dieses Verhalten. Alternirende Ströme, selbst wenn sie noch so stark sind, tödten die Versuchsthiere nicht, sondern bewirken nur Synkope. Ja man kann die Thiere noch nach längerer Zeit durch künstliche Athmung in's Leben zurückrufen. d'Arsonval erinnert an den Fall eines Arbeiters, welcher bei der Reparatur der elektrischen Leitung der Eisenbahn nahe bei Saint-Denis von dem Pfosten, auf welchem er arbeitete, abglitt und sich mit den Drähten in Verbindung setzte, durch welche ein Strom von 5000 Volts ging. Er verlor sogleich das Bewußtsein, und sein Körper blieb, am Pfosten hängend, während einer Viertelstunde diesem so intensiven Strome ausgesetzt. Erst nach einer Stunde kam Hilfe. Der Mann war scheinbar todt. Künstliche Athmung und Tractionen der Zunge riefen ihn in's Leben zurück. Er genas trotz der schweren Brandschorfe an der Ein- und Austrittsstelle des Stromes. Ganz anders verhält es sich, entgegengesetzt der herkömmlichen Meinung, beim constanten Strom. Derselbe tödtet rasch und schon bei relativ geringer Intensität durch seine elektrolytische Wirkung. Die Unglücksfälle durch Elektricität bei Industrie-Unternehmungen sind deshalb fast immer tödtlich. In drei Fällen, von welchen d'Arsonval Kenntniß hat, ist der Tod schon bei verhältnißmäßig schwachen Strömen eingetreten. In einem dieser Fälle fiel ein Mann, die Hände nach vorn, in die Accumulatorenwanne, wobei die Füße auf dem feuchten Boden verblieben. Die Stromstärke betrug nur 150 Volts. Sofort kam es zu beträchtlicher Gasentwicklung und zu ausgebreiteter Destruction des Gewebes an vielen Stellen des Körpers, welche einen raschen Tod herbeiführte. Es handelte sich also um eine allgemeine

Elektrolyse, und die herkömmliche Meinung der Elektrotherapeuten, daß der constante Strom nur an den Applicationsstellen der Elektroden zur Wirkung komme, ist falsch. Die Wirkung des constanten Stromes ist eine diffuse und sehr mächtige und geradezu gefährlich bei hinlänglicher Stärke. —

Ein Zeitbild unserer socialen Verhältnisse, das trüb, leider nicht zu trüb gemalt ist, möge den Abschluß dieses Briefes bilden. Der Jahresschluß macht zu Reflexionen geneigt und legt den Wunsch nahe, daß eine freudenreiche, hellere Epoche anbrechen möge.

Was Dr. AYMARD in einem Artikel des „Concours médical" ausführt, ist schon häufig gesagt worden. Aber es bildet eine zu treffende Illustration der hiesigen Verhältnisse, als daß es nicht den Weg in die Ferne zu finden verdiente.

Die ethischen Fragen, führt AYMARD aus, erlangen in unserer Epoche eine ganz besondere Bedeutung in Folge der unleugbaren Umwandlung, welche der ärztliche Stand erleidet. Und die materiellen Fragen werden desgleichen immer acuter im Hinblick auf die immer mehr anwachsende Zahl der Aerzte, welche zu den Bedürfnissen der Bevölkerung in keinem Verhältniß mehr steht. Aber bei einem Stande, welcher, wie der ärztliche, auf das Vertrauen und die Achtung des Publicums basirt ist, muß die moralische Seite vor der materiellen zurücktreten. Und es läßt sich nicht leugnen, daß das moralische Niveau der Aerzte sinkt. Das „struggle for life" wüthet in einer bisher unbekannten Intensität, und die Jungen kennen nur das Streben, schnell und viel zu gewinnen. Die Ursachen dieser Umwandlung sind vielfache und leicht klarzulegende.

Zunächst die Democratisation des ärztlichen Standes. Ehemals recrutirten sich die Aerzte aus der wohlhabenden Bürgerclasse. Man ließ den Sohn die kostbaren Studien absolviren und es kam bisweilen vor, daß, wenn der junge Arzt installirt war, die Stunde der Enttäuschung für den Vater und für den Sohn schlug. Man entdeckte, daß Geld und Mühen in keinem Verhältniß zu dem Gewonnenen standen. Aber die Zahl der Aerzte war noch gering, solche Fälle selten, und wenn sie sich boten, konnte man sich leichter fügen, Dank dem Vermögen der Familie. Schließlich gründete sich jeder seine Existenz auf irgend einem Wege, und der Arzt war geliebt und geachtet, weil die Noth ihn nicht zwang, in seinem Beruf den Kaufmann hervorzukehren; die Note war noch eine „Honorarnote" und keine Factura. Es fanden sich dann junge Leute, welche trotz ihrer geringen Mittel sich mit Fleiß, Sparsamkeit, Geschicklichkeit durch die langen Studien hindurchwanden. Ihrem Beispiel folgten andere, und die Physiognomie des Quartier latin änderte sich nach und nach. Und wenn nun der Student nach unsäglichen Mühen und Entbehrungen seinerseits und seitens seiner Familie endlich das heiß ersehnte Diplom erreicht hat, dauert der Triumph nicht lang, beginnt der häßliche Streit vom Neuen. Aber diesesmal sind alle Hilfsmittel erschöpft und, koste es was immer, gelebt muß sein und in der Noth sind alle Mittel erlaubt. Und so kommt es, daß die Namen gewisser Aerzte auf der letzten Seite der Tagesjournale prangen, daß ihre Prospecte in den Straßen vertheilt werden, ihre Visitenkarten in den „buen-retiro" der Nachtetablissements circuliren, daß sie die Provinz bereisen, gefolgt von einem Negerknaben, nach dem sie schon ihre Ankunft mit entsprechendem Tam-Tam vorbereitet haben, daß sie mit ihrem Namen Magnetiseure und Curpfuscher decken etc., gar nicht zu sprechen von den Verleumdungen, den Preisdrückungen und sonstigen moralischen Gemeinheiten unter den Collegen selbst.

Das ist das Idyll, welches AYMARD von den socialen Zuständen unter der Pariser Aerzteschaft entwirft, und er appellirt an die Collegen, sich zu organisiren und zur Selbsthilfe am eigenen Leibe zu schreiten. Daß AYMARD nicht zu schwarz sieht, ist sicher. Aber dies gilt vielleicht nur für Paris; denn Paris, die Stadt des Excentrischen, bietet auch hierin Exceptionelles. Oder etwa nicht? CH.

Kleine Mittheilungen.

— In letzter Zeit wurde über eine Reihe von Vergiftungen bei der therapeutischen Anwendung des Farnwurzelextractes berichtet. E. GRAWITZ (Berlin) lenkt nun die Aufmerksamkeit auf ein von ihm ziemlich häufig beobachtetes Intoxicationssymptom, nämlich den **Icterus nach dem Gebrauche von Extractum filicis maris aethereum** („Berliner klin. Wochenschr." 1894, Nr. 52). Die genauen Untersuchungen ließen erkennen, daß nur in einer kleinen Minderzahl der Fälle catarrhalische Zustände des Darmes in Folge der Abtreibungscur als ursächliches Moment anzunehmen waren, vielmehr haben systematische Blutuntersuchungen ergeben, daß in Folge der Abtreibungscur der Trockengehalt des Blutes erheblich abnahm, was auf ein Zugrundegehen von rothen Blutkörperchen zu beziehen war. Da sich weiters im Serum kein gelöstes Hämoglobin nachweisen ließ, konnte mit Sicherheit angenommen werden, daß die Auflösung der rothen Blutkörperchen nicht im circulirenden Blut stattfindet. Man mußte vielmehr an jenes Organ denken, welches man auch unter normalen Verhältnissen als den hauptsächlichsten Sitz der Zerstörung der rothen Blutkörperchen ansieht, an die Leber. Es lag die Annahme nahe, daß das Extractum filicis auf das Lebergewebe einen bestimmten Einfluß ausübe, in Folge dessen es zur vermehrten Auflösung von rothen Blutkörperchen in diesem Organe mit consecutivem Icterus komme. Diese Annahme wurde durch die klinische Erfahrung an mehreren Fällen gestützt. In einem Falle, einen Potator betreffend, kam es unmittelbar im Anschlusse an eine Abtreibungscur mit Farnwurzelextract zu acut auftretenden Erscheinungen von Lebercirrhose mit Icterus, welcher der Pat. auch erlag; in zwei Fällen, Luetikern, stellte sich gleichfalls nach Abtreibungscuren Icterus und Lebercirrhose ein, und in einem vierten Falle treten die Erscheinungen der Lebercirrhose mit Icterus bei einem durchaus gesunden Individuum im Anschluß an drei nach und nach vorgenommene Curen mit Extractum filicis maris auf. In den ersten drei Fällen handelte es sich um Individuen, deren Leberparenchym durch den vorausgegangenen Alkoholmißbrauch oder durch die überstandene Lues vielleicht schon alterirt war; im vierten Falle bestand aber keinerlei Prädisposition der Leber, so daß es nahe liegt, anzunehmen, daß die Entwicklung der interstitiellen Leberentzündung direct auf die Bandwurmcuren zurückzuführen ist. Solche Erfahrungen sprechen dafür, daß dem Extractum filicis maris eine schädigende Wirkung auf das Lebergewebe zukommt, in Folge dessen bei den leichtesten Fällen Untergang von rothen Blutkörperchen mit consecutivem Icterus, in schwereren dauernde Schädigung des bereits erkrankten und auch vorher intacten Leberparenchyms die Folge sein kann. Für die Praxis dürfte es sich daher empfehlen, mit dem Extractum filicis bei solchen Patienten vorsichtig zu sein, bei welchen eine vorausgegangene Schädigung der Leber zu constatiren ist, besonders aber bei Pat., bei welchen Potus oder Lues erwiesen ist, oder die dessen verdächtig sind. Ferner empfiehlt es sich nicht, das Filixextract in Verbindung mit Ricinusöl zu geben, weil die Filixsäure, der wirksame Bestandtheil des Extractes, in fetten oder ätherischen Oelen bedeutend leichter resorbirbar und daher auch in ihrer Giftwirkung stärker ist.

— Vor etwa 2 Jahren stellten die DDr. RICHET und HANRIOT in Paris eine Combination von Chloral und Glykose dar, welche sie Chloralose nannten, und deren hypnotische Eigenschaften heute wohl bekannt sind. Dr. RICHET suchte nun durch ein ähnliches Verfahren analoge Combinationen des Chlorals und der verschiedenen Zucker darzustellen, worüber er in der Sitzung der „Soc. de Biol." in Paris vom 15. December v. J. berichtete. Mit Saccharose und Maltose tritt das Chloral nicht in Combination. Mit der Arabinose bildet es, analog wie mit Glycose, zwei homologe Verbindungen, eine lösliche und eine unlösliche, welche R. **Arabinochloralosen** nennt. Die Arabinochloralose erzeugt dieselben Wirkungen, wie die gewöhnliche Chloralose oder Glycochloralose, d. h. sie wirkt hypnotisch auf das Gehirn und excitirend auf das Rückenmark, aber die hypnotische Wirkung auf das Gehirn ist viel stärker, die Erregung seitens des Rückenmarkes viel geringer ausgeprägt. Mit der Xylose erhält man zwei **Xylochloralosen**, eine lösliche und eine unlösliche, welchen

die entgegengesetzte Wirkung der Arabinochloralosen zukommt; sie wirken weniger hypnotisch, erzeugen eine intensive Excitation des Rückenmarkes und sind sehr giftig. Diese drei bis jetzt bekannten Chloralosen bilden somit eine Stufenleiter in folgender Ordnung: Arabinochloralose, Glycochloralose, Xylochloralose, wobei die hypnotische Wirkung vom ersten zum letzten sinkt, die excitirende Wirkung auf das Rückenmark steigt.

— Dr. KREBS in Hildesheim empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen bei 40 Patienten das **Aristol bei Otitis media purulenta chronica** („Therap. Monatsh." VIII, 1894). Bekanntlich kommt dem Aristol eine stark austrocknende und secretionshemmende und trotz seiner geringen antibacteriellen Kraft auch eine eiterunghemmende Wirkung zu. Ferner wird es von granulirenden Flächen resorbirt, wobei diese eine Rückbildung erfahren können. Darnach eignet sich das Aristol: 1. Für Fälle von serösen Exsudationen, bei welchen es geradezu eine Lücke in der otiatrischen Therapie ausfüllt; 2. bei uncomplicirten chronischen Mittelohreiterungen mit großer Perforation. Bei mittelgroßen und kleinen Perforationen kann Aristol angewandt werden, wenn die Ränder derselben nicht der medialen Paukenhöhlenwand anliegen, weil das leicht bewegliche und feine Pulver sich eher durch die enge Oeffnung in die Paukenhöhle blasen läßt, als irgend ein anderes. Liegen dagegen die Ränder an, so ist Aristol werthlos; 3. kann das Aristol versucht werden bei Granulationen und deren Recidiven, wenn dieselben nicht von cariösen Knochenstellen ausgehen. Der Anwendung des Aristols muß eine Ausspritzung des Ohres entweder mit abgekochtem Wasser oder mit einer Borsäurelösung vorausgehen. Das Austupfen muß ganz besonders exact geschehen, damit das Pulver auf die abgetrocknete Paukenhöhlenwand selbst aufgeblasen werden kann. Die Menge des aufzublasenden Pulvers muß sehr gering sein, so daß die Paukenhöhlenwandungen nur mit einem feinen Staube bedeckt werden. Das Pulver muß täglich erneuert werden, bis die Eiterung ganz versiegt. Man hüte sich davor, unter dem scheinbar wohl erhaltenen Pulver verborgenen Eiter zu übersehen. — Nach seinen Erfahrungen sieht K. in dem Aristol zwar keine Panacee für sämmtliche chronische Ohreiterungen, immerhin bildet dasselbe aber eine werthvolle Bereicherung des Heilschatzes der Otiatrie.

— Die externe Application des Guajacols, über welche wir schon des Oefteren an dieser Stelle Mittheilung gemacht haben [1], bildete in der Sitzung der Pariser „Soc. de thérapeutique" vom 12. December v. J. den Gegenstand einer Discussion. Dr. MIRON-SIGALLA aus Bukarest resumirte seine Erfahrungen mit **Guajacol-Einpinselungen bei pleuritischen Exsudaten**. Er bepinselt die ganze hintere Thoraxpartie mit folgender Mischung:

Rp. Guajacol . . . . 3·00
Glycerin
Tinct. Jodi . . . . aa. 20·0

und bedeckt dieselbe mit Guttaperchapapier. Nach 24 Stunden wird die Einpinselung wiederholt. Innerhalb 4 Stunden erfolgt die Reaction: Abundante Schweiße, Vermehrung der Urinmenge, Abfall der Temperatur bei Fiebernden. Mit dieser Behandlung will M. sehr glückliche Erfolge gehabt haben, ja er betrachtet dieselbe als eine der sichersten in der Behandlung der Pleuritis. Dr. GRELLETY bemerkte hiezu, daß er ein einziges Mal bei Pleuritis mit Guajacol und Glycerin zu gleichen Theilen pinseln ließ, dabei aber sehr unangenehme Erfahrungen gemacht habe. Dr. FERRAND sah von der Guajacol-Glycerinmischung als Analgeticum beste Erfolge. Er sieht in der Resistenz des jeweiligen Kranken den Grund für die Verschiedenheit der Wirkung, während Dr. VOGT die Beschaffenheit des Präparates verantwortlich macht. In der That bestätigte Dr. CATILLON, daß das im Handel vorkommende Guajacol bis 50% fremder Beimengungen enthalten kann. Reines Guajacol muß sich in Glycerin in jedem Verhältniß lösen und eine absolut helle, durchsichtige Flüssigkeit geben. Es empfiehlt sich daher, stets krystallisirtes Guajacol zu verschreiben.

— Als Ersatz für das Rasirmesser in solchen Fällen der chirurgischen Praxis, in welchen die Anwendung desselben mit gewissen Schwierigkeiten verbunden ist, so, wenn es sich um gewisse, schlecht zu rasirende Körpergegenden, wie die Umgebung des Afters, die Achselhöhle die Oberfläche, eines Lappens der behaarten Kopfhaut u. dgl. m. handelt, empfiehlt Dr. ANNEQUIN („Arch. de méd. et de pharm. mil." 1894, Nr. 10) das **Sulfhydrat des Schwefelcalcium und Schwefelbaryum zur Depilation.** Ersteres, das Empfehlenswerthere, stellt eine breiartige Flüssigkeit dar, welche durch Einwirkung von Schwefelwasserstoff auf Kalkmilch hergestellt wird; es wird in 2 Mm. dicker Schicht aufgetragen, nach 8 bis 10 Minuten, nachdem es eingetrocknet ist, sammt den Haaren mit einem Wasserstrahl abgespült. Das Schwefelbaryum bildet ein weißes Pulver, das mit Wasser angefeuchtet auf die Haut gebracht wird; es wirkt rascher als das erste Mittel, hat aber den Nachtheil, daß es Brennen erzeugt und giftig wirkt, wie fast alle Barytsalze.

— Dr. WITTKOWSKI („Therap. Monatsh." 1894, 8. Heft) empfiehlt den **Marmorstaub zur Sterilisation der Hände.** Nach SCHLEICH'S Angaben hat er eine Seife hergestellt, welche aus flüssig gemachtem Sapo domesticus, dem 3fachen Volumen von gesiebtem Marmorstaub, 4% Lysol und etwas Waschpaste besteht. Nach den angestellten Versuchen und den Resultaten der bacteriologischen Prüfung soll diese Seife alle übrigen Desinfectionsmittel ersetzen und besonders die Anwendung des theuren Alkohols überflüssig machen.

[1]) S. „Wiener Medizinische Presse", 1894, pag. 1892 und 1931.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Wien vom 24.—30. September 1894.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XIII.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für Anatomie.

E. FAULHABER (Wien): **Ueber eine besondere Form von Ostitis des Schädels.**

Ein 73jähriger Mann wurde December 1890 von Influenza befallen, zu welcher Zeit obige Knochenerkrankung begann. Nach einem Jahre, während einer abermaligen Influenza-Epidemie, starb der Erkrankte an einer croupösen Lungenentzündung. — Das Schädeldach ist bis 1·6 Cm. verdickt, sehr hart, seine äußere Fläche von sintergestein- oder korallenartiger Beschaffenheit, während die Innenfläche von vielen verschiedenen großen, rundlichen Knochenneubildungen besetzt ist, welche mit kleinen und größeren Grübchen abwechseln. Tabula vitrea und Spongiosa nicht unterscheidbar. Dura mater zeigt Pachymeningitis haemorrhagica externa. Mikroskopisch weist der Knochen die Erscheinungen des größtentheils abgeschlossenen Einbaues neben lacunärem Abbaue und fibröses, nur zum Theil lymphoides Mark auf.

Die Erkrankung hat die größte Aehnlichkeit mit der von JAMES PAGET zuerst näher beobachteten und beschriebenen Ostitis deformans der Schädelknochen und stellt sich nach der Untersuchung von STILLING und von RECKLINGHAUSEN der Ostitis fibrosa am nächsten. Das demonstrirte Präparat würde vielleicht das Endstadium obiger Erkrankung oder das Stadium der Heilung und des Abschlusses darstellen. Die Erkrankung ist im December 1890 erfolgt und 3 Wochen später sind die ersten Erscheinungen der Knochenerkrankung aufgetreten, welche nicht allein auf das Schädeldach sich beschränkte, sondern auch, wenn auch im geringen Grade, sich auf die vordere Schädelgrube ausgedehnt hatte.

Discussion:

EPPINGER (Graz) möchte an dem ätiologischen Zusammenhange mit Influenza zweifeln; es erscheint ihm überhaupt die entzündliche Genese unsicher; namentlich in Analogie mit einem Präparate seines Grazer Museums würde er an einen neoplastischen Ursprung denken, etwa an ein diffus wachsendes Sarcom mit starker Verknöcherung.

ZEMANN (Wien) würde wegen der Art der Usuren an ein Neoplasma denken; unter den entzündlichen Processen käme viel-

leicht auch Aktinomykose in Betracht, doch sei es schwer, aus den seiner Meinung nach Residuen eines größtentheils abgelaufenen Processes darstellenden Veränderungen des Schädels Schlüsse auf Natur und Genese des Processes zu ziehen.

Chiari (Prag) glaubt, Syphilis wie Aktinomykose und Tumor ausschließen zu können, namentlich in Anbetracht der Sklerosirung des Schädels; es sei in Anbetracht der zeitlichen Aufeinanderfolge die Influenzanatur der Schädelveränderungen sehr wahrscheinlich.

Ponfick (Breslau) schließt sich dieser Auffassung an und hält die Aktinomykose schon wegen der primären Localisation am Schädeldache, nicht am Kiefer, für ausgeschlossen. Er erinnert an analoge seltene Knochenaffectionen bei Typhus und Scharlach.

Faulhaber wiederholt, daß der mikroskopische Befund einer Entzündung entspreche; speciell die Anlage der mächtigen osteophytartigen Knochenexcrescenzen, die dann wieder lacunär angenagt und ausgeschmolzen werden, andererseits wieder durch Apposition wachsen und sich verdicken, spreche für den entzündlichen Charakter. O.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

(Sitzung vom 28. November 1894.)

Fall von angeborenem Naevus molluscíformis.

S. Kohn stellt einen 9½jährigen Knaben mit einer seit seinem 4. Lebensjahre bestehenden Affection am linken Arme vor, deren Diagnose zu bestimmen, er der Gesellschaft überläßt.

Kaposi ist der Ansicht, daß es sich um einen angeborenen Naevus molluscíformis handelt. Derartige Formen sind noch weiterer Entwicklung fähig, indem irgend ein Gewebsantheil, wie das Bindegewebe, oder die Gefäße, oder das Fettgewebe, wuchert; oder es kann zur Entwicklung von plexiformen Neuromen kommen.

Lang bemerkt zur Therapie des Falles, daß er sich für die Exstirpation und directe Vereinigung der Hautränder, event. Transplantation eignen würde.

Lupusfälle mit Thiersch'scher Transplantation behandelt.

Spiegler stellt 2 Fälle von Lupus vulgaris vor, bei welchen die Lupusherde excidirt und die Substanzverluste durch Thiersch-sche Transplantation gedeckt wurden. Spiegler geht in der Weise vor, daß er in einer Sitzung den Lupus exstirpirt und den Substanzverlust soweit als möglich durch Nähte vereinigt, mit Tiophengaze verbindet und erst nach einer Woche direct auf die Granulationen transplantirt.

Ueber Alopecia areata.

Ehrmann stellt eine Pat. mit Alopecia areata vor, welch letztere durch faradische Behandlung beseitigt worden ist; doch fanden sich auf den von Alopecia befallenen Stellen die Haare pigmentlos nachgewachsen, und zwar nicht als weiche Lanugohaare, sondern als dicke markhaltige Haare, ein Beweis, daß es sich bei der Alopecie um tiefere Veränderungen handeln müsse, und daß nicht blos mykotische, sondern auch trophische Störungen in Betracht kommen.

Elephantiasis in Folge von Syphilis.

Neumann stellt eine Pat. mit Gumma am großen Labium vor, bei der die Vaginalschleimhaut in den Proceß mit einbezogen ist und sich elephantiastische Verdickungen gebildet haben.

Ehrmann glaubt, daß die in diesem Falle vorhandene Elephantiasis mit der Syphilis in directem Connexe steht. Die mikroskopische Untersuchung derartiger Fälle ergibt mächtige Lymphangiektasien, deren Ausgangspunkt vielleicht in der Syphilis direct zu suchen ist.

Mraček hat schon seinerzeit auf die Syphilis als ätiologisches Moment für die Elephantiasis aufmerksam gemacht, doch kennt er auch Fälle, bei welchen chronische Tuberculose als ätiologischer Factor in Betracht kam.

Kaposi glaubt, daß die Beziehung zwischen Syphilis und Elephantiasis keine andere sei, als zwischen letzterer und irgend einer anderen Affection, die zu bindegewebiger Hypertrophie führen könne.

Icterus und Syphilis.

Neumann stellt eine Pat. vor, welche vor 4 Wochen an acuter Nephritis erkrankt war und vor einigen Tagen mit Icterus ohne gastrische Erscheinungen und Empfindlichkeit der Leber aufgenommen wurde. In letzterer Zeit wurde der Zusammenhang von Icterus und Syphilis vielfach betont und Neumann hat 11 derartige Fälle publicirt. Es könnte sich in diesen Fällen entweder um ein Enanthem mit Verengerung des Ductus choledochus oder um Drüsenschwellungen, die auf die Vena portae drücken, handeln. Obwohl der Icterus durch antiluetische Behandlung zurückgegangen ist, läßt sich bezüglich der Diagnose kein sicherer Schluß ziehen.

Lang ist der Ansicht, daß die Fälle von Icterus und Erkrankungen der Niere in frühen Stadien der Syphilis nicht so selten sind, wenn man daraufhin recherchirt. Bezüglich der veranlassenden Momente des Icterus möchte er auch noch ein syphilotoxisches Moment annehmen, somit eine acute Leberaffection, welche in eine Parallele mit den toxischen Formen der Leberaffection zu stellen wäre.

Ehrmann hat in vielen Fällen die Stauung in der Gallenblase direct nachweisen können.

Mraček weist auf die vielfachen flüchtigen Erscheinungen im Proruptionsstadium der Syphilis hin, für die es kein anatomisches Substrat gebe und deren Erklärung erst zu erwarten sei, wenn die Kenntniß der Toxine bei Syphilis weiter vorgeschritten sei.

Fall von Lupus erythematodes.

Kaposi stellt einen Fall von Lupus erythematodes vor, welcher im Bereiche der Nasenspitze und des Nasenrückens die Erscheinung der Seborrhoea congestiva zeigt. Schon Hebra hat darauf hingewiesen, daß Lupus erythematodes aus Seborrhoea congestiva hervorgehen, und daß Seborrhoea congestiva auch für sich bestehen könne, ohne daß Lupus erythematodes daraus entsteht.

Orchitis epidemica.

G. Nobl stellt einen 18jährigen Pat. mit linksseitiger Orchitis vor. Die linke Scrotalhälfte ist ausgefüllt von einer mannsfaustgroßen, sehr schmerzhaften Geschwulst, an der hauptsächlich der Hode betheiligt ist. Kein Anhaltspunkt für Blennorrhoe, hingegen vor 14 Tagen beträchtliche Schwellung beider Wangen unter Fiebererscheinungen und wenige Tage später Schwellung des Hodens.

Mraček hat in letzter Zeit einen Fall beobachtet, bei dem es binnen 8 Tagen zu Gangrän und Ausstoßung des ganzen Hodens gekommen war.

Lang zweifelt nicht, daß es sich in diesem Falle um ein Contagium handelt; nicht selten sieht man die Orchitis der Parotitis vorausgehen, manchmal folgen, manchmal fehlt die Erkrankung der Parotis gänzlich.

Nobl demonstrirt noch einen Fall von Gummen der Nase und Wangen, ferner einen Fall von gummöser Perforation des harten Gaumens und Nekrose des linken Thränen-Nasenganges.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

G. Ad. Elbogen (Kladno): Ueber die Behandlung der Knochenbrüche des Unter- und Oberschenkels im Umhergehen.

Redner gibt zuerst eine kurze Geschichte der ambulatorischen Behandlung der Knochenbrüche der unteren Extremitäten, demonstrirt die von Bruns construirte Schiene, die als Geh- und Lagerungsschiene zu verwenden ist, erwähnt die Publicationen von Schmidt, Dollinger und Liermann, welche theils durch Apparate, theils durch Gypsverbände ihren Verletzten das Herumgehen ermöglichten. Allgemeine Beachtung jedoch hat die ambulatorische Behandlung der Fracturen der unteren Extremität erst gefunden, nachdem Fedor Krause gezeigt hatte, daß Brüche des Unterschenkels durch einfache, auf die nackte Haut gelegte Gypsverbände zur Heilung gebracht werden können und Korsch diese Methode auch auf die

Brüche des Oberschenkels und auf complicirte Fracturen ausgedehnt hat.

E. hat schon seit dem Jahre 1890 in den von ihm früher in Hermannshütte, jetzt in Kladno geleiteten Anstalten die Behandlung mit Gehverbänden bei Brüchen der unteren Extremität allgemein zur Durchführung gebracht und im Ganzen diese Methode bei 34 Fällen von Brüchen des Unterschenkels, darunter 4 complicirte, und in 12 Fällen von Oberschenkelfracturen, darunter 1 Schenkelhalsbruch, angewendet. Die Heilungsdauer bis zur vollen Arbeitsfähigkeit betrug bei Oberschenkelbrüchen durchschnittlich rund 53 Tage, bei Brüchen des Unterschenkels im oberen und mittleren Theile 45 Tage, bei Knöchelbrüchen 35 Tage.

Redner beschreibt nun ausführlich die Technik der von ihm seit 4 Jahren geübten Methode, betont die Wichtigkeit, daß das Kniegelenk in leichte Beugung und der Fuß in rechtwinkelige Stellung zum Unterschenkel, eher noch in leichte Dorsalflexion, gebracht werde, damit der Verletzte leichter aufstehen und das Bein leichter nach vorne schwingen könne; bei Anlegen der Gypsbinden müssen Renversées und Faltenbildung sorgfältig vermieden werden. Nach einigen Stunden läßt man den Kranken aufstehen und unter Anleitung eines Wärters mit 2 Krücken Gehübungen machen. Nach einigen Tagen werden dieselben abgelegt und die Kranken benützen anfangs zwei, später einen Stock und lassen im weiteren Verlaufe auch diesen weg. Anstellige Pat. gehen schon nach 2—3 Tagen flott. Nach 8—10 Tagen, oder wenn durch straffes Anziehen der Randtour unterhalb der Zehen dieselben stark angeschwollen sind, schon früher, wird der Verband gewechselt, vor dem Anlegen des zweiten Verbandes das Bein centripetal leicht massirt, die Muskeln ober- und unterhalb der Fractur geklopft und geknetet und leichte active und passive Bewegungen vorgenommen. Zuweilen erfolgte Ausheilung der Fractur unter einem Verband.

Bei Knöchelbrüchen wird nach genauer Reposition der Fragmente das geschwollene Gelenk und die Wadenmusculatur leicht massirt, das mit einem feuchtwarmen, leicht comprimirenden Verbande umwickelte Bein auf eine Eisenschiene gelagert, diese Procedur durch 3—4 Tage täglich wiederholt und dann erst der Gypsverband lege artis angelegt, wobei aber das Gelenk bei Dorsalflexion in extreme Klumpfußstellung gebracht werden muß. Bei jedem Verbandwechsel Massage, sowie active und passive Bewegungen.

Bei Fracturen des Oberschenkels wird die Extremität nach genauer Reposition der Fragmente mit 3—8 Kgrm. Belastung durch 3, in schweren Fällen durch 6—8 Tage in Extension gehalten und dann erst der Gypsverband angelegt.

Bei complicirten Fracturen wird in leichten Fällen der Verband sogleich, in schweren nach 2—7 Tagen angelegt und die Pat. des anderen Tages zum Herumgehen angehalten.

Die Vortheile der mobilisirenden Behandlung gegenüber der immobilisirenden sind augenfällig. Die Fracturen heilen schneller, die Ernährung des ganzen Beines ist eine bessere, die Atrophie der Muskeln eine sehr geringe und durch Massage u. s. w. bald behebbare; die Callusbildung geht rascher vor sich, Stoffwechsel und Schlaf verhalten sich wie beim gesunden Menschen. Geradezu lebensrettend wirkt die Methode bei alten Leuten, indem dadurch der Gefahr einer hypostatischen Pneumonie und eintretendem Marasmus vorgebeugt wird. Bei Säufern kommt es seltener zum Delirium. Auch die ökonomischen Vortheile sind nicht gering anzuschlagen, indem das Budget der Krankenhäuser sehr entlastet wird und der Arbeiter viel früher seine Erwerbsfähigkeit erlangt. Gefürchtete Nachtheile, als: Decubitus, Gangrän, Muskelatrophie und Gelenksteifigkeit, können bei kunstgemäßer Anlegung der Verbände vermieden werden.

Redner illustrirt das Gesagte durch Vorführung einiger Kranken:

1. Ein 25jähriger Bergmann erlitt am 30. October einen complicirten Bruch des linken Unterschenkels. Sofortige Anlegung des Verbandes, am nächsten Tage Gehversuche und bei der Vorstellung, also am 3. Tage, geht Pat. ganz hurtig auf 2 Krücken.

2. Schrägbruch des Oberschenkels im mittleren Drittel bei einem 26jährigen Häuer durch Verschüttung am 25. September 1894. Am 26. September Extension, am 2. October Gypsverband. Pat. geht mit einem Stocke flott herum.

3. Linksseitige Schenkelhalsfractur bei einem 16 Jahre alten Bergmann am 9. October d. J. mit gleichzeitiger Fractur des rechten Schlüsselbeines, weshalb Gehversuche erst am 18. October gemacht werden konnten.

4. Fractur des linken Oberschenkels bei einem 25jährigen Häuer am 11. October d. J. Pat. konnte einige Stunden nach angelegtem Verbande ohne jede weitere Hilfe mit 2 Krücken herumgehen.

Um den Werth der Methode an einem geheilten Falle zu beurtheilen, demonstrirt E. einen 24jährigen Bergmann, der am 8. Juni 1893 einen Schrägbruch des rechten Oberschenkels an der Grenze des mittleren und unteren Drittels erlitten hatte. Am 14. Juni erster, am 26. Juni zweiter Gypsverband. Heilung mit dickem Callus, 34 Tage nach der Verletzung. Nach weiteren 8 Tagen Massage, active und passive Bewegung. Sämmtliche Gelenke des rechten Beines sind vollkommen beweglich, die Musculatur kräftiger wie die des linken Beines, an der Bruchstelle ein nicht zu starker Callus, keine meßbare Verkürzung. —z.

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

J. DOLLINGER: Geheilter Fall von tuberculösem intracraniellem Absceß.

Bei einem 15jährigen Individuum war am vorderen oberen Viertel des Seitenwandbeines ein tuberculöser Herd, durch den die Sonde zum Tegmentum orbitae gelangt. Nach Aufmeißelung des Knochens und Auskratzung der bedeutenden Granulationsmassen, welche den ganzen Stirnlappen ohne irgendwelche Lähmungserscheinungen comprimirt hatten, Ausfüllung der Höhle mit Jodoformgaze. Vollständige Heilung nach einem Monate. Die Operationsstelle ist mit starker Knochensubstanz bedeckt.

K. MARTINY: Ein Fall von Hauttransplantation.

Durch eine Maschine vollkommene Abtrennung der Haut der Hand. Nach Unterbindung der Gefäße und Enucleation der zermalmten Phalangen und Finger wurde oberhalb der Stümpfe die Synovialmembran zusammengenäht. Verlauf fieberfrei. Am 30. Tage nach der Operation THIERSCH'sche Transplantation mit 8, dem Oberschenkel entnommenen Lappen. Die Wunde ist vollständig mit Epidermis bedeckt.

J. ÖTVÖS: Die Ursache der in Budapest im Jahre 1892—93 aufgetretenen Cholera.

Vortr. hat sich von den hygienischen Verhältnissen der Wohn- und Arbeitsorte der Cholerakranken persönliche Ueberzeugung verschafft und derart 19.000 Daten gesammelt. Am intensivsten trat die Cholera in jenen Stadttheilen auf, wo unfiltrirtes Wasser genossen wurde. Dies galt auch von der neuerbauten Franz Josefs-Kaserne, wo er mit Sicherheit constatiren konnte, daß keine Einschleppung stattgefunden hatte. In einer Ziegelfabrik erkrankten mehrere Arbeiter an Cholera, welche aus einer Lehmgrube getrunken hatten, in welche auch die Excremente hineingelangt waren. In einer anderen Ziegelfabrik, wo Erkrankungen vorkamen, fand man Choleravibrionen im Trinkwasser.

Die Cholera erlosch sehr rasch, als das künstlich filtrirte Wasser vom Gebrauche ausgeschlossen wurde. Unter den Cholerakranken wohnten 10·6% in überfüllten und ungesunden Wohnungen. Taglöhner waren 41·5%; die übrigen meist beschäftigungslose Kutscher, Dienstboten u. s. w. Nur 8% gehörten wohlhabenderen Classen an.

Potatoren waren 22·4%; kränkliche Personen 19·6%; 49·7% lebten von kalter, trockener Kost.

Mit dem Stande des Grundwassers, der Temperatur und der Bodenfeuchtigkeit konnte kein Zusammenhang ermittelt werden; nur bei stärkeren atmosphärischen Niederschlägen waren die Erkrankungen häufiger.

Das künstlich filtrirte Leitungswasser war infectiöser und bacterienreicher als das sedimentirte unfiltrirte Leitungswasser. Meist erkrankten Solche, welche unmittelbar Donauwasser getrunken hatten. n.

Notizen.

Wien, 5. Januar 1895.

Zur Jahreswende.

Das Stigma unserer Zeit, die Association, es hat nunmehr auch den ärztlichen Stand berührt. Was jahrzehntelang ein frommer Wunsch gewesen, es ist auch für uns endlich in Erfüllung gegangen: die Organisation der Aerzteschaft Oesterreichs ist im abgelaufenen Jahre zur Durchführung gelangt. Daß dieselbe nicht alle Wunden, die der Stand erlitten hat, zur Heilung zu bringen vermag, daß die Form, die diese Organisation gefunden, manche Lücke aufweist, daß sie, wie alles Menschliche, nur Stückwerk ist, kann unsere Befriedigung kaum verringern. Denn in dem gesetzlichen Bestande dieser Organisation liegt für uns die Bürgschaft einer Sanirung der ethischen und wirthschaftlichen Gebrechen des ärztlichen Standes. Der Arzt, wie er sein soll, der bisher den Kampf um's Dasein, den Kampf gegen Rücksichtslosigkeit und Böswilligkeit, gegen Neid und Mißgunst allein zu führen genöthigt war, er ist nicht mehr vereinsamt; er findet bei der frei gewählten Vertretung seines Standes Förderung und Ermunterung, Schutz und Schirm. Die von Tag zu Tag wachsende Erkenntniß dieser Bundesgenossenschaft, der fest geschlossenen Liga gegen Alles, was die Würde, das Ansehen des Standes zu schädigen, ihn wirthschaftlich zu schwächen geeignet ist, wird das Vertrauen in die eigene Kraft stärken und endlich auch Jene überzeugen, die der Neugestaltung der Dinge gleichgiltig oder skeptisch gegenüberstehen, wie Jene, die in derselben lediglich eine Wohlfahrtseinrichtung für ärztliche Invaliden zu erblicken scheinen. Und doch ist das Ziel, das Denjenigen vorschweben muß, die das Vertrauen ihrer Collegen in die Kammern entsendet, zunächst nicht, Altersversicherungen und Unterstützungsfonds für unsere Enkel zu gründen; es muß vielmehr in der Aufgabe gesucht werden, die Lage der derzeitigen, durch unanständige Concurrenz und Mißachtung seitens der Legislative und Administration dem Proletariat in die Arme geworfenen Angehörigen unseres Standes durch Beseitigung der ersteren und unverdrossene, systematische Bekämpfung der letzteren zu einer menschenwürdigen zu gestalten. Nehmt dem Arzte die Sorge, die schwere Sorge um des Lebens Nothdurft, und er wird mit verdoppeltem Eifer seine ganze Kraft, sein ganzes Wissen und Können der Wohlfahrt der Gesellschaft widmen, die seiner zu vergessen droht.

Auch den Militärärzten brachte das abgelaufene Jahr frohe Botschaft. Die Reform des Militär-Sanitätswesens Oesterreich-Ungarns, welche in den neuen organischen Bestimmungen vom 15. Juni 1894 ihre Grundlage gefunden hat, ist sicherlich geeignet, durch die Erhöhung des Friedenstandes im militär-ärztlichen Officiercorps die Avancementsverhältnisse dieses Corps zu verbessern und durch Ernennung der bisherigen Leiter der Militär-Sanitätsanstalten zu wirklichen, mit dem Strafrechte ausgerüsteten Commandanten die Stellung der Militärärzte in der Armee zu befestigen. Einem der hervorragendsten Mitarbeiter an dem Neubaue der Organisation sollte es nicht vergönnt sein, den Grundstein zu demselben zu legen. Generalstabsarzt PODRATZKI ward vom Tode abberufen, bevor er das Werk vollendet sah, das er mit allen Kräften gefördert.

In wissenschaftlicher Beziehung stand das alte Jahr im Zeichen der Congresse. Die Schlappe, welche der abnorm stark besuchte, aber mangelhaft organisirte internationale römische Congreß erlitten, wurde reichlich wettgemacht durch den außergewöhnlichen Erfolg, den die musterhaft vorbereiteten Versammlungen in Budapest und Wien aufzuweisen hatten. Hier wie dort war es vor Allem die Verkündung einer in ihren heilbringenden Consequenzen schier unabsehbaren Errungenschaft der bacteriologischen Forschung, welche die Welt in neuer Hoffnung aufjubeln, der medicinischen Wissenschaft und ärztlichen Kunst neues Vertrauen entgegenbringen ließ, die von deutschen und französischen Gelehrten gleichzeitig erfolgte Mittheilung der Möglichkeit erfolgreicher Bekämpfung der Diphtherie, des Würgengels unserer Kleinen, durch die Serumtherapie. Wir Aerzte jubeln noch nicht, denn wir wissen uns im Stadium der Prüfung des neuen Mittels, der neuen Methode, einer Prüfung, die in diesem Augenblicke doppelt streng, doppelt eingehend in der gesammten civilisirten Welt erfolgt, da wir noch nicht vergessen haben, was uns der blinde Glaube, der vertrauensselige Enthusiasmus an Ansehen und Vertrauen vor wenigen Jahren gekostet hat. Möge die Prüfung am Krankenbette die Errungenschaften der Laboratoriumsarbeit voll und ganz bestätigen!

An der Schwelle des neuen Jahres ziemt es, Jener zu gedenken, die das alte uns geraubt. Schwer sind die Verluste, die unsere Wissenschaft erlitten hat, unausfüllbar schier die Lücken, die gerade unsere Schule neuerdings aufweist. Neben HELMHOLTZ, dem größten Naturforscher unseres Zeitalters, sank HYRTL, der hervorragende Anatom, dahin, wurde der Meister-Chirurg BILLROTH, wurde LUDWIG MAUTHNER, der geniale Vertreter der Ophthalmologie, dem unerbittlichen Tode zur Beute.

Was wird das neue uns, unserem Stande, unserer Wissenschaft gewähren, was versagen? Was es auch bringen mag, das Gute wird uns doppelt erfreuen, das Böse erträglicher erscheinen, wenn wir enggeschaart, Hand in Hand das Kommende erwarten. Denn wir haben genugsam erfahren, was es heißt, den Stürmen des Berufes einsam trotzen. Gilt ja auch von uns, was der Meerfahrer Odysseus im Kampfe mit widrigen Winden den Genossen befeuernd zurief:

ὦ φίλοι, οὐ γάρ πώ τι κακῶν ἀδαήμονες εἰμέν.

(**Die Verlegung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses.**) Die Weihnachtswoche, in welcher Vorlesungen und Vereine ruhen und die Mehrzahl der Professoren fern von Wien weilt, hat den medicinischen Kreisen Wiens eine peinliche Ueberraschung gebracht. Aus den Ministerien des Innern und des Unterrichtes drang die Nachricht in die Oeffentlichkeit, die Regierung habe den langjährigen und fast zur Reife gediehenen Plan, das Wiener Allgemeine Krankenhaus durch Erwerbung der Alsercaserne zu erweitern und die neu gewonnene Area zum Ausbau der Kliniken zu benutzen, aufgegeben und dem Projecte des Statthalters zugestimmt, das Krankenhaus sammt den dazu gehörigen Instituten an die äußerste Peripherie im Osten des Stadtgebietes zu verlegen. Die entsprechenden Ortes vorgebrachten Bedenken gegen dieses, vom Standpunkte des medicinischen Unterrichtes wie der Krankenpflege rücksichtslos zu bekämpfende Project scheinen Beachtung gefunden zu haben, denn in den letzten Tagen ist dasselbe definitiv fallen gelassen und nunmehr die endliche Erwerbung der genannten Caserne in's Auge gefaßt worden.

(**Diphtherie-Heilserum.**) Das Ministerium des Innern hat Berichte über mit dem Heilserum in größerem Umfange angestellte Versuche von den politischen Behörden in Triest und Czernowitz erhalten. Das Stadtphysicat in Triest verfügt über 252 mit BEHRING'schem Serum behandelte Fälle, bei welchen die Mortalität 17·8% (gegen 43·8—55·6% in früheren Jahren) betrug, die Landesregierung in Czernowitz, woselbst das ARONSON'sche Serum zur Anwendung gelangte, über 69 Fälle mit einer Mortalität von 16·1% (gegen 50·7—63·3% bei den nicht mit Serum behandelten Fällen). — Wir werden über die im „Oestor. San.-W." ausführlich reproducirten Berichte in unseren Zusammenstellungen über die Erfahrungen mit dem Diphtherie-Heilserum eingehend referiren.

(**Wiener Aerztekammer.**) In der am 29. December v. J. stattgefundenen Plenarsitzung wurde der Kammerbeitrag pro 1895, wie erwartet, mit fünf Gulden ö. W. festgesetzt und das vom Vorstande vorgelegte Präliminare mit 6950 fl. Ausgaben und 6300 fl. Einnahmen genehmigt. Der Abgang ist aus dem bedeutenden Cassa-

reste des Jahres 1894, der jetzt schon 4400 fl. beträgt, zu decken. Die Kammer erklärte sich ferner bereit, jenen Aerzten, die unter Angabe zutreffender, rücksichtswürdiger Gründe um die Nachsicht des Jahresbeitrages ansuchen, dieselbe zu gewähren. Bei den in subalternen Stellungen befindlichen Spitals- und Anstaltsärzten hat das Visum des betreffenden Directors oder Anstaltsleiters auf den Gesuchen als Bestätigung der Zahlungsunfähigkeit zu dienen. Ein neu eintretender Arzt hat künftighin nur jene Quoten des Kammerbeitrages zu entrichten, welche auf die seinem Eintritte folgenden Quartale entfallen, während ein den Kammersprengel verlassender, respective aus der Praxis scheidender Arzt das Recht auf Restitution der seinem Austritte folgenden Quartalsquoten des Jahresbeitrages besitzt.

(Die Verpflegsgebühren in den Wiener allgemeinen Krankenanstalten) wurden für die III. Verpflegsclasse von 1 fl. auf 1 fl. 20 kr. erhöht. Seit etwa 10 Jahren ist demnach eine Verdoppelung dieser Gebühren eingetreten.

(Die freie Arztwahl in Berlin), welche durch das Ausscheiden einer großen Casse aus dem Verbande der dem Principe der freien Arztwahl huldigenden Krankencassen eine schwere Schädigung erlitten hat, ist nunmehr ernstlich gefährdet. Die Gewerbedeputation des Berliner Magistrates hat den Vorständen von acht Cassen eröffnet, daß die Verträge mit dem Verein freigewählter Cassenärzte nicht erneuert werden dürfen, „sofern nicht die dem Verein angehörenden Aerzte sich bereit erklären, einen Sondervertrag mit der Casse abzuschließen, während der Vorstand seinerseits nicht die Verpflichtung hat, jeden beliebigen Arzt, welcher dem Vorstande als Vereinsmitglied vorgestellt wird, auch als Cassenarzt zu acceptiren". Selbstredend hat der Verein freigewählter Cassenärzte, der bereits mehr als 800 Mitglieder zählt, Alles gethan, um die Aufhebung dieser Verfügung zu erwirken. Wir werden über den Verlauf dieser Angelegenheit berichten.

(Astley Cooper-Preis.) Der nächste Triennialpreis von 300 Pfd. St. soll dem Autor der besten Arbeit oder Abhandlung über „Die Gelenkkrankheiten, verursacht durch Syphilis und Gonorrhoe" zuerkannt werden. — Bewerber haben ihre Arbeiten — leserlich geschrieben, oder durch Schreibmaschine hergestellt — in englischer Sprache abgefaßt, oder, wenn in einer fremden Sprache, von einer englischen Uebersetzung begleitet, vor dem 1. Januar 1898 an GUY'S Hospital in London zu richten. — Jede Arbeit oder Abhandlung muß mit einem Motto versehen und von einem versiegelten Couvert begleitet sein, enthaltend den Namen und die Adresse des Verf. Betreffs der weiteren Bedingungen wolle man sich an Dr. HALE WHITE, 65 Harley Street, London W., wenden.

(Mattoni's Wandkalender.) Die Firma Heinrich Mattoni hat, wie in den Vorjahren, anläßlich des Jahreswechsels den österreichischen Aerzten ein zweckmäßig eingerichtetes Wand-Kalendarium pro 1895 als Angebinde gewidmet.

(Statistik.) Vom 23. bis inclusive 29. December 1894 wurden in den Civilspitälern Wien 6234 Personen behandelt Hievon wurden 1055 entlassen; 158 sind gestorben (13·02% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 88, egyptischer Augenentzündung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 98, Scharlach 87, Masern 471, Keuchhusten 16, Wundrothlauf 35, Wochenbettfieber 5, Influenza —, Mumps 29. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 656 Personen gestorben (+ 57 gegen die Vorwoche).

(MARCUS ABELES †.) Wir beklagen den Heimgang eines ausgezeichneten Collegen. Dr. MARCUS ABELES, Privatdocent der inneren Medicin an der Wiener Universität und Curarzt in Karlsbad, ist am 30. December v. J. plötzlich gestorben. Der Verblichene, 1837 zu Nedraschitz in Böhmen geboren, 1864 an der Wiener Hochschule promovirt und 1883 daselbst habilitirt, vereinigte in sich reiches Wissen, unermüdlichen Fleiß, den er in zahlreichen, mustergiltigen chemisch-physiologischen Arbeiten bethätigte, und seltene ärztlich-praktische Begabung, welche ihn zu einem der gesuchtesten und angesehensten Aerzte der Sprudelstadt prädestinirte. Sein lauterer Charakter, seine Pflichttreue und Gewissenhaftigkeit sichern ihm bei seinen Collegen sowohl wie beim Publicum ein ehrenvolles Andenken.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Salzburg der Regierungsrath und Professor der Geburtshilfe an der dortigen Hebammenschule, Dr. DISMAS KUHN, Vorsitzender des Landes-Sanitätsrathes und der Aerztekammer dieses Herzogthums, 60 Jahre alt; in Laibach Dr. J. KAPLER; in Pola Dr. A. DEMARTINI.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Ziemssen v., Annalen der städtischen allgem. Krankenhäuser zu München 1893. München 1895, J. F. Lehmann.

Becker L., Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit. Berlin 1895. R. Schoetz.

Camerer W., Der Stoffwechsel des Kindes. Tübingen 1894, H. Laupp.

Heymann F., Zukunftsmedicin. Kolmar 1895, L. Brohn.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Sep.-Abdruck über **„Das Trional, ein prompt wirkendes Schlafmittel.** Von **Dr. Goldmann."** Wir empfehlen die Beilage der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse"** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik":** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Med.-chir. Rundschau":** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) inclusive Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 2. Sonntag den 13. Januar 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertions-aufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die Excision des syphilitischen Initialaffectes.

Von **Dr. Ernest Finger,**

a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Wiener Universität.

Die Frage des Werthes der Excision des syphilitischen Initialaffectes, mit Rücksicht für die Verhinderung des Ausbruches allgemeiner Syphilis, steht nunmehr seit mehr als zwei Jahrzehnten auf der Tagesordnung, ohne daß bisher eine völlige Klarstellung derselben erfolgt wäre. Wenn ich mir nun erlaube, zu dieser Frage das Wort zu ergreifen, so geschieht es nicht in der Absicht, die bisherige Casuistik, die ja schon auf mehr als 600 publicirte Fälle angewachsen ist, um einige weitere negative oder ein und den anderen fragwürdigen positiven Fall zu bereichern. Ich beabsichtige vielmehr, zunächst einige principielle Fragen in dieser Richtung, die bisher weniger erörtert werden, zur Discussion zu bringen und dann über einige eigene Erfahrungen zu sprechen.

I.

Die erste Frage, die ich anregen möchte, ist die schon einigemal besprochene nach der V e r l ä ß l i c h k e i t d e r D i a g n o s e. Wenn wir über den Werth und die abortive Bedeutung der Excision des Initialaffectes auf Grund vorhandener Statistik schlüssig werden sollen, so müssen wir zunächst die volle Ueberzeugung haben, daß wirklich in allen Fällen, in denen positiver Erfolg der Excision angegeben wird, die Syphiliserscheinungen ausblieben, e s s i c h w i r k l i c h u m e i n e n s y p h i l i t i s c h e n I n i t i a l a f f e c t h a n d e l t e. Denn nur, wenn wirklich ein syphilitischer Initialaffect excidirt wurde, ist das Ausbleiben der syphilitischen Allgemeinerscheinungen der Excision zu Gute zu schreiben.

Es mag vielleicht paradox, ja es mag vermessen klingen, wenn ich die Behauptung aufstelle, daß in der Mehrzahl der Fälle von Excisionen mit positivem Effecte dieser Beweis nicht erbracht ist und die Frage offen steht, ob die Allgemeinsyphilis deshalb ausblieb, weil durch die Excision des Initialaffectes deren Zustandekommen verhindert wurde, oder deshalb, weil gar kein syphilitischer Initialaffect excidirt wurde, also für das Zustandekommen einer Allgemeinsyphilis überhaupt kein Grund vorlag, diese mit und ohne Excision nicht zu Stande gekommen wäre.

Die Diagnose des syphilitischen Initialaffectes ist, so lange uns die bacteriologische Seite der Frage, wie bisher, im Stiche läßt, keine so einfache. Während ursprünglich die Dualisten, französische und deutsche, den Hauptwerth auf die Induration, die Derbheit des Geschwürsgrundes legten, ist dieses diagnostische Moment in den letzten Jahrzehnten etwas in Mißcredit gekommen, hat von seiner diagnostischen Bedeutung Manches eingebüßt. Ich habe in einer umfangreichen Arbeit (Diagnose der syphilitischen Initialsclerose. „Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syphil.“, 1885) den zahlreichen Bedenken gegen die Bedeutung der Induration für die Diagnose des syphilitischen Initialaffectes eingehende Besprechung gewidmet und die Thatsache der Abhängigkeit der In- und Extensität, ja des Zustandekommens der Induration überhaupt, vom Sitze derselben aus den von mir (Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitales. Aus dem anatomischen Institute des Herrn Hofrathes v. Langer. Sitzungsbericht der Akademie der Wissenschaften, 3. Aufl., 1884) ermittelten anatomischen Verhältnissen, besonders der Blutgefäßvertheilung am männlichen Genitale, erklärt. Aus den damals angestellten Betrachtungen, der Durchsicht großer Casuistik ergeben sich zwei Thatsachen. Erstens, daß es am Genitale, männlichen, wie weiblichen, Localitäten gibt, an denen zweifellose, durch ihre Consequenzen identificirte Initialaffecte keine oder eine kaum nennenswerthe Induration des Randes und Grundes darbieten. Diese Thatsache interessirt uns hier weniger. Wichtiger für uns ist in dieser Frage die zweite Thatsache, d a ß a n

gewissen Localitäten des männlichen Genitales auch nicht syphilitische Affecte, besonders Helcosen, Herpes etc., eine oft auffällige Derbheit von Rand und Grund darbieten, die denjenigen Arzt, der nur oder hauptsächlich aus der Induration die Diagnose „syphilitischer Initialaffect" abzuleiten gewöhnt ist, zur Stellung dieser Diagnose verleiten könnten, und wie die Erfahrung lehrt, de facto häufig verleiten.

Zwei solche Localitäten, an denen insbesondere häufig nicht syphilitische locale Affecte eine solche „sclerosenähnliche" Derbheit von Rand und Grund darbieten, sind: der Sulcus coronarius und der Margo praeputii; gerade also an diesen Stellen sitzende Geschwüre nicht syphilitischen Ursprunges werden häufig für syphilitische Initialaffecte imponiren und als solche excidirt werden können, ja, wie ich zu behaupten wage, auch häufig excidirt werden. Ich bin eben nach Durchsicht der betreffenden Literatur der Ueberzeugung, daß in dieser Frage diagnostische Irrthümer nicht selten dadurch begangen wurden, daß nicht syphilitische, an diesen Stellen sitzende, eine einfach entzündliche Derbheit darbietende Geschwüre für syphilitische Initialaffecte imponirten, excidirt wurden und positive Erfolge der Excision vortäuschten.

Es würde zu weit führen, wollte ich die ganze große Literatur der Excisionsfrage auf diesen Standpunkt hin prüfen, auch fehlen in zahlreichen Fällen die genügend genauen Angaben. Es mag genügen, die Arbeit eines Vorkämpfers in dieser Frage, Auspitz's Publication (Ueber die Excision der syphilitischen Initialsclerose. „Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syphil.", 1877) darauf zu prüfen.

Auspitz veröffentlicht in dieser Publication 33 Krankengeschichten. 4 derselben sind wegen kurzer Beobachtung und anderer Mängeln unbrauchbar, so daß 29 brauchbare Krankengeschichten bleiben. Von diesen 29 Patienten, an denen die Excision der Sclerose vorgenommen wurde, ergaben 19 positiven Erfolg, d. h. die Allgemeinsyphilis blieb nach der Excision aus. 10 Fälle ergaben negativen Erfolg, Allgemeinsyphilis entwickelte sich trotz der Excision. Wie gruppiren sich nun diese Geschwüste nach der Localität. Es sassen

im Sulcus coronarius 10, davon 8 positive, 2 negative Erfolge
am Margo praeputii 6 „ 5 „ 1 „ „
Summa 16, davon 13 positive, 3 negative Erfolge

Dagegen ergaben von 13 Geschwüren, die an anderen Stellen des männlichen Genitale sassen und excidirt wurden, nur 6 positiven, 7 negativen Erfolg.

Es ergaben also
16 Geschwüre am Sulcus coron. und Margo praep. 13 positive, 3 negative Erfolge.
13 Geschwüre an anderen Stellen des Genitale, 6 positive, 7 negative Erfolge.

Die Excision von Geschwüren am Margo praeputii und im Sulcus coronarius gibt also in 13 von 16 Fällen, d. h. in 81% positiven Erfolg, während die Excision von Geschwüren anderer Stellen des männlichen Genitale, Haut des Penis, innere Lamelle etc. in 6 von 13 Fällen, d. i. nur in 46% positiven Erfolg gibt.

Ich glaube dieser so ungemein günstige Percentsatz positiver Erfolge für Sulcus coronarius und Margo praeputii kann nur in der Weise seine Erklärung finden, daß mehrere nicht syphilitische, aber indurirte Geschwüre dieser Gegenden excidirt wurden und positive Erfolge dort vortäuschten, wo die Frage der zu erwartenden Allgemeinsyphilis wegen der nicht syphilitischen Natur des excidirten Geschwüres überhaupt nicht zur Discussion kommen sollte.

Die Thatsache nun, daß indurirt mit syphilitisch noch nicht identisch ist, wird meiner Ueberzeugung und Erfahrung nach noch zu wenig beachtet, und so werden nicht selten pseudoindurirte nichtsyphilitische Affecte für syphilitische Initialaffecte angesehen und excidirt.

Die Thatsache von der Unverläßlichkeit der Induration, ihrem Fehlen bei zweifellos syphilitischen Initialaffecten, ihrem Auftreten auch bei nichtsyphilitischen Geschwüren war v. Sigmund bekannt. Er war es auch, der zuerst mit großer Präcision und Schärfe die indolente multiple Scleradenitis als wichtigstes differentialdiagnostisches Moment zwischen dem Initialaffect und den nichtsyphilitischen Localaffecten ulceröser Natur hinstellte. Ein von charakteristischer indolenter Scleradenitis begleitetes Geschwür war für v. Sigmund ein syphilitischer Initialaffect, auch wenn seine Basis nicht indurirt war, ein nicht von indolenter Scleradenitis complicirtes, wenn auch indurirtes Geschwür wurde nicht als syphilitischer Initialaffect angesehen. Daß diese Lehre meines ersten Lehrers richtig ist, davon hatte ich noch unter seinen Augen und seither in fünfzehnjähriger Erfahrung an keineswegs kleinem Materiale mich zu überzeugen hundertfältige Gelegenheit.

Eine interessante Gruppirung eines größeren Materiales von Excisionen von Initialaffecten vom Gesichtspunkte der complicirenden Scleradenitis gab Pick als Referent dieser Frage am internationalen Congresse in Kopenhagen 1884. Seine Schlußfolgerungen in dieser Richtung sind:

1. Excision einer Sclerose, die nicht von indolenter Scleradenitis gefolgt ist, gibt immer positiven Erfolg.
2. Excision einer Sclerose, die schon von indolenter Scleradenitis gefolgt ist, gibt stets negativen Erfolg.

Stellen wir uns auf den v. Sigmund'schen oben citirten Standpunkt von der diagnostischen Bedeutung der indolenten Scleradenitis, so werden wir den zweiten Punkt der Pick'schen Schlußfolgerung auch so ausdrücken können, daß wir sagen: „Excision einer diagnostisch zweifellos sicheren syphilitischen Sclerose gibt stets negativen Erfolg", während uns für Erklärung der positiven Erfolge jener Excisionen von Sclerosen, die noch nicht von indolenter Scleradenitis gefolgt sind, zwei Eventualitäten offen bleiben, entweder die, daß es sich de facto um syphilitische Initialaffecte handelte, die frühzeitig, vor Zustandekommen der indolenten Scleradenitis, die ja erst etwa drei Wochen nach der Infection zur Entwicklung kommt, excidirt werden, und vielleicht eben deshalb von consecutiven Allgemeinerscheinungen frei blieben, oder aber, daß es sich um nichtsyphilitische pseudoindurirte Geschwüre handelte, die auch ohne Excision nicht von Syphilis gefolgt worden wären, weil sie mit dem syphilitischen Gifte nichts zu thun hatten. Wie dem auch sei, zweifellos eignen sich Fälle dieser Art, eine Casuistik von solchen Beobachtungen nicht, zur Grundlage einer Discussion über Werth und Unwerth der Excision des syphilitischen Initialaffectes.

II.

Handelt es sich nun, wie wir ja als möglich zugeben wollen, um einen zweifellosen syphilitischen Initialaffect, der excidirt wurde, und wo die Allgemeinerscheinungen ausblieben, so ist denn doch stets noch der Beweis zu erbringen, daß Excision und Ausbleiben der Allgemeinerscheinungen in causalem Connex stehen, das Ausbleiben der Allgemeinerscheinungen wirklich auf Rechnung der Excision zu schreiben ist. Diese Frage ist nicht so müssig, wie sie vielleicht aussehen könnte. Es gibt de facto Fälle, in denen zweifellose, typische Sclerosen auch ohne Excision nicht von Allgemeinerscheinungen gefolgt werden. Bei Weibern bleiben die secundären Allgemeinerscheinungen nicht so selten aus. Aber auch bei Männern wird dieses beobachtet. Björken, Messana, Kaposi führen diese Beobachtung an und auch ich kann aus eigener Erfahrung diese Beobachtung bestätigen. So sah ich in meiner Privatordination einen, in meiner Spitalsambulanz zwei, also im Ganzen drei Fälle, in denen sich typische Sclerosen entwickelten, die von typischer indolenter Sclerade-

nitis begleitet, rein localer Behandlung unterzogen wurden. Die Initialaffecte heilten, die Induration erweichte und wurde resorbirt, die Drüsenschwellungen in inguine blieben anfangs stationär, verkleinerten sich dann, schwanden, die achte, zehnte, vierzehnte Woche nach der Infection verging, keine Allgemeinerscheinungen zeigten sich. Den einen Fall, einen Patienten mit einer gonorrhoischen Urethritis und Strictur, hatte ich durch mehr als 6 Monate in Behandlung, ohne daß sich von seiner Sclerose Allgemeinerscheinungen eingestellt hätten.[1]

Noch eigenthümlicher war der Verlauf in zwei anderen Fällen meiner Beobachtung, bei einem kräftigen Uhlanenrittmeister meiner Privatclientel und einem jungen anämischen Bäckerburschen der Spitalsambulanz. Bei beiden kamen typische Sclerosen zur Entwicklung, die mit indolenter typischer Adenitis complicirt waren und local behandelt wurden. Beide Patienten boten etwa in der zehnten Woche post infectionem jene Allgemeinerscheinungen dar, die man als Eruptionserscheinungen bezeichnet; rheumatoide Schmerzen in den Gelenken, im Periost der Tibien, Anämie, Abgeschlagenheit und Mattigkeit, Schlaflosigkeit etc. stellten sich ein. Wir erwarteten täglich die Eruption von Allgemeinerscheinungen. Doch was geschah? Nach etwa 8—10tägiger Dauer hörten die Eruptionssymptome spontan auf. Allgemeinerscheinungen traten weder an äußerer Haut, noch den Schleimhäuten auf, trotz sorgfältiger häufiger Untersuchung. Der Bäcker entzog sich nach etwa 4 Monaten meiner Beobachtung, den Uhlanenrittmeister beobachtete ich seit Anfangs August 1893, also seit fast $1^1/_2$ Jahren. Secundäre Erscheinungen sind bisher zuverlässig keine aufgetreten. Hätte ich nun in diesen 5 Fällen die Excision der Initialaffecte vorgenommen, so wäre ich heute in der Lage, die Casuistik der Excisionsfrage mit 5 positiven Fällen zu bereichern, die alle 5 in dieser Frage absolut nicht angezogen werden dürfen.

Fälle der Art, wo bei typischem Initialaffecte secundäre Erscheinungen ausblieben, scheinen übrigens nicht so selten zu sein. Barthelemy theilte einen solchen Fall (Annales de dermat. et de syphil. 1885) mit. Dubois-Havenith berichtete am I. internationalen Congresse für Dermatologie und Syphilidologie in Paris 1889 (Feulard, Comptes rendus, 1890) über einen zweiten analogen Fall von typischem syphilitischen Initialaffecte des Präputium, von indolenten Drüsenschwellungen gefolgt, der während einjähriger Beobachtungsdauer keine secundären Erscheinungen darbot. In der Discussion berichtet Barthelemy über einen eigenen Fall und über zwei analoge von Aubert beobachtete Fälle. Desgleichen berichtete Ehlers in der Pariser „Société française de dermatologie et de syphiligraphie" (Sitzung vom 11. December 1890) über einen analogen Fall aus der Klinik Haslund's, in dem auch eine Sclerose, gefolgt von multipler indolenter Scleradenitis, von keinen weiteren Symptomen secundärer Syphilis begleitet war. Auch bei Gelegenheit dieser Mittheilung geben Mauriac, Barthelemy, Besnier an, ähnliche Fälle beobachtet zu haben.

Fälle dieser Art sind uns nun bisher nicht recht verständlich. Einmal was die Erklärung ihres Zustandekommens betrifft. Wir wissen ja wohl, daß es eine ererbte und eine acquirirte Immunität gibt, daß einmal die gesunden Kinder syphilitischer Eltern ganz oder relativ gegen Syphilisinfection immun sind, daß auch Individuen, die bereits einmal ihre Syphilisinfection durchmachten, eine solche absolute oder relative Immunität darbieten. Es wäre nun möglich und denkbar, daß eine intensivere relative ererbte oder erworbene Immunität den abortiven Verlauf der Infection in unseren Fällen bedingte. Aber erwiesen ist diese Möglichkeit bisher nicht.

Die zweite bisher unbeantwortete Frage ist die über das weitere Schicksal solcher Patienten. Bleibt bei ihnen die Syphilis wirklich auf das Primärstadium beschränkt, kommt es bei denselben überhaupt zu keinen weiteren Syphilismanifestationen, oder fällt in diesen Fällen nur das Secundärstadium aus, können die Kranken nicht später noch an tertiären Symptomen erkranken? Diese Frage ist durchaus nicht müssig. Wissen wir doch aus der Erfahrung, daß der Verlauf des Secundärstadiums uns für das tertiäre Stadium absolut keine prognostischen Schlüsse gestattet, auf und trotz eines milde verlaufenden Secundärstadiums doch schwere tertiäre Erscheinungen folgen können. Das Ausbleiben der secundären Symptome in unseren Fällen ist also a priori absolut nicht als Beweis anzusehen, daß der Verlauf der Syphilis bei unseren Patienten abgeschlossen, für die Zukunft desselben nicht weiter zu befürchten ist.

(Schluß folgt.)

[1]) Einen weiteren Fall dieser Art, von Collegen Dr. Unrna aus Lemberg mir zugesandt, habe ich gemeinsam mit Unrna nun seit 4 Monaten in Beobachtung, ohne daß Allgemeinsyphilis gekommen wäre. (Anm. bei der Correctur.)

Zur Elektrotherapie der Narben.

Von **Dr. Rudolf Lewandowski,**
k. u. k. Regimentsarzt und Chefarzt der 1. Abtheilung am k. u. k. Filialspitale Baden.

Ueber die Elektrolyse der Wunden und Narben schrieben u. A. Crussel und Tripier, meines Wissens jedoch noch Niemand über die Elektrotherapie, nämlich über die Galvanofaradisation mit schwachen bis mittelstarken Strömen.

Ich meine zunächst adhärente Vernarbungen, sowie ausgebreitete Narben aller Art, wie sie z. B. nach Verbrühungen, nach Verbrennungen, nach langwierigen Eiterungen, nach Phlegmonen, nach Operationen, nach Verletzungen, nach Duellen etc. oft entstellend oder die Functionen behindernd übrig bleiben. So z. B. eine complicirte Fractur eines Oberarmknochens. Der Chirurg muss die Fractur adaptirt und geheilt haben; unter dem Gypsverbande entsteht z. B. eine Phlegmone und eine Radialisparese, außerdem bleibt eine handtellergroße Narbe von der Phlegmone und eine adhärente Narbe an der Bruchstelle zurück.

Oder bei einem Duelle wird einem Duellanten der Oberarm durchhauen, so daß der getrennte Arm nur an einer Hautbrücke hängen bleibt. Der Chirurg reponirt den Oberarm, näht den vereinigten Oberarmknochen, näht die durchtrennten Sehnen, die Muskeln, die Nerven, die Gefäße, vereint die übrigen Gebilde und schließt die Wunde. Alles heilt, aber es bleiben ausgebreitete, zum Theile die Functionen des Armes beeinträchtigende Narben zurück.

Oder es findet bei einer Studentenmensur eine Trennung der Weichtheile am Vorderarme statt. Nach Vereinigung seitens des Chirurgen bleibt eine entstellende Narbe am Handgelenke zurück u. s. w.

Ich galvanofaradisirte derlei Vernarbungen mit mittelstarken Strömen mit großen, feuchten Elektroden, von denen die Anode 200 Qcm., die Kathode 100 Qcm. besaß, wo der galvanische Strom durchschnittlich 5—8 MA. betrug und der faradische Strom so stark war, daß er sichtbare Radialiszuckungen gab.

Die Methode der Anwendung bestand darin, daß ich die A n o d e des galvanischen Stromes mit der größeren viereckigen Elektrode verband und selbe an das Kreuzbein befestigte. Die K a t h o d e des galvanischen Stromes wird zum I n d u c t o r i u m geführt und dortselbst mit der A n o d e verbunden; von dem I n d u c t i o n s a p p a r a t e geht sodann die zweite Leitungsschnur ab (von der K a t h o d e), mit welcher ich nun die runde 100 Qcm. betragende Elektrode verbinde, welche die differente Elektrode, mit welcher ich hantire, vorstellt. Lasse ich den Inductionsapparat nicht in Action treten, so habe ich blos g a l v a n i s c h e S t r ö m e; ich stelle die Handelektrode von 100 Qcm. auf das Brustbein und regulire den Strom auf 5 MA. Dieser Strom vermag bei den angewandten Elektroden noch nicht deutlich sichtbare Radialiszuckungen hervorzurufen. Nun activire ich auch den I n d u c t i o n s s t r o m und steigere oder schwäche denselben insolange, bis deutliche Radialiszuckungen auftreten. Dies ist die m i t t l e r e S t r o m s t ä r k e

mit der ich den Durchschnitt behandle, doch fange ich gewöhnlich mit galvanischen Strömen von 3 MA. und mit faradischen, kaum fühlbaren Strömen an, muß auch bei besonders sensitiven Patienten bei solchen verbleiben. Nach einigen Sitzungen steigere ich dann die Ströme bis zu jener Stärke, die ich vorhin als Mittelströme präcisirt habe — selten darüber.

Mit der Handelektrode führe ich nun 40—60 Striche über die Narben, und zwar zunächst über die gerötheten Partien aus. Sind die Narben adhärent, so folgen noch 100 Streichungen nach verschiedenen Richtungen über die Narbe. Auch trachte ich durch passive Bewegungen jenes Körpertheils, wo die adhärente Narbe sitzt, selbe von ihrer Unterlage zu lösen. Diese passiven Bewegungen trachte ich das nächste Mal auch auf elektrischem Wege zu erzielen, indem ich 50mal die betreffenden Muskeln reize. Wenn es mir indicirt erscheint, verwende ich auch die Massage.

Wo eine Narbe restringirend wirkt, suche ich sie überdies durch constantes Durchströmenlassen zu erweichen und so die Function wieder herzustellen. Wo eine Function in Folge einer Nervennaht nur unvollständig gelingt, dort galvanofaradisire ich den betreffenden Nerven, und zwar in loco symptomatis circa 50mal, sodann vom zugehörigen Plexus aus circa 50mal und sodann von seinem Ursprunge vom Gehirne oder vom Rückenmark aus mit schwachen Strömen stabil durch 5 Minuten.

Ich gehe hiebei mit den gleichen Elektroden vor, weil ich gefunden habe, daß schwache und selbst mittelstarke Ströme bei so großen Elektroden nicht oder nur schwach empfunden werden, während die kleinen Elektroden, die gewöhnlich von den Mechanikern den Apparaten beigegeben werden, reizen und schmerzen.

Sehe ich z. B., daß die Flexions- oder Extensionsmuskeln mangelhaft fungiren, so elektrisire ich die mangelhaft functionirenden 80—100mal mit starken Strömen, und zwar beispielsweise bei mangelhafter Flexion des Handgelenkes die Nerven vom Plexus oberhalb des Schlüsselbeines, dann in der Achselhöhle, dann den Radialis, Medianus und Ulnaris an ihren Points d'élection, dann noch speciell am Handgelenk oberhalb des Thenar und Antithenar.

Ich elektrisire in der Weise jeden Patienten durchschnittlich 15—30 Minuten und wechsle zwar nicht die Elektroden, aber den Strom, indem ich bei einem und demselben Patienten je nach der Localität oder dem Organ nur schwache oder mittelstarke oder starke Ströme anwende, mittelst zweier Handbewegungen, indem ich den Rheostat für den galvanischen Strom und die Rollen, beziehungsweise den Magnet am Inductionsapparate handhabe. Zumeist über frische Narben fahre ich anfangs nur mit kaum fülbarem Strome.

Unter dieser Behandlung habe ich die Narben sehr rasch blaß werden gesehen, die adhärenten Narben wurden lose, die constringirenden Narben wurden erweicht, die Functionsstörungen hoben sich in kürzester Zeit, so daß nach 30—60 elektrischen Sitzungen die Patienten entlassen werden konnten.

Zumal Paralysen und Paresen der Extremitäten schwanden unter dieser Behandlung regelmäßig. Ich betone dies ausdrücklich, weil von einer Seite her mit sehr exact scheinender Methode Paralysen und Paresen einerseits galvanisirt, andererseits faradisirt und wieder andererseits blos mit stromlosen Elektroden behandelt wurden mit demselben Resultate, nämlich sie blieben alle ungeheilt. Wie gesagt, ich war glücklicher, ich erzielte fast durchgehends Heilungen oder wenigstens Besserungen, die Heilungen gleichkommen.

Einige Beispiele zur Illustration des Gesagten:

Ein Artillerie-Lieutenant kam mit furchtbaren Narben am Stamme rechts bis hinauf zur rechten Seite des Gesichtes und der rechten Oberextremität zu mir (in Baden). Bei der Fabrikation von Patronen waren 7 Kilogramm Pulver explodirt und hatten ihn an der rechten Seite verbrannt. Die Haut hing ihm nach der Verbrennung in Fetzen herab und mußte an verschiedenen Stellen angenäht werden. Die Rippen waren bloßgelegt und verschiedene Partien des Körpers zeigten Brandwunden ersten oder zweiten Grades. Nachdem die Vernarbung und Verheilung der genähten Hautreste vorüber war, kam er zu mir mit einer Functionsstörung der rechten Oberextremität, die er nicht erheben konnte, weil unter der Achsel ein Narbenstrang sich hinzog, der die Bewegung hinderte. Auch die Adductionen und Abductionen waren mangelhaft wegen restringirenden Narben.

Ich elektrisirte ihn in besagter Weise. Die Narben, welche brennend roth waren, erblaßten nach dem zweiten Elektrisiren vollständig; die Narben wurden dehnbar, sie lösten sich von der Unterlage ab, sie verloren ihren Glanz, ihre Glätte, wurden runzelig, die Adduction, Abduction und Flexion, sowie vor Allem die Elevation des Armes ging vollständig so von statten, wie bei einem Gesunden, und dies schon nach 3 Wochen.

Ein zweiter Fall: Während des großen Hagelwetters 7. Juni 1894 in Wien ritt ein Hauptmann und wurde, da das Pferd scheu geworden, gegen einen Baum geschleudert, wobei er einen complicirten Bruch der rechten Oberextremität, eine Contusion mit starker Blutunterlaufung an der linken Unterextremität sich zuzog. Zur Cur der Folgen dieses Sturzes kam er nach Baden. Er hatte ausgebreitete Narben an der rechten Oberextremität und Unvermögen, den Fuß zu extendiren und zu flectiren oder zu rotiren. Ich behandelte vorerst das Rückenmark aufsteigend, stabil, mit Stationswechsel am Rückenmarke, ohne abzuheben, noch mit dem Drucke nachzulassen durch circa 8 Minuten. Hierauf galvano-faradisirte ich in der angegebenen Weise die Nerven an der rechten Oberextremität und der linken Unterextremität von ihren motorischen Punkten, dann vom Plexus, besonders starke Flexionen und Rotationen des Fußes auslösend. Mit schwächerem Strom strich ich hernach über die blutunterlaufenen Stellen. Die Narben erblaßten schon nach einigen Tagen, sie wurden beweglich, die blutunterlaufenen Stellen entfärbten sich vollständig und die Rotation des Fußes, sowie die Adduction, Abduction und Elevation gingen unter der angedeuteten elektrischen Behandlung nach 4 Wochen von statten.

Ein Oberlieutenant erlitt in einem Duelle eine Durchtrennung des rechten Armes, eine Handbreite über dem rechten Ellbogengelenk durch den Knochen bis auf eine Hautbrücke an der Rückseite des Oberarmes. Im Garnisonsspitale Nr. 1 wurde ihm der Oberarmknochen mittels Silberdraht vereinigt, sodann die Blutgefäße, die bis auf eine Arterie und eine Vene durchtrennt waren, genäht, sodann die Nerven vereint, die Muskeln und schließlich die Haut geschlossen unter Drainage der ganzen colossalen Wunde. Es heilte Alles, die Nerven, die Blutgefäße, die Muskeln und der Knochen wunderbar. Dennoch waren, als der Patient nach Baden kam, alle Bewegungen des rechten Armes äußerst mangelhaft und die gesammte Dorsalfläche des rechten Ober- und Unterarmes zeigte eine brennend rothe Narbe nach einer Phlegmone. Dagegen waren von den Heil- und Operationswunden eine Hauptnarbe, die handbreit über dem rechten Ellbogengelenk verlief und von dieser nach abwärts und nach aufwärts in die Kreuz und in die Quere mehrere centimeterlang reichende Nebennarben von einer Tiefe, daß man bequem den Finger hätte hineinlegen können, vorhanden.

Hier galt es vor Allem die Function des rechten Armes wiederherzustellen, die Narben beweglich zu gestalten, sie auszufüllen, von ihrer Unterlage zu trennen und beweglich zu machen.

Zu diesem Zwecke wurde Rückenmarkstrom absteigend angewendet, dann die Oberextremität vom Plexus brachialis, vom Erb'schen Supraclavicularpunkte, von der Achselhöhle aus, von den Reizstellen des Radialis, des Medianus, des Ulnaris aus erregt. Ueber die Narben ging ich zuerst mit ganz schwachem, kaum fühlbarem Strom. Aber schon nach wenigen Tagen galvanofaradisirte ich die Narben, die Haut an der Dorsalfläche der rechten Oberextremität und die Nervenpunkte zuvor mit mittelstarken Strömen, um nach einer Woche zu starken Strömen überzugehen — drei Monate währte die Behandlung. Das Facit ist heute, daß die Hand vollkommen gebrauchsfähig ist, daß die tiefen Narben sich ausgefüllt haben, daß von der Phlegmone nichts mehr zu sehen ist, daß der Pat. seinen Dienst weiter macht.

In dieser Weise habe ich in den letzten Jahren an die 30 Fälle von mehr oder minder ausgebreiteten Narben nach verschiedenartigen Verletzungen mit Erfolg behandelt. Ich habe als Beispiele einige Fälle gewählt, die vorerst wunderbar chirurgisch geheilt waren und an denen ich nur die Narben und die Function wieder herstellte. Aber nicht alle Fälle, die der Chirurg als gut geheilt entläßt, sind es auch; so traf ich unter meinen 30 Fällen auf 2, bei denen einmal der Ulnaris, einmal der Medianus durchschnitten blieb; auf Erregung von der betreffenden Reizstelle erfolgte nicht die mindeste Reaction. Der Patient, bei dem der Medianus durchgehauen wurde, unterzog sich noch einmal der Nervennaht mit gutem Erfolge. Nach 30 weitern Sitzungen ist die Function des Medianus perfect geworden. Der andere mit der Durchtrennung des Ulnaris am Handgelenke hat sich noch nicht operiren lassen.

Diese wenigen günstig behandelten Fälle erschienen mir einerseits wichtig, um die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf eine meines Wissens bislang noch nicht publicirte Heilmethode zu richten — aber auch um die Galvanofarado-Therapie der Paralysen und Paresen wieder in das rechte Licht zu stellen.

Militärärztliche Zeitung.

Feldärztliche Vorschläge für Krieg und Frieden.

Von **Regimentsarzt Dr. Konrad Majewski**, Garnisons-Chefarzt etc. in St. Pölten (N.-Oe.).

(Schluß.)

IV. Eine neue Hohlschiene aus Blech.

Der in den Armeen unter dem Namen „Hohlschiene aus Blech" eingeführte Petit'sche Stiefel ist bei all seiner Einfachheit unpraktisch. Vor Allem ermöglicht derselbe keine vollständige Immobilisirung; das geschiente Bein muß mit Hilfe der prismatischen Hölzer oder durch Anbinden an die gesunde Gliedmaße (ein leider noch häufig geübtes Verfahren!) fixirt werden. Die starre Krümmung im Knie entspricht selten der bei den meisten Verletzungen des Kniegelenkes erwünschten Mittelstellung; bei Patellarbrüchen und Patellarsehnenrissen ist die nothwendige Kniestreckung unmöglich. Brüche des Oberschenkels erfordern eine viel stärkere Beugung im Knie, weswegen für letztere Verletzung eigene Apparate (Planum inclinatum duplex) im Gebrauche stehen. Schließlich kann man die bei Unterschenkelbrüchen mit Peripherie-Dislocation so erwünschte Gegenwirkung im Sinne der Einwärts- oder Auswärtsrollung des Beines mit Hilfe des Petit'schen Stiefels nicht hervorrufen.

Ich habe eine neue Hohlschiene (Fig. 2) aus Blech construirt, die sehr einfach gebaut ist, allen oberwähnten Bedürfnissen der gesammten Verletzungen der unteren Extremität entspricht, und sich, was auch sehr wichtig ist, aus der gegenwärtig im Gebrauche stehenden Hohlschiene durch Umarbeitung mit geringen Kosten darstellen läßt.

Man denke sich die bestehende Hohlschiene an der Stelle der Kniekrümmung zerschnitten, und beide Theile durch zwei Charniere vereinigt; die Ueberstreckung ist durch eine einfache Hemmvorrichtung unmöglich gemacht. Die Beugung läßt sich durch folgende Vorrichtung beliebig dosiren. Die Charnierachsen übergehen in zwei dünne Eisenstangen (Fußstangen), welche mit den Charnierachsen einen Winkel von etwa 110° bilden; bei gestreckter Kniestellung legen sich die Fußstangen, die durch ein bogenförmiges Mittelstück vereinigt sind, an die Oberschenkelschiene an und verstärken dieselbe. Durch nahezu senkrechte Aufstellung der Fußstangen, wobei das Mittelstück die Unterschenkelschiene berührt, läßt sich die der Mittelstellung des Kniegelenkes entsprechende Schienenkrümmung erzielen; um eine stärkere Beugung im Knie her-

Fig. 2.

I. Unterschenkelschiene. — II. Oberschenkelschiene. — III. Schienenschuh. *a* Querholz. — *b* Blechring für *a*. — *c* Fersenausschnitt. — *d* Schiebvorrichtung. — *e* Charnier. — *f* Fußstangen. — *g* Verbindungsbogen derselben. — *h* Hemmvorrichtung.

vorzurufen, genügt es, die Fußstangen mit Hilfe einer Unterlage (Brett, zusammengelegtes Leintuch etc.) über das sonstige Niveau des Krankenlagers zu erhöhen, wodurch der Schienenwinkel verkleinert wird. Der Unterschenkeltheil der Schiene ist an seinem unteren Ende nach Art einer Dachrinne abgeschlossen und wie bisher mit dem Ausschnitt für die Ferse — letzterer jedoch querelliptisch — versehen. Daselbst ist auch ein zur Aufnahme des Querholzes dienender Blechring angebracht. Ein besonderer Schienenschuh ist mit der Unterschenkelschiene durch eine Schiebvorrichtung locker verbunden; derselbe wird mit Calicotbinde mittelst Achtertouren an das Querbrett fixirt. Der Schienenschuh läßt sich nach ein- und auswärts rotiren und in jeder Stellung auf obige Art befestigen. Pronations- oder Supinationsstellung des Fußes erzielt man durch höhere Polsterung einer Sohlenhälfte im Schienenschuh. Die aufgestellten Fußstangen immobilisiren die Schiene ganz vortrefflich und sichern dem verletzten Bein die Wohlthat der Ruhe.

V. Eine neue Zahnzange für den Feldgebrauch.

Wenn ich auch überzeugt bin, daß der Specialist nie auf sein reichhaltiges Instrumentarium bei Zahnextractionen verzichten wird und für einzelne besonders schwere Extractionen mit Complicationen, wie z. B. die Mundsperre, stets besondere Specialzangen anwenden wird, erscheint mir dennoch eine gut gebaute Universalzange für den ambulanten Landarzt und ganz besonders für den Feldgebrauch am Platze. Die bisher bekannten derartigen Instrumente sind zu theuer, zu complicirt und zu gebrechlich; viele gelten als Universalzangen und lassen sich nur für Mahlzahnextractionen verwenden. Ein derart plumpes, unpraktisches Instrument habe ich vor 8 Jahren construirt; veranlaßt dazu hat mich das große Gewicht meiner feldärztlichen Tasche, die ich vorschriftsmäßig gepackt bei Märschen getragen.

Eine achtjährige Erfahrung in den Zahnextractionen resumirend, habe ich ein Universal-Instrument von 350 Gramm Gesammtgewicht nach folgendem, aus der beiliegenden Zeichnung und nachstehender Beschreibung ersichtlichen Bauprincip construirt. Nachdem ich mit der Zange bereits mehrere hundert, darunter viele sehr schwere Extractionen aller Zahn- und Wurzelarten vollführt habe und das Instrument sich hiebei sehr gut bewährt hat, will ich die Herren Collegen mit demselben näher bekannt machen. Die Zange kann wegen ihrer Einfachheit an der Hand der Zeichnung (Fig. 3), aus welcher die Größe, Krümmung und Schloßvorrichtung zu ersehen sind, und mit Benützung einer beliebigen englischen Zahnzange, wonach die übrigen Details des Instrumentes zu fertigen sind, von jedem Zeugschmied oder Schlosser um einen geringen Preis ausgeführt werden.

Fig. 3.

α = 135°

Flächenumriß der Zahnzange.

Die Universalzange besteht aus zwei zerlegbaren Zangen, die eine mit runden (Schneide-, Eck- und Backenzähne), die andere mit spitzen (Mahlzähne) Gebißrändern; die Krümmung ist eine modificirte alte deutsche Krümmung, derart gewählt, daß man mit der Zange ebenso leicht untere [3]) wie obere Zähne extrahiren kann. Der Gebißtheil der Zange bildet mit dem sonst geraden, wenig geschweiften Grifftheil einen Winkel von etwa 135°. Mit Hilfe eines nach Art der englischen geburtshilflichen Zange gebauten Schlosses ohne Schloßachse lassen sich die 4 Zangenarme (Fig. 4) gegenseitig wechseln, wodurch 4 Combinationen entstehen; mit Rücksicht auf die Krümmung der Zange, die obere und untere Extractionen gestattet, vereinigt das Zangenpaar in sich acht englische Zangen.

Fig. 4.

I. Flächenansicht.
a Weiblicher Gebißarm sammt Schloßvorrichtung.
b Männlicher Gebißarm sammt Schloßtheil.

II. Kantenansicht.
C Runde Gebißränder. — D Spitze Gebißränder.

Das Schloß trägt keine Schrauben und Fugen, die Zange ist leicht zu reinigen, ein in den Augen eines aseptisch denkenden Arztes bedeutender Vortheil.

Einzelne Zangenarme lassen sich als Zahnhebel oder Zahnhaken zu Wurzelextractionen und zum Reinigen der Zähne vom Zahnstein vorzüglich verwenden. Die auf den ersten Blick zu locker erscheinende Schloßvorrichtung wird durch den gepackten Zahn gesichert; das Ausfallen der Schloßachse gestattet die gegenseitige Stellung der Gebißarme nach Bedarf zu wechseln, wodurch das Zangengebiß verschiedene Formen annimmt und der polymorphe Charakter des Universal-Instrumentes wesentlich erhöht wird.

[3]) Bei unteren Extractionen empfiehlt sich eine tiefe Sitzlage des Patienten.

Revue.

Erfahrungen mit der Serumbehandlung der Diphtherie.

II.

(Schluß.)

Außer diesen Berichten liegt noch eine Reihe von Beobachtungen an Krankenhausmaterial vor, welche wir kurz zusammenfassen wollen. Im Magdeburger Krankenhause (4) wurden 76 Diphtheriefälle mit Heilserum behandelt; davon starben 27, genasen 37 und blieben in Behandlung 12. Die Mortalität der Tracheotomirten, welche Dr. MOELLER zum Vergleiche mit den früheren Verhältnissen heranzieht, betrug 39·6% gegenüber 55·6% in den Vormonaten und 48·6% bis 64·2% in den früheren Jahren. Diese Zahlen beweisen zwar, daß eine so niedrige Sterblichkeitsziffer bisher nie erreicht worden war, daß aber bereits früher Schwankungen um 15·6% vorgekommen sind, und daß die Heilserumziffer nur um 9% niedriger ist, als die des Jahres 1890/91. M. möchte aus seinen Resultaten noch keine bindenden Schlüsse ziehen, er weist vielmehr auf die große Verschiedenheit der Epidemien hin. So seien im vorigen Winter wiederholt Kinder aufgenommen worden, die Morgens scheinbar noch gesund waren, Mittags operirt werden mußten und Abends todt waren; dergleichen Fälle seien in diesem Jahre noch nicht vorgekommen.

Recht instructiv gestalten sich die Beobachtungen SONNENBURG'S (5) im Krankenhause Moabit in Berlin, indem in die Zeit vom Juni 1893 bis October 1894 der Serumbehandlung zwei längere Pausen fielen, in welchen ohne Serum behandelt wurde. In die Periode der Serumbehandlung fielen 107 Kinder, wovon 21·4% starben; darunter waren tracheotomirt 34, davon gestorben 8 = 23·5%. Wirklich injicirt wurden nur 95 Kinder, von denen 21 = 17% starben. In den beiden Pausen wurden 116 Diphtheriefälle behandelt, von welchen 32 = 27·6% starben; davon wurden 47 tracheotomirt, von denen 18 = 38% starben. Der größte Theil der Kinder wurde erst am 3. Krankheitstage oder noch später injicirt. Die Resultate während der Behandlung mit Heilserum sind nach diesen Zusammenstellungen durchaus als günstige zu bezeichnen. Aber auch die Erfolge in den Pausen sind noch so günstige, daß daraus der Schluß zu ziehen ist, daß die Epidemie in der Zeit vom Juni 1893 bis Ende October 1894 in Moabit eine leichte gewesen ist. Es geht deshalb aus diesen Erfahrungen noch nicht hervor, daß das Mittel sich auch bei einer schweren septischen Epidemie bewähren muß. Eine Schädigung durch das Mittel konnte nicht beobachtet werden. Zuweilen traten scharlach- oder urticariaähnliche Ausschläge auf, in zwei Fällen wurden Gelenksschwellungen, welche mit Fieber verliefen und auf Natrium salicylicum zurückgingen, beobachtet. Eiweiß im Urin wurde nicht häufiger gefunden als sonst bei gewöhnlicher Behandlung der Diphtherie.

In Greifswald wurden, wie Prof. MOSLER und sein Assistent Dr. BÖRGER (6, 7) berichten, bisher 30 Fälle mit Heilserum behandelt, wovon 2 starben; tracheotomirt wurden 5 mit 1 Todesfall. Allerdings weisen die Monate August, September, October des vorigen Jahres ein ähnliches günstige Resultat auf. Vom November 1893 bis September 1894 betrug die Mortalität (ohne Serum) 14·5%, ein sehr günstiges Resultat, welches beweist, welche große Fürsorge bei der Behandlung Diphtheriekranker in dieser Klinik stets beobachtet worden ist (und doch wohl auch ein Beweis für die Benignität der Epidemie. Ref.).

Ueber weitere 25 Fälle berichtet Dr. KUNTZEN (8) aus dem Kreisspitale in Oschershausen. Es wurden injicirt am:

Krankheitstag	Fälle		Genesen	Gestorben
1.	3		3	—
2.	6		6	—
3.	7		6	1
4.	2	(2 Tracheotomien)	2	—
5.	2		2	—
6.	1	(1 Tracheotomie)	—	1
7.	3	(1 „)	2	1
8.	1	(1 „)	1	—
	25	(5 Tracheotomien)	22	3

Die Fälle waren bacteriologisch nicht untersucht, doch entsprachen sie klinisch vollständig dem Bilde der Diphtherie und waren meist schwere Fälle.

Die von PAUL HILBERT (9) aus der kgl. medicinischen Universitäts-Poliklinik in Königsberg gemachten Mittheilungen betreffen 11 mit dem Diphtherie-Heilserum behandelte Fälle, welche alle genasen. H. hat auch eine Reihe von prophylaktischen Impfungen ausgeführt, allerdings mit geringen Dosen, woranf zwar in einzelnen Fällen Erkrankungen an Diphtherie aufgetreten sind, die aber einen entschieden milden Charakter hatten und niemals zum Tode führten.

Im „Istituto pediatrico" zu Florenz wurde das BEHRING'sche Mittel von G. MYA (10) bisher in 17 bacteriologisch verificirten Fällen angewendet. 10mal kam es zur Tracheotomie, davon starben zwei, alle übrigen genasen. Ungünstige Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Es scheint uns nicht unwesentlich, an diese dem Krankenhausmaterial entspringenden Erfahrungen diejenigen eines **praktischen Arztes** anzureihen, die an Werth noch dadurch gewinnen, daß sie durch exacte bacteriologische Untersuchungen gestützt werden, eine Forderung, der wohl in Zukunft alle Praktiker werden genügen müssen und können, worauf wir schon bei einer früheren Gelegenheit hingewiesen haben.[4]) Dr. HAGER (11) in Magdeburg berichtet über 25 mit dem Heilserum in der Privatpraxis behandelte Fälle von klinisch und bacteriologisch erwiesener Diphtherie, wovon 1 starb. Es waren darunter 8 leichte, 6 mittelschwere und 10 schwere und sehr schwere Fälle. Die injicirte Menge schwankte zwischen 250 und 2500 Antitoxineinheiten. Die Wirkung der Injectionen beschreibt H. analog der, wie sie KOSSEL[5]) angegeben hat. Nachtheile der Serumtherapie hat H. nie gesehen. H. hat ferner 35 Kinder diphtherieinficirter Familien immunisirt; davon erkrankte ein Fall und wurde schnell und leicht mit 500 Antitoxineinheiten geheilt, zwei weitere Kinder erkrankten leicht und genasen ohne Behandlung.

Es erübrigt nur noch, kurz auf jene Mittheilungen einzugehen, welche sich mit **Nebenwirkungen der Heilserumtherapie** beschäftigen. Zunächst das Auftreten von Nephritis, auf welche durch die Mittheilungen HANSEMANN'S[6]) die Aufmerksamkeit gelenkt wurde. Dr. OTTO TREYMANN (12) berichtet aus der medicinischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. O. über einen Fall von acuter hämorrhagischer Nephritis bei einer ursprünglich mittelschweren Diphtherie, welche unter Heilserumbehandlung allmälig zur Besserung kam. Am 14. Tage nach der Erkrankung Recidive, neuerliche Injection des Heilserums. Am folgenden Tage stellt sich unter hohem Fieber und diffusem masernähnlichen Exanthem eine heftige von Hämaturie begleitete Albuminurie ein, die sich in den nächsten Tagen bis zur Anurie steigert, um dann am 5. Tage plötzlich abzuklingen. T. glaubt, daß es sich um eine mit der kurz vorher gemachten Injection in Zusammenhang stehende Intoxication handelte. Derselbe Pat. wies übrigens 14 Tage nach seiner Entlassung hochgradige Lähmungserscheinungen auf.

Als Pendant zu diesem Falle veröffentlicht J. SCHWALBE (13) einen fast analogen Fall von acuter hämorrhagischer Nephritis bei Diphtherie **ohne** Serumbehandlung. Mit Recht weist SCH. darauf hin, daß man dieselbe Vorsicht, die man bei der Beurtheilung der anscheinend **günstigen** Wirkungen eines Mittels übt, auch bei Abwägung der **schädlichen** Complicationen walten lassen solle.

Einige Mittheilungen beziehen sich auf die Erscheinungen seitens der **Haut** bei der Heilserumtherapie. So berichtet V. CNYRIM (14) über zwei Fälle von Exanthem mit Fieber, Drüsenschwellungen und Erscheinungen seitens der Gelenke. Eine analoge Beobachtung theilt Dr. J. ASCH (15) mit, bei welcher es 15 Tage nach der letzten Injection, die bei einem leichten Fall von Diphtherie auf Andrängen der Eltern gemacht wurde, zu einem ausgebreiteten an Erythema multiforme erinnernden Exanthem mit hohem Fieber, Gelenkserscheinungen und schwerer Störung des Allgemeinbefindens kam, welche

[4]) S. „Wiener Med. Presse", 1894, pag. 1822.
[5]) l. c. pag. 1882.
[6]) l. c. pag. 2017.

Erscheinungen im Laufe von 5 Tagen wieder zurückgingen. Schließlich beobachtete Dr. F. MENDEL (16) einen Fall von hämorrhagischem Exanthem am ganzen Körper mit Schmerzen in den Beinen und Verschlechterung des Allgemeinbefindens. A. BARSIS.

Referate und literarische Anzeigen.

OTTO KÜSTNER (Breslau): **Eine Jahresarbeit auf dem Gebiete der Extrauterinschwangerschaft.**

Die Erfahrungen, welche der Breslauer Gynäkologe auf der dortigen königl. Universitäts-Frauenklinik im abgelaufenen Jahre auf dem Gebiete der Extrauteringravidität gesammelt hat, und über welche er in der „D. med. Woch." (1894, Nr. 51) berichtet, beziehen sich auf 23 von ihm operirte Fälle (davon 22 geheilt) und 2 von seinen Assistenten operirte Fälle: 6 Fälle wurden nicht operirt.

Die Thatsache, daß gegenwärtig im Vergleich zu früher verhältnißmäßig viele Extrauterinschwangerschaften zur Beobachtung und Behandlung gelangen, erklärt sich einfach daraus, daß das Gros der Extrauteringraviditäten früher nicht erkannt wurde, weil es nicht operativ in Angriff genommen wurde und latent unter dem Bilde der Hämatocele meist retro-, sehr selten anteuterina verlief. K. ist der Ansicht, daß weit über 50% aller retro- oder anteuterinen Hämatocelen auf extrauterine Eiimplantation zurückzuführen sind, ja er kann behaupten, daß er aus eigener Erfahrung nicht eine Hämatocele kenne, welche nicht erwiesener- oder wahrscheinlichermaßen auf eine Extrauterinschwangerschaft zurückzubeziehen gewesen wäre.

Als Tastbild findet sich bei der Extrauteringravidität selten ein sympathisch vergrößerter Uterus, ein sich entwickelnder Eisack, in welchem fötales Leben durch Gefühl oder Gehör zu constatiren ist, vielmehr bilden die Fälle mit solchen Anzeichen, welche auf eine kaum begonnene, eben unterbrochene Gravidität deuten, den Typus der Extrauteringravidität.

Anamnestisch handelt es sich um Fälle, bei welchen beispielsweise eine Reihe von Jahren der Ehe kinderlos vorübergegangen sind, worauf die Regel ein-, zweimal ausbleibt, auch sonstige auf Gravidität deutende Erscheinungen auftreten; plötzlich stellt sich die sogenannte Regel wieder ein, dauert ungewöhnlich lange, gelegentlich gehen auch häutige Massen ab, dazu gesellen sich unangenehme Empfindungen im Becken, Urinbeschwerden — die Untersuchung ergibt Extrauteringravidität. Oder es handelt sich um Frauen, welche nach einer einzigen Entbindung, der ein etwas gestörtes Wochenbett gefolgt ist, nach einer Reihe von sterilen Jahren wieder gravid werden — aber extrauterin. Manchmal handelt es sich um Frauen, welche, lange unterleibskrank und örtlich behandelt, endlich von ihrer pathologischen Lageveränderung befreit werden, worauf auffallend rasch Gravidität eintritt — extrauterin.

Der Befund ist bimanuell folgender: Portio der Symphyse genähert, hinter der Portio ein Körper, welcher das Becken fast auszufüllen scheint und dessen eigenthümliche Resistenz beiderseits bis hart an die Beckenwandungen herangeht. Nach oben zu setzt sich diese Resistenz mit nicht recht scharfer Grenze in der Höhe des Beckeneinganges oder etwas darüber ab. Dieser Befund muß durch genaue, eventuell in Narkose, aber stets sehr zart vorzunehmende Untersuchung vervollständigt werden, wobei es sich darum handelt, Retroflexio uteri gravidi mit beginnendem Abort, uterinen Abort bei annähernd normal gelegenem, aber durch Bildung eines intraperitonealen Exsudates nach vorne gedrängtem Uterus, oder Tumor der Adnexa mit ebenfalls stark anteponirtem Uterus auszuschließen.

Den Vorschlag WYDER'S, in zweifelhaften Fällen den Uterus auszukratzen und durch den mikroskopischen Nachweis von decidualen Elementen die Diagnose zu sichern, verwirft K. seiner Gefährlichkeit willen. Hingegen empfiehlt er die von der Scheide aus mit feiner Canüle aseptisch vorgenommene Probepunction.

Bezüglich des Zustandekommens der extrauterinen Eieinbettung hat die klinische Forschung und das anatomische Studium der Adnexerkrankungen einige Aufklärungen gebracht. Es ist bekannt, daß unter normalen Verhältnissen das Ei durch den Cilienstrom der Tuben in den Uterus befördert wird. Es sind demnach zwei Momente, welche das Ei hindern können, an die normale Einnistungsstelle zu gelangen: die Aufhebung der Cilienfunction und die Verlegung des Tubenlumens. Ersteres wird durch Entzündung der Tubenschleimhaut, letzteres durch pelviperitonitische Processe irgend welcher Art bedingt. Es kommen hier die Gonorrhoe, puerperale Sepsis und lang bestehende Retroflexio in Betracht.

Die Therapie der Extrauteringravidität ist vorwiegend eine chirurgische und besteht in Entfernung der Blutgerinnsel, eventuell des Schwangerschaftsproductes und der Tube, welche Trägerin des Eies war. Allerdings können sich Hämatocelen von recht beträchtlicher Größe auch zurückbilden, ein Proceß, der in der Regel recht lange währt, wobei die consecutiven peritonitischen Schmerzen den Resorptionsproceß noch häufig überdauern, während sich die Kranken nach der Operation sehr schnell erholen. Den Ausgang in Vereiterung, der gelegentlich vorkommt, zu verhüten, ist eine Hauptaufgabe der activen, operativen Therapie. Als Operationsverfahren kann der Bauchschnitt oder die Eröffnung von der Scheide aus gewählt werden. K. empfiehlt unter allen Umständen vom Abdomen aus zu operiren, die Hämatocele auszuräumen, die kranke Tube zu entfernen und das Abdomen zu schließen. Ba.

GEORG FISCHER (Hannover): **Zur Tracheotomie bei Diphtherie.**

Zu den lebensrettenden Operationen, welche auch in den schwierigsten Verhältnissen, z. B. in der Landpraxis, von jedem Arzte gelegentlich ausgeführt werden müssen, gehört die Tracheotomie diphtheriekranker Kinder; bekanntlich schließt auch die Impfung mit BEHRING'S Diphtherieheilserum sie nicht aus, sondern bessert nach den bisherigen Erfahrungen nur die Prognose der Operation. Darum ist es dankenswerth, daß F. („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie", Bd. 39, Heft 3,4) aus einer auf 1000 Tracheotomien gestützten Erfahrung seine Rathschläge gibt.

Die leichteste Methode der Tracheotomie ist danach in kropffreien Gegenden die Tracheotomia superior, bei der nach dem Hautschnitt bis zur Freilegung der Luftröhre einzig und allein mit stumpfen Haken gearbeitet wird. Die Narkose ist in der Privatpraxis außer bei hochgradiger Asphyxie kaum zu entbehren. Der Hautschnitt braucht bei der Tracheotomia superior nur 3—4 Cm. lang zu sein, bei der inferior muß er größer sein; nach dem Einschnitt werden rechts und links je ein stumpfer Haken eingesetzt, die das Gewebe kräftig nach oben und unten auseinanderziehen. In den Spalt greifen zwei Assistenten (Schwestern) mit einem kleinen, dreizinkigen Haken ein und halten die Wundränder auseinander; dann zieht der Operateur die tiefere Gewebsschicht stumpf aus einander und läßt wieder die dreizinkigen Haken nachgreifen, bis solcher Art ganz stumpf die Luftröhre freigelegt ist, oft ohne daß eine nennenswerthe Blutung gestört hätte. Dann hält ein abwärts ziehender stumpfer Haken die Schilddrüse fern, ein spitzes Häkchen fixirt, links von der Mittellinie eingesetzt, die Trachea und diese wird nach völliger Blutstillung eröffnet. Als Canüle braucht F. die ungefensterte LÜER'sche Doppelcanüle; die Wunde bestäubt er mit Jodoform und schiebt wiederholt am Tage unter die Canülenplatte ein Stückchen frische Jodoformgaze. Die Hast, mit der man strebt, die Canüle zu entfernen, billigt F. nicht; er entfernt sie erst, wenn das Fieber und die Schleimabsonderung nachgelassen haben und legt dann eine Nachbehandlungscanüle aus Hartgummi mit Fenster und Gummipfropf ein; hat das Kind diese zwei Tage gut ertragen, darf es wieder ganz ohne Canüle athmen. Meistens wurde die Nachbehandlungscanüle am 6.—8. Tage eingelegt und konnte in der Hälfte der Fälle etwa innerhalb der ersten Woche wieder entfernt werden. Die Mundaspiration erklärt F. für eine Tollkühnheit, nicht für Heroismus, weil die Gefahr, der sich dadurch der Arzt aussetzt, in keinem Verhältniß zum Nutzen dieser Methode steht.

Fieber haben am Operationsabend die meisten Kinder, etwa $^3/_4$ der Operirten; doch ist es selten hoch. Am 4. Tage ist dann das mäßige Fieber vorherrschend gewesen, am 8. Tage pflegten die

Kinder fieberfrei zu sein, jedenfalls am 12., wenn auch am Operationsabend das Fieber sehr hoch gewesen sein sollte. Ganz fieberloser Verlauf, ebenso Fieber über 4 Wochen hinaus gehört zu den größten Seltenheiten. Natürlich bezieht sich das nur auf uncomplicirte Fälle.

Geheilt wurden, wenn keine Epidemien von Scharlach oder Diphtherie herrschten, 41% der operirten Kinder; diese Ziffer kann in epidemischen Zeiten bis auf 27% sinken, andererseits bis 48% steigen. Sämmtliche 1000 Tracheotomien hatten 37% Heilung. Es wurden mehr Knaben als Mädchen operirt und die Prognose war bei Knaben die bessere. Die Mehrzahl der Kinder stand im 2. und 3. Lebensjahr, dann nahm die Zahl der Operirten stufenweise ab, die Heilungswahrscheinlichkeit aber zu. Von 166 Kindern unter 2 Jahren wurden dadurch 26 = 16% gerettet; also soll man auch da die Operation versuchen (in Verbindung mit der Antitoxinbehandlung ohne alle Zweifel, Ref.); die jüngsten durch die Operation geheilten Kinder waren 4 im Alter von 11, 10 und 5 Monaten. 88% der operirten Kinder wurden mit einer Erstickungsnoth aufgenommen, die sofortige Tracheotomie verlangte; sehr selten fand die Operation nach dem 3. Aufnahmstage statt.

Der Tod post operat. pflegte am 2.—3. Tage einzutreten, die Heilung pflegte in 2—4 Wochen vollendet zu sein; die Heilung bedeutet dabei völlige Vernarbung der Wunde. Die Kehlkopfrachendiphtherie war häufiger, aber prognostisch ungünstiger, als die Kehlkopfdiphtherie. Im Herbst pflegte die Diphtherie zuzunehmen, stieg in den Wintermonaten, um im Frühling und Sommer wieder nachzulassen. Die operirten Dorfkinder hatten eine bessere Prognose als die Stadtkinder — wohl, weil sie die Bauern frühzeitiger in das Krankenhaus brachten, als die Städter. Von 510 nicht operirten Kindern wurden 67% geheilt. Durchschnittlich kamen auf jedes Diphtheriekind 12·7 Verpflegstage mit durchschnittlich 32 Mark Kosten; auf ein nach Tracheotomie geheiltes Kind kamen durchschnittlich 29 Verpflegstage, auf ein gestorbenes 5.

Vergleichsweise bemerke ich zu F.'s Mittheilungen, daß z. B. im Krankenhause am Urban in Berlin (Körte) in den Jahren 1890 bis Anfang 1894 von den Tracheotomirten ohne Serumbehandlung etwa 23% nur geheilt wurden und erst unter Zuziehung dieser Methode die Heilziffer auf 45% stieg, also nicht viel höher, als in Hannover ohne Serumbehandlung. R. L.

Hans Kehr (Halberstadt): **Ueber einen geheilten Fall von transperitonealer Nephrektomie wegen subcutaner querer Nierenzerreißung.**

In den bisher bekannt gewordenen Fällen von totaler Nephrektomie bei subcutanen Nierenverletzungen trat unter 10 Fällen 4mal der Tod ein.

Einen elften Fall, der in Heilung ausging, theilt K. („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 39, Heft 3/4) mit. Ein 9jähriger Knabe stürzte 16 Stufen einer Leiter herab, schlug auf einen eisernen Träger auf und stürzte weiter in den nicht sehr tiefen Keller, wo er ohne äußere Verletzung, aber mit allen Anzeichen der schwersten inneren Blutung und einer Contusion der Unterleibsorgane, aufgehoben wurde. Der Arzt ordnete sofortige Ueberführung in die Kehr'sche Privatklinik an und hier wurde, vier Stunden nach der Verletzung, der Junge sofort laparotomirt (Aethernarkose mit Julliard'scher Maske). Hämaturie und linkseitiger Tumor sprachen für eine Nierenblutung; diffuser Schmerz im Leibe, die bedeutende Spannung der Bauchdecken, Aufgetriebenheit des Leibes ließen außerdem an eine Darmverletzung oder einen Bluterguß in das Abdomen aus dem Nierenriß durch eine Peritonealwunde denken. Auch eine Blasenzerreißung wäre möglich gewesen. Daher galt es, ohne Zaudern den intraperitonealen Weg zu wählen. Bei Eröffnung des Peritoneums ergoß sich 1/2 Liter blutig gefärbter Flüssigkeit; nach Aufsaugung des Restes durch einen in physiologischer Kochsalzlösung ausgedrückten, flachen Schwamm fanden sich, nachdem zur besseren Orientirung auf den Längsschnitt ein Querschnitt vom Nabel bis zum Ende der 11. Rippe gesetzt war, die Därme unverletzt, nur die Wandung des Colon descendens stark sugillirt, während retroperitoneal ein Hämatom vom Zwerchfell bis zum Becken hinabreichte und in der Höhe der linken Niere das Peritoneum einen durch einen Blutpfropf geschlossenen Riß zeigte. Von diesem aus wurde das Hämatom entleert und unter den Gerinnseln fand sich das völlig losgelöste untere Drittel der linken Niere. Bei Entfernung desselben sammt den umliegenden Coagulis stürzte ein Blutstrom dem Operateur entgegen, der auf Digitalcompression des Nierenstiels versiegte; der Assistent unterband denselben und ein Scheerenschlag vor der Ligatur schnitt den Nierenstumpf ab, worauf die Blutung definitiv stand. Die große Hämatomhöhle wurde gereinigt und getrocknet, die Bauchwunde ohne Drainage geschlossen. Pat. ward am 17. December operirt, stand am 9. Januar auf und wurde am 20. Januar genesen entlassen. Urinmenge war in den ersten 24 Stunden 200 Grm., in den zweiten 600, in den dritten 800 u. s. w. in stets steigender Menge.

Das glänzende Operationsergebniß mahnt, in ähnlichen Fällen sofort und ohne Zögern in geeigneten Räumen, welche die Asepsis verbürgen, zur Laparotomie zu schreiten; der praktische Arzt, der, zuerst hinzugerufen, sofort die nächste Klinik telephonisch verständigte und den Transport dorthin, während daselbst Alles vorbereitet wurde, selbst umsichtig leitete, hat sich zur Rettung des ohne Operation verbluteten Knaben sicher ein großes und sehr nacheifernswerthes Verdienst erworben. R. L.

Chirurgie der Leber und Gallenblase. I. Theil. Von **Prof. Langenbuch** in Berlin. Stuttgart 1894, Ferd. Enke. Deutsche Chirurgie. Lief. 45, 1. Hälfte.

Nach einer kurzen anatomisch-physiologischen Einleitung wird mit Vernachlässigung der in die interne Leberpathologie gehörenden Darstellung der allgemeinen Leberpathologie die des Leberechinococcus besprochen. Die Bearbeitung des Stoffes ist eine ausgezeichnete; in den Capiteln über die Naturgeschichte und Pathologie des Echinococcus findet auch der Fachmann viel Neues und mit Sorgfalt aus zerstreut liegendem Material Zusammengetragenes. Eine Hauptpartie des Buches ist der operativen Therapie der Echinococcen gewidmet; daselbst sind alle Vorschläge verzeichnet und kritisch gesichtet. Dann folgt die Besprechung des Leberabscesses mit Rücksichtnahme auf die neueren bacteriologischen Forschungen. Die Besprechung der Therapie des Leberabscesses und der pathologischen Anatomie des subphrenischen Abscesses beschließen den 1. Theil des Werkes. Dem Erscheinen des 2. Theiles sehen wir mit Interesse entgegen.

Ullmann.

Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngologie. Von **Dr. Paul Guttmann.** Achte, vielfach verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin, Aug. Hirschwald.

Einundzwanzig Jahre sind vergangen, seitdem Guttmann die erste Auflage seines Lehrbuches herausgegeben hatte. Das der Person und wissenschaftlichen Bedeutung des Autors entgegengebrachte Vertrauen wurde gerechtfertigt, denn es war ein Buch von der höchsten Vollkommenheit. Seit dieser Zeit sind neuere Auflagen erschienen; dieselben, in alle europäische Sprachen übersetzt, erlangten eine ungeheure Verbreitung, denn das Buch Guttmann's schien neben den vielen neueren Lehrbüchern der Untersuchungsmethoden, die sich hauptsächlich mit der chemischen und mikroskopischen Diagnostik befassen, für nahezu unentbehrlich, denn nirgends war die physikalische Krankenuntersuchung, die Inspection, Palpation, Percussion und Auscultation der Brust und Bauchorgane so genau und schön behandelt, wie in diesem Buche. Die neue, bereits achte Auflage ist bei Beibehaltung der Grundsätze, der Form und Anordnung in einzelnen Capiteln den neueren Anschauungen gemäß umgearbeitet. Die Spaltung und Verdoppelung der Herztöne, der Galopprhythmus von Potain finden eine schöne Erklärung, ebenso die Palpation der Niere nach Israel, welche Methode sehr nothwendig erscheint in Fällen, wo die eine Niere exstirpirt werden soll, um das Vorhandensein der anderen zu constatiren. Mehr Neues ist bei den Untersuchungen des Blutes, der Se- und Excrete zu finden. Die Theorie von den Normo-, Megalo- und Mikroblasten bei der Leukämie, die von den

eosinophilen Granulationen (EHRLICH) finden entsprechende Würdigung.

Die schöne und leicht ausführbare Methode zur Bestimmung des specifischen Gewichtes des Blutes von HAMMERSCHLAG ist neu aufgenommen; sie beruht im Wesentlichen auf demselben Principe wie die von ROY; endlich sind unter den Mikroorganismen im Blute die Bacillen der Influenza und die der Masern zu finden, welche beide im Laboratorium GUTTMANN'S von CANON, resp. von CANON und PIELICKE entdeckt wurden. Die kurze Anleitung zur Laryngoskopie, welche bisher als Anhang am Ende des Buches war, ist in der neuen Auflage auf seinen richtigen Platz verlegt worden; sie ist an die Untersuchung der Respirationsorgane angereiht. Die Ausstattung ist ebenso schön, mit derselben Sorgfalt durchgeführt, wie die der früheren Auflagen. Dr. Str.

Die Weintraubencur mit Rücksicht auf Erfahrungen in Meran. Von **Sanitätsrath Dr. R. Hausmann,** Curarzt in Meran. Fünfte, völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Meran 1894, Plant.

Diese Broschüre erscheint in der vorliegenden fünften Auflage ganz umgearbeitet und wesentlich verändert und basirt auf einer 30jährigen Erfahrung. Besonders hervorzuheben sind vorerst die überaus wichtigen Abschnitte über die quantitative und qualitative chemische Zusammensetzung und die physiologische Wirkung des Traubensaftes, die das Resultat einer Reihe von mühsamen Versuchen und Beobachtungen darstellen und vollkommen dem neuesten Standpunkte angepaßt sind. Speciell sind zu erwähnen die Capitel über Diurese, Harnreaction, Toleranz des Organismus gegen Zucker, Zucker im Darm und Dextrin. Der 4. Abschnitt behandelt die Weintraube als Heilmitttel, wobei insbesondere die Digestions- und Respirationsorgane einer eingehenden Besprechung gewürdigt werden. Der Autor bespricht die Wirkung auf chronische Magen- und Darmcatarrhe und habituelle Stuhlverstopfung, die desinficirende Wirkung des Traubensaftes, bezw. des Zuckers bei gewissen Formen von chronischem Durchfall und den günstigen Einfluß auf chronische Lungencatarrhe mit erschwerter Expectoration, sowie auf Lungentuberculose, wenn keine Kehlkopf- und Darmgeschwüre vorhanden, während er bei ulcerösen Formen der Laryngitis, sowie bei Neigung zu Hämoptoë vor der Traubencur mit Nachdruck warnt. „Keineswegs aber darf die Traube als ein nie schadendes Mittel in der früher üblichen Dosis von 4 Kilo und sogar mehr verordnet werden."

Die Abhandlung ist kurz und knapp gehalten, enthält jedoch alles Wichtige und Wesentliche, und bezüglich vieler Details muß auf das Original verwiesen werden. Ausstattung und Druck sind vorzüglich. L. R.

Feuilleton.

Der Geschlechtstrieb.

Unter verlockendem Titel [1]) hat HEGAR eine interessante Monographie geschrieben. Wer aber die Schrift des berühmten Freiburger Gynäkologen in der Erwartung zur Hand nimmt, einem pikanten Lesestoffe in gewürzter Bearbeitung zu begegnen, etwa wie bei einer der vielen MANTEGAZZA'schen medicinischen Abhandlungen — der wird die allergründlichste Enttäuschung erfahren. Aber, wir müssen gestehen, auch Derjenige, welcher von dem hochverdienten gynäkologischen Autor die Erwartung hegt, daß dieser in der vorliegenden Schrift die physiologische und pathologische Bedeutung des Geschlechtstriebes erörterte, den nach unserer Meinung bisher nicht genügend gewürdigten Einfluß dieses Triebes auf Erregung des vasomotorischen und secretorischen Systems des weiblichen Genitale darlegen und so manche Beziehungen des Geschlechtstriebes zu den Sexualerkrankungen aufhellen werde — erhält nicht die gehoffte Befriedigung. HEGAR hat es sich wohl nur zur Aufgabe gestellt, den socialistischen Lehren BEBEL'S von dem Anrechte auf Befriedigung des Geschlechtstriebes und von der Wichtigkeit dieser Befriedigung für die Lebensdauer und das Wohlbefinden des Menschen u. s. w. die begründeten gereiften medicinischen Ansichten entgegen zu halten. Allein, sagen wir es offen, die Waffen sind ungleich. Wer BEBEL'S mit flammenden Worten und zündender agitatorischer Gewalt geschriebenes Buch „Die Frau und der Socialismus" gelesen, der muß sich sagen, daß eine Entgegnung, von welcher der Autor selbst zugesteht, daß er „die Absicht, ganz populär zu schreiben", aufgegeben habe, zum Mindesten nicht auf weite Volkskreise die gewünschte Wirkung zu üben vermag.

Indeß wird der Effect doch nach der Richtung erzielt, daß der gebildete Leser eine ruhige, klare Darlegung der einschlägigen Verhältnisse erhält, eine Darlegung, welche auch für den Arzt manches Interesse bietet. Der Verf. tritt nach allgemeiner Erörterung der Begriffsbestimmung und der Entstehung des Geschlechtstriebes vorerst dem BEBEL'schen Satze von dem verderblichen Einflusse dieses unterdrückten Triebes entgegen und stützt sich hiebei auf die statistischen Zusammenstellungen über Sterblichkeit und Lebensdauer „bei Menschen, welche, wie die katholischen Geistlichen, sowie männliche und weibliche Ordensangehörige aus freiem Willen, das Cölibat auf sich nehmen", nach welchen Untersuchungen ein erheblicher Einfluß der Enthaltsamkeit auf Sterblichkeit und Lebensdauer nicht vorhanden ist. Dann widerlegt der Verf. die von BEBEL herangezogenen Vergleiche der Lebensdauer der Verheirateten und Ledigen und weist darauf hin, daß gerade die Befriedigung des Liebesbedürfnisses die Sterblichkeit des Weibes recht erheblich steigert; die größere Lebensdauer der Ehemänner „erkläre sich durch die Auslese, die geringere Heiratsziffer der Angehörigen gefährlicher Berufe, die bessere Körperpflege, vor Allem durch den ethischen Effect der Ehe". Aus weiteren statistischen Daten zieht der Autor den Schluß, daß Liebesmotive, im Gegensatze zu landläufiger Anschauung, am Selbstmorde nur einen geringfügigen Antheil haben, ferner daß der Einfluß der sexuellen Befriedigung oder Enthaltsamkeit auf die geistige Gesundheit oder Entstehung von Geisteskrankheiten kein so großer sei, wie ihn BEBEL und Genossen hinstellen. Daß Nymphomanie, Satyriasis aus gewaltsam unterdrücktem Geschlechtstriebe entstehen, leugnet HEGAR entschieden und verhält sich diesbezüglich auch betreffs Entstehung der Hysterie ablehnend, was uns jedoch nicht als feststehend begründet erscheint. Ferner widerspricht er der verbreiteten Meinung von dem günstigen Einflusse des Geschlechtsverkehres bei Chlorose, sowie der Annahme, daß die Keuschheit der Frauen zur Erzeugung von Geschwülsten in Brüsten, Gebärmutter und Eierstöcken führe; im Gegentheile begünstige „die Befriedigung des Geschlechtstriebes, insbesondere die Fortpflanzung, die Entstehung und das Wachsthum der Geschwülste, gebe Anlaß zu mechanischen Störungen, sowie zur Aufnahme giftiger krankheitserregender Keime".

Im Verlaufe der weiteren Darlegung betrachtet Verf. den Geschlechtstrieb in seiner Beziehung zur Familie und widerspricht auch hier den BEBEL'schen Lehren. Er nimmt die Männer der wohlhabenden Classen gegen den allgemeinen Anwurf in Schutz, daß bei ihnen ein ausschweifendes Leben die Regel sei, sowie er die Behauptung zurückweist, daß die Söhne der Besitzenden vorzugsweise die Töchter des Volkes verführen, und gelangt, den Aufbau der Bevölkerung des Näheren betrachtend, zu dem Schlusse, daß „eine bedeutende Fortpflanzungsgröße in den jetzigen civilisirten Staaten Europas ihre großen Schattenseiten hat: weniger guter Aufbau der Bevölkerung, erhöhte allgemeine Sterblichkeit, schlechtere körperliche Beschaffenheit, Auswanderung, weniger günstige Vertheilung der Bevölkerung nach ihrem Wohnorte und Beschäftigung und zeitweise Hungerkrisen".

Mit den socialistischen Heilmitteln gegen dies Uebel nicht einverstanden, sieht der Verf. das einzig wirksame Mittel in einer „Regulirung der Fortpflanzung", wodurch die Heiratstendenz und Geburtsziffer herabgedrückt werden soll. Die gebührende Rücksichtnahme auf die Qualität der Erzeugten bedinge eine Verringerung der Quantität. „Werden die Heiraten erst nach erlangter Körperreife, bei dem Weibe mit 20, bei dem Manne mit

[1]) Der Geschlechtstrieb. Eine social-medicinische Studie von Dr. ALFRED HEGAR, Professor der Gynäkologie an der Universität Freiburg i. B. Stuttgart 1894, F. Enke.

25 Jahren abgeschlossen, die Kindererzeugung bei der Frau mit dem 40., bei dem Manne mit dem 45.—50. Jahre eingestellt, werden die zur Erholung der Frau nöthigen Pausen zwischen den Niederkünften eingehalten, eintretende Erkrankungen und Schwächezustände in Betracht gezogen, belastete, kranke, geringwerthige Individuen von der Ehe mehr als bisher ausgeschlossen, so wird der für Deutschland offenbar zu bedeutende Bevölkerungszuwachs zu einem Theile fortfallen, vollständig wird die Regulirung der Fortpflanzung damit nicht erreicht werden. Mäßigung und Enthaltsamkeit müssen dann noch außerdem das Weitere besorgen."

Diese Thesen lassen sich wohl vom medicinischen Standpunkte aus verfechten, ob aber der Nationalökonom und Staatsrechtslehrer mit denselben einverstanden sind und ihre praktische Durchführung für möglich halten, das möchten wir bezweifeln. Dem Kampfesrufe der Socialisten nach Befriedigung des Geschlechtstriebes auch in den unteren Volksclassen und den revolutionirenden Bestrebungen, die Möglichkeit hiefür zu schaffen, mit der ja gewiß berechtigten Forderung von Mäßigung und Enthaltsamkeit entgegenzutreten, zeugt jedenfalls von dem Idealismus eines großen Gynäkologen.

Prof. KISCH.

Kleine Mittheilungen.

— Dr. L. HEDDERICH berichtet in der „Münch. med. Woch." (1895, Nr. 1) über **ein neues Hämostaticum, Ferripyrin.** Dasselbe ist eine Doppelverbindung von Eisenchlorid und Antipyrin mit der Formel $Fe_2 Cl_6 . 3 (C_{11} H_{12} N_2 O)$. Es stellt ein prächtig orangerothes feines Pulver dar, welches sich in kaltem Wasser mit dunkelrother Farbe leicht löst. Seine Verwendung findet das Mittel in ähnlichen Fällen, wie das Eisenchlorid. Es wurde gewöhnlich in 18—20%iger wässeriger Lösung verwendet, mit welcher kleine Wattetampons getränkt wurden, um sie auf die blutende Fläche zu appliciren. Das Ferripyrin kann aber auch in Pulverform verwendet werden. Das Mittel wurde auf der Klinik Prof. JURASZ' in Heidelberg hauptsächlich bei Erkrankungen der Nase angewendet. Gegenüber dem Eisenchlorid besitzt es vor Allem den Vorzug, daß sich auch bei längerem Contact des Mittels mit der Nasenschleimhaut keine Nachwirkungen zeigten. Der Einfluß auf die Schleimhaut zeigte sich in leichter vorübergehender Gelbfärbung und in kräftig adstringirender Wirkung; eine schwache Anästhesie der Applicationsstelle war nicht zu verkennen. Die ausgezeichnete hämostatische Wirkung zeigte sich in einer Reihe von Fällen der Klinik und besonders in einem Falle von sehr gefäßreichem Myxom der Nase, welches schon bei vorsichtiger Sondirung intensiv blutete; während sonst sehr feste Tamponade, welche zuweilen mehrmals erneuert werden mußte, nothwendig war, genügten nunmehr 1—2 kleine, mit Ferripyrinlösung getränkte Wattetampons, um die Blutung zu stillen. Für den innerlichen Gebrauch gibt Dr. WITKOWSKY, der das Mittel dem Verf. empfahl, eine Mitteldosis für den Erwachsenen von 0·50 (mit Elaeosacch. Menthae) an; es ist vielleicht bei dieser relativ, im Vergleich zum Eisenchlorid, hohen Dosis auf eine entsprechend bessere Wirkung bei Magenblutungen zu hoffen. Das Mittel könnte endlich noch seiner adstringirenden Eigenschaft wegen mit Aussicht auf guten Erfolg bei Gonorrhoe verwendet werden; für diesen Zweck würden sich 1—1½%ige Lösungen empfehlen.

— Dr. POUCEL in Marseille („Gaz. des hôpitaux", 1894, Nr. 99) gebraucht seit 4 Jahren **subcutane Injectionen verdünnten Cognacs bei der Chloroformnarkose** und hat bis jetzt in 500 Fällen ausgezeichnete Erfolge davon gesehen. Er verwendet zur Narkose nur die Tropfmethode; in dem Moment, wo das Gesicht des Kranken erblaßt („Période médullaire"), pflegt auch der Puls weicher und kleiner zu werden. Jetzt ist der Zeitpunkt für die Cognacinjectionen gekommen. P. benützte eine Verdünnung von 1 Cognac auf 2 Wasser, die in gemessener Menge vorräthig ist und durch heißes Wasser permanent auf Bluttemperatur erwärmt gehalten wird. Als Ort der Injection dient in der Regel die äußere Seite der Oberschenkel, in die zunächst eine 4 Ccm. haltende Spritze entleert wird. Die folgenden Injectionen werden je nach dem Zustand der Herzthätigkeit applicirt. Als Mittel bei einer Laparotomie dienten 10 Spritzen voll, doch wurden auch bis zu 100 Einspritzungen gemacht. Bei cachectischen Individuen geschehen die Injectionen vor, während und nach der Operation. Am sichtbarsten war der tonisirende Effect bei Herzkranken, Alkoholikern, Tuberculösen, kleinen Kindern und Greisen. Nachtheile wurden niemals beobachtet.

— Von dem Gedanken ausgehend, daß es sich bei Varicositäten in erster Linie um Rarefication und Verschwinden der Venenklappen handle, und daß, wenn es gelänge, zwischen Peripherie und Centrum einen Ersatz für die fehlenden Venenklappen anzubringen, auch die Stauung und die dadurch bedingte Varicositätenbildung günstig beeinflußt würde, construirte Prof. LANDERER in Leipzig **zur Behandlung der Varicositäten** eine Bandage, über deren Verwerthung bei 100 Fällen der Leipziger Klinik Dr. ROBITSCH in „D. med. Woch." (1894, Nr. 34) berichtet. Die für die Einwirkung auf die Vena saphena magna bestimmte Bandage LANDERER'S stellt einen strumpfbandartigen Apparat dar. In dem Bande liegt eine parabolische Feder und am Ende befindet sich eine mit Glycerin oder Wasser gefüllte Pelotte. Die Bandage wird unterhalb des Knies an der Innenseite des Unterschenkels angelegt, da, wo die Vena saphena magna sehr stark hervortritt. Die Bandage muß am Oberschenkel angelegt werden, wenn die Krampfaderbildung bis über das Knie herauf geht. Die Pelotte kommt auf die ectatische Vene zu liegen. Da die parabolische Feder vom Bein abgekrümmt ist, drückt dieselbe nur an der Stelle, wo die Pelotte liegt, der übrige Umfang des Beines ist vollständig druckfrei; man soll nach Anlegung der Binde zwischen Band und Bein noch bequem mit den Fingern durchfassen können, von einer circulären Abschnürung des Beines kann also keine Rede sein. In Fällen, wo die Varicenbildung bis zur Fovea ovalis geht, wird eine Bandage angelegt, ähnlich einem Schenkelbruchband. — Die Bandage wirkt in dem gleichen Sinne, wie die TRENDELENBURG'sche Operation — Unterbindung der Vena saphena. Von den in dieser Weise behandelten Fällen zeigten 90 eine vollständige Beseitigung aller Beschwerden. In einem Theil der Fälle, namentlich bei Varicocelen, konnte man von wirklicher Heilung sprechen, da die Venen kleiner wurden, in den meisten Fällen sogar ganz schwanden, so daß die Bandage schließlich ganz weggelassen werden konnte.

— Die Hauptaufgabe der **Behandlung der Verbrennungen im Kindesalter** besteht wohl darin, die mit denselben einhergehende Schmerzhaftigkeit möglichst zu lindern. Dr. WERTHEIMBER („Münch. med. Woch." 1894, Nr. 31) hatte in dieser Beziehung die günstigsten Erfolge mit der Anwendung der STAHL'schen Brandsalbe und mit einer Wismuth-Borsalbe. Der altbewährte Ruf des STAHL'schen Liniments gründet sich zunächst auf dessen schmerzstillende Eigenschaft; aber in seiner ursprünglichen Zusammensetzung entbehrt es der antiseptischen Wirkung und nicht selten bildet sich unter der Salbe ein übelriechendes Secret mit allen seinen Gefahren bezüglich der etwaigen Resorption. W. läßt daher dem genannten Liniment, da Carbolsäure bei Kindern nicht angewendet werden darf, Thymol zusetzen, und zwar nach folgender Formel:

Rp. Aq. calcis
Ol. lini . . . . aa. 50
Thymol. . . . . 0·05—0·10

Die verbrühten Theile werden zunächst mit lauwarmem Borwasser gereinigt, hierauf eine mehrfache Lage hydrophiler Gaze, mit dem Liniment getränkt, in Form breiter Streifen über die Wundflächen gelegt, mit Compressenstoff bedeckt und mittelst einer Gazebinde befestigt. Es ist rathsam, den Verband täglich zu erneuern; da aber die STAHL'sche Brandsalbe durch ihre „schmierige" Beschaffenheit bald sehr lästig wird, so vertauscht Verf. dieselbe zu Ende der zweiten Woche gegen eine Wismuth-Borsalbe von folgender Zusammensetzung:

Rp. Bismuth. subnitr. . . . . 9·0
Acid. boric. . . . . 4·0
Lanolin. . . . . 70·0
Ol. olivar. . . . . 20·0

Von inneren Mitteln zu calmirenden Zwecken macht W. nur sehr vorsichtigen Gebrauch und wendet höchstens als psychisches Beruhigungsmittel das Morphin (2—4 Mgrm. des Nachts bei älteren Kindern) an, oder gibt zweimal täglich einen Kinder- bis Eßlöffel voll von folgender Mischung:

Rp. Chloralhydrat . . . . 1·0
Aq. dest. . . . . 50·0
Syr. cort. aur. . . . . 15·0

Wichtiger und in schweren Fällen geradezu unentbehrlich sind die Excitantien. Abgesehen von den plötzlichen Collapszuständen, die, wie bei Erwachsenen, ein rasches und energisches Eingreifen (Campherinjectionen u. dgl.) erfordern, sind hier vor Allem Alkoholica am Platze.

— Dr. FARRAR berichtet in einer der letzten Sitzungen der „Obstetrical Society of London" („Brit. med. Journ." 1894, Nr. 1768) über 2 Fälle, bei welchen er mit **Cocaïn bei Rigidität des Muttermundes** im Verlaufe der Geburt einen überraschenden Erfolg erzielte. In dem einen Falle hatte er vergeblich versucht, den Cervix mit Hilfe von Chloral, Bromnatrium, Morphin zu dehnen, und auch der beharrliche Versuch einer mechanischen Dilatation, mit und ohne Chloroform, mißlang. Er applicirte daher eine 10%ige Cocaïnlösung, um die Ränder des Muttermundes zu incidiren. Als nach 5 Minuten die Scheere unter Leitung des Fingers eingeführt wurde, fand sich der Muttermund weit dilatirt. Im zweiten Falle, eine 48jährige Pat. betreffend, gleich der ersten Ipara, war trotz aller angewendeten Mittel keine Dehnung des Muttermundes erfolgt. F. wartete 3 Tage und applicirte dann das Cocaïn. Im Verlaufe von 4 Minuten hatte der Muttermund nachgegeben. F. ist überzeugt, daß nur das Cocaïn in diesen beiden Fällen die Rigidität des Muttermundes behoben habe.

— Es dürfte unsere Leser interessiren, **die Zusammensetzung des Odol** kennen zu lernen. Nach Dr. HEINRICH ZIKES („Pharm. Post", 1894, Nr. 48) ist dieselbe folgende:

Rp. Salol . . . . 3·5
Alkohol 95% . . . . 90·0
Wasser . . . . 4·0
Saccharin . . . . 0·20

und dazu als Parfüm:

Ol. Menth. pip. . . . . 60 Tropfen
— Anisi . . . . 6 „
— Foeniculi . . . . 6 „
— Caryophyllor. . . . . 2 „
— Cinnamom. . . . . 1 „

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Wien vom 24.—30. September 1894.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XIV.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für Physiologie.

M. v. FREY: Ueber den Druck- und Schmerzsinn.

Der Vortragende beschreibt ein Verfahren, welches erlaubt, den Tastsinn der Haut in Bezug auf seine räumliche Vertheilung zu untersuchen und für die empfindlichen Punkte die Reizschwellen zu bestimmen.

Unter Anwendung des Verfahrens ergeben sich drei Gruppen von Schwellenwerthen. Die niedrigsten Werthe gelten für die Berührung der Haare, die zweite Gruppe höherer Schwellenwerthe für die Berührung der über den Haarbälgen gelegenen Hautpartien. Da in beiden Fällen gleichartige Empfindungen ausgelöst werden, und die beiden Gruppen von Schwellenwerthen ohne deutliches Intervall in einander übergehen, so schließt der Vortragende, daß es sich in beiden Fällen um Reizung derselben in der Nachbarschaft der Haarbälge gelegenen Organe handelt, welchen für alle behaarten Körperstellen die Functionen des Tastsinns zukommen.

Die dritte und den Werthen nach höchste Gruppe von Reizschwellen gilt für ein System von Punkten, welche sehr dicht und ohne deutliche Beziehung zu den Haaren über die Haut vertheilt sind. Die charakteristisch schmerzhafte Empfindung, welche sie auslösen, sowie die Thatsache, daß ihre Schwellenwerthe durch ein deutliches Intervall von den niedrigen Werthen des Druck- oder Tastsinns getrennt sind, veranlassen den Vortragenden, sie als die Organe eines besonderen Schmerzsinnes aufzufassen. Die Schmerzhaftigkeit eines über einen gewissen Intensitätsgrad hinaus wachsenden Reizes wäre demnach nicht aus der stärkeren Reizung der Tastnerven, sondern aus der Erregung neuer Nerven und Endorgane, der Organe des Schmerzsinnes, zu erklären.

R. WLASSAK: Die Herkunft des Myelins.

Der Vortragende fand im Opticus von Froschlarven zu der Zeit, da dieser noch einen Ventrikel hat, das Myelin zwischen den Epithelzellen dieses Hohlraumes. Untersuchungen an einem größeren embryonalen Material, hauptsächlich Selachier und Amphibien, haben gezeigt, daß im ganzen Nervensystem das Myelin zuerst in der Neuroglia auftritt, und zwar sowohl in den Ependymzellen wie in den verzweigten Zellen. Die Anhäufungsstellen stehen in Beziehung zu den Blutgefäßen zuerst zu denen der Umgebung, dann den hinein gewachsenen. Dies zeigt sich am besten an den mit Myelin dicht gefüllten Epithelzellen der Decke des vierten Ventrikels, wo der Gefäßplexus liegt. Es ist zu beobachten, daß das Myelin zuerst den „Nervenröhren" in großen Klumpen außen anliegt. Es ist also nicht Product der Nervenfaser, sondern wird ihr von außen durch die Neuroglia zugeführt. Die Quelle des Myelins liegt im umgebenden Bindegewebe und in letzter Linie im Blut. Es bleibt aber dahingestellt, inwieweit es im Blute schon in der chemischen Modification enthalten ist, die es im Nervensystem zeigt.

Abtheilung für Pharmacie.

A. JOLLES (Wien): Erfahrungen über den Werth der meist gebrauchten Proben für den Nachweis von Zucker im Harne.

Auf Grund eines sehr umfangreichen Untersuchungsmateriales gelangte ADOLF JOLLES zu folgenden Ergebnissen:

Der Harnzucker ist kein Bestandtheil des normalen Urins; nur bei Verarbeitung relativ sehr großer Mengen von normalen Harnen gelingt der Nachweis von Zuckerspuren. Aus einem hohen specifischen Gewicht läßt sich der Schluß auf das Vorhandensein von Zucker nicht ziehen, da nicht selten hochgestellte Harne mit einem specifischen Gewichte von 1·028—1·032 ohne jeden Zuckergehalt vorkommen. Geringe Zuckermengen beeinflussen das specifische Gewicht nur unwesentlich. Mittelst der TROMMER'schen und WORM-MÜLLER'schen Probe lassen sich geringe Zuckermengen bis zu 0·08% nachweisen, meist sind aber die Resultate so vieldeutig, daß sogar Zuckermengen bis zu 0·24% vorgetäuscht werden können. Die NYLANDER'sche Probe ist bei Zuckermengen unter 0·3% unsicher. Unter 200 zuckerhältigen Harnen, bei denen die Vergleichsbestimmung mittelst des Polarimeters und mittelst der quantitativen Bestimmung nach FEHLING-WENDRINER ausgeführt wurde, ergab sich nur in 46 Fällen eine Uebereinstimmung. Neben den optisch activen Harnbestandteilen, welche das Ergebniß der polarimetrischen Methode beeinflussen, kommt auch den im Harne ausgeschiedenen Arzneistoffen ein störender Einfluß zu. Die Empfindlichkeitsgrenze der Gährungsprobe liegt bei 0·1%, unter 0·1% ist die Gährungsprobe für den Zuckernachweis nicht mehr ausreichend. Zu jenen Zuckerproben, die in zweifelhaften Fällen einen sicheren Anhalt gewähren, gehört die Phenylhydrazinprobe. Die Angabe von GEYER, daß diese Probe auch bei den meisten normalen Harnen einen krystallinischen Niederschlag ergäbe, ist unrichtig. Die Glykosazonkrystalle sind von den Krystallen der Glykuronsäureverbindung durch das Mikroskop genau zu unterscheiden. Bei der Ausführung der Probe empfiehlt A. JOLLES, das Reagensglas nach dem Kochen (circa 1 Stunde) im Wasserbade langsam abkühlen und längere Zeit (12—14 Stunden) stehen zu lassen. — Die G. HOPPE-SEYLER'sche Probe mit α-Nitrophenylpropiolsäure, welche auf der Bildung von Indigo beruht, ist zum Nachweise einer Glykosurie als alleiniger Probe nicht geeignet. Ihre Empfindlichkeitsgrenze liegt bei 0·4%. A.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 11. Januar 1895.

Discussion über die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.

An den Bericht WIDERHOFER's über 100 mit BEHRING'schem Heilserum behandelte Diphtheritisfälle schloß sich in der letzten Sitzung eine Discussion, welche, wie bereits berichtet, von PALTAUF eingeleitet wurde. In derselben Sitzung sprach noch

GNÄNDINGER, welcher zunächst eine Reihe allgemeiner Gesichtspunkte aufstellte, wonach die Heilserumtherapie zu beurtheilen wäre. Was zunächst die septischen Fälle von Diphtheritis betrifft, bei welchen neben dem LÖFFLER'schen Bacillus zahllose Streptococcen in den Organismus einwandern, und welche Fälle BEHRING von seiner Therapie ausschließt, so glaubt G., daß auch diese Fälle durch das Heilserum günstig beeinflußt werden könnten, indem der Diphtheriebacillus unschädlich gemacht und dadurch auch der Streptococcus weniger gefährlich wird. In den Fällen von Croup, in welchen also der Exsudationsproceß sich auf die Luftwege ausgebreitet hat, ist eine günstige Beeinflussung des Processes durch das Heilserum insoferne zu erwarten, als die Prognose bei Croup nach Intubation oder Tracheotomie wesentlich durch das Fortschreiten der Exsudation beeinflußt wird und diese durch das Heilserum vortheilhaft bekämpft werden kann. Bei Kindern im zarteren Lebensalter, bei welchen die größere Gefährlichkeit der Diphtherie durch die geringere Widerstandskraft des zarten Alters gegen das Toxin erklärt wird, muß sich, wenn das Mittel seine Schuldigkeit thut, eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch das Mittel nachweisen lassen Endlich wird noch zu beachten sein, ob die gewöhnlichsten Nachkrankheiten — Lähmungen und Herzparalyse — nach Anwendung des Mittels seltener auftreten werden.

Was nun die von G. im Kronprinz Rudolf-Kinderspital mit Seruminjectionen behandelten Fälle betrifft, so sind es deren 27, wovon 11 starben = 40·7%, während in den vorausgegangenen Monaten die Sterblichkeit 45·5% betrug. In fast sämmtlichen Fällen ergab die bacteriologische Untersuchung neben LÖFFLER'schen Bacillen Streptococcen und Staphylococcen. Aus seinem Material kann G. keinen weiteren Schluß ziehen, als den, daß die neue Medication nicht verderblich gewirkt hat, denn es fand sich durchwegs dasselbe oder ein besseres Genesungsverhältniß als früher.

Schließlich bemerkt G., daß bei allem Verdienste, welches sich BEHRING um die neue Methode erworben hat, dieselbe doch nur Laboratoriumsarbeit ist, und daß es Sache der Kliniker sein wird, zu prüfen, ob die im Laboratorium gewonnenen Resultate mit den klinischen Beobachtungen übereinstimmen, und dieselben eventuell zu modificiren.

HEIM berichtet über die im St. Josefs-Kinderspital mit Heilserum behandelten Fälle von Diphtherie. Von Anfang October bis 4. November wurden 27 Fälle behandelt, davon starben 6 = 22·6%. Vom 4. November bis 18. December, in welcher Zeit das Heilserum nicht erhältlich war, wurden 32 Kinder ohne Serum behandelt; davon starben 21 = 65·6%. Vom 18. December bis 10. Januar wurden weitere 21 Fälle mit Heilserum behandelt; davon wurden 5 geheilt, 4 starben, 12 verblieben, von welchen 10 einen günstigen Ausgang versprechen, so daß das wahrscheinliche Mortalitätspercent 28·5% beträgt. Die mittlere Sterblichkeit in den letzten 10 Jahren im genannten Spitale betrug 51·1%, das Minimum 38, das Maximum 58·7%. Bacteriologisch erwiesen sich 15 Fälle als reine Diphtherien (nur LÖFFLER'sche Bacillen), die übrigen als Mischformen. Die zur Beobachtung gekommene Nephritis schien nicht häufiger zu sein als vor der Serumtherapie und schien auch in keinem causalen Zusammenhang mit den Injectionen zu stehen. In 4 Fällen der ersten Gruppe trat unter heftiger Temperatursteigerung, doch ohne Störung des Allgemeinbefindens, ein scharlachähnliches Erythem auf, welches von der Injectionsstelle ausging und sich rasch über den ganzen Körper mit Freilassung der Extremitäten verbreitete, um nach wenigen Tagen wieder abzublassen, ohne daß es zur Desquamation gekommen wäre. Auffallender Weise war in der zweiten Gruppe dieses Exanthem nicht ein einziges Mal aufgetreten. Von den 10 am ersten und zweiten Krankheitstage in Behandlung gekommenen Fällen der ersten Gruppe starb kein einziger. Die Indication zur Wiederholung der Injection war gegeben, wenn 24, längstens 48 Stunden nach der ersten Injection keine besondere Besserung eingetreten war. Der günstige Einfluß auf Temperatur, Puls und Allgemeinbefinden war ein ganz unverkennbarer. In den Fällen von Larynx-Diphtherie war häufig eine rasche Abnahme der Stenosenerscheinungen zu constatiren. Nachtheilige Folgen wurden niemals gesehen. Im Allgemeinen will Redner aus seinen Erfahrungen keine bindenden Schlüsse ziehen, doch war der Eindruck, den die mit Heilserum behandelten Fälle hinterließen, ein überraschend günstiger.

MONTI hat 25 Fälle von Diphtherie mit Heilserum (23mal mit BEHRING'schem und 2mal mit ROUX'schem Serum) behandelt und, wie er vorausschickt, dabei nur e i n e n Todesfall erlebt. M. hält zunächst den Werth der statistischen Angaben für illusorisch, so lange dieselben nicht in einheitlicher Weise vom pathologisch-anatomischen und bacteriologischen Standpunkte bearbeitet sind. Er unterscheidet anatomisch drei Formen der Diphtherie: 1. die fibrinöse, 2. die phlegmonöse oder gemischte Form, 3. die gangränöse oder septische Form. Bacteriologisch findet man bei der ersten Form vorwiegend den LÖFFLER'schen Bacillus, bei der zweiten den LÖFFLER'schen Bacillus und gleichzeitig vorwiegend den Streptococcus, bei der dritten eine ganze Reihe von Bacterien neben dem LÖFFLER'schen Bacillus. Klinisch weist die fibrinöse Form die geringste Sterblichkeit auf, eine weit größere Mortalität zeigt die zweite Form, und die septische Form bedingt die Mehrzahl der Todesfälle. Nur eine Statistik, welche von diesen Gesichtspunkten ausgearbeitet ist, hält M. für beweiskräftig.

Unter den von M. behandelten und durch 6 Wochen genau beobachteten 25 Fällen waren der Localisation nach 13 Fälle von Angina diphtheritica, 9 Fälle von Laryngitis diphtheritica mit ausgesprochenen Stenosenerscheinungen, 3 Fälle von Nasen- und Rachendiphtherie. Der Todesfall betraf ein herabgekommenes Kind mit chronischer Pneumonie, welches an Laryngitis diphtheritica erkrankt war, tracheotomirt wurde und am 6. Tage nach der Tracheotomie starb. Nach dem oben angegebenen Schema gehörten 11 Fälle zur fibrinösen, 14 Fälle zur Mischform. In keinem Falle kam es zu Sepsis, was den günstigen Erfolg erklären dürfte. Bacteriologisch wurde in 10 Fällen nur der LÖFFLER'sche Bacillus, in 13 Fällen dieser neben Streptococcen und in 1 Fall nur Streptococcen nachgewiesen. Die täglich vorgenommene bacteriologische Untersuchung ergab, daß in 9 Fällen mit der Heilung des Localprocesses auch die Diphtheriebacillen verschwanden, während in 14 Fällen die bacteriologische Untersuchung auch später noch — bis zu 14 Tagen — positive Resultate ergab. In einem Falle trat am 7. Tage ein Recidiv auf. Die Zahl der Injectionen richtete sich nach der Schwere des Falles. Eine günstige Wirkung auf den Localproceß, sowie auf die Temperatur war bei genügend injicirter Serummenge in den meisten Fällen unverkennbar.

Auffallend war das Verhalten der postdiphtherischen Lähmungen. Dieselben traten auffallend häufig auf — in 48% der Fälle —, auffallend früh — am 3.—12. Tage — und auffallend schwer, über mehrere Muskelgruppen verbreitet, so daß M. geneigt ist, hierin eine Wirkung der Seruminjectionen zu sehen, obwohl es nicht ausgeschlossen ist, daß er zu große Dosen injicirt hat. In 6 Fällen wurde ein scharlachähnliches, von der Injectionsstelle ausgehendes Erythem beobachtet, das ohne wesentliche Temperatursteigerung einherging und nach 3—4 Tagen wieder abblaßte. M. hält dieses letztere für ein Analogon des Erythems bei der Vaccination und bei den seinerzeit beobachteten Impfungen mit KOCH'schem Tuberculin und glaubt, daß es sich um eine Streptococceninfection handelt, die von der Injectionsstelle ausgeht, über deren Zustandekommen sich aber noch nichts Bestimmtes sagen lasse. In 7 Fällen bestand Urticaria, in einem Falle kam es am 16. Tage nach der Injection zu Lymphangioitis von der Impfstelle aus.

Soweit M. bis jetzt urtheilen kann, gesteht er dem Heilserum einen eclatanten Erfolg bei den fibrinösen Formen der Diphtherie zu; größer dürfte sich schon die Mortalität bei den Fällen der zweiten Form gestalten, wiewohl auch hier das Heilserum, frühzeitig und in richtiger Dosis angewendet, immer noch günstige

Erfolge erzielen wird. Bezüglich der septischen und gangränösen Formen ist es zweifelhaft, ob das Heilserum einen Erfolg erzielen kann. M. schreibt dem Heilserum auch die Möglichkeit einer schädlichen Wirkung zu, wofür das Auftreten von Erythemen, Urticaria, das frühzeitige Einsetzen von Lähmungen, welche über mehrere Muskelgruppen verbreitet sind, die ohne eigentliche Nierenerkrankung einhergehende Albuminurie sprechen — Symptome, die allerdings in keinem Falle bedrohlich wurden.

Unterholzner berichtet über die im Leopoldstädter Kinderspital mit dem Heilserum gemachten Erfahrungen. Auch dort kam dasselbe in zwei Perioden zur Anwendung. Im Ganzen wurden 36 Kinder mit Heilserum behandelt, wovon 25·8% starben. Es wurden nur schwere und schwerste Fälle injicirt; von den 8 Todesfällen waren 5 in sterbendem oder wenig besserem Zustande in's Spital gebracht worden. In der Zwischenzeit, in welcher 30 Fälle ohne Serum behandelt worden waren, starben 66·7%. Im Allgemeinen hat Vortr. den Eindruck empfangen, daß das Heilserum entschieden im Stande sei, die Mortalität der Diphtherie herabzudrücken.

Die Discussion wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt werden.

Ba.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

(Sitzung vom 12. December 1894.)

Rapider Verlust der Nase durch Syphilis.

Kaposi stellt eine Pat. vor, bei welcher es im Verlauf von wenigen Tagen zu einem colossalen syphilitischen Substanzverlust im Gesicht gekommen war, indem die Nase und der größte Theil der Oberlippe zerstört und die Highmorshöhlen eröffnet wurden. Der rapide Zerfall war offenbar durch das vorherige Zugrundegehen der darunterliegenden Knochenpartien vorbereitet worden.

Mraček erwähnt im Anschluß daran zweier analoger Fälle aus seiner Erfahrung und glaubt, daß es sich in derartigen Fällen entweder um Sepsis handle, oder daß gerade nur noch ein Gefäß vorhanden war, das die betreffende Partie zur Noth ernährte und schließlich zu Grunde ging. M. glaubt, daß derartige Fälle zur Vorsicht in der Prognose mahnen.

Finger glaubt, daß es sich in diesen Fällen von rapidem Zerfall um Mischinfection, um secundäre Sepsis handle.

Ehrmann hat in einem Falle sehr rasche Destruction einer Gewebspartie gesehen, welche aber nicht nekrotischem Knochen auflag; er führt diese Erscheinung auf Störungen im Bereiche des ernährenden Gefäßes, vielleicht auf Thrombusbildung, zurück.

Kaposi ist gleichfalls der Ansicht, daß es sich um regionäre Schwierigkeiten der Ernährung des noch zurückgebliebenen Gewebes handle, wodurch sich die rasche Mortification erkläre.

Ueber Pemphigus.

Kaposi bemerkt einleitend, daß, soweit er sich überzeugen konnte, die als Dermatitis herpetiformis Duhring beschriebenen Fälle nichts Anderes sind, als Pemphigus oder Erythema iris. Für Pemphigus sind eben die chronisch sich wiederholenden Eruptionen charakteristisch, wenn auch bei einzelnen Eruptionen gewisse Theilerscheinungen fehlen können. So hat bei der vorgestellten Pat. der Pemphigus vor 2 Jahren mit Erythema und disseminirten Blasen begonnen; dann folgte ein Anfall von P. pruriginosus, welcher sich besserte, und gegenwärtig weist sie einen P. circinnatus serpiginosus auf, der sich gleichfalls im Stadium der Besserung befindet.

K. demonstrirt ferner einen Fall von Pemphigus vegetans Neumann. Das Leiden begann vor $2^1/_2$ Monaten an der Mundschleimhaut. Gegenwärtig bietet Pat. das typische Bild des P. vegetans, besonders in der Regio pubica und in den Achselhöhlen, während an anderen Körperstellen sich Blasen von P. vulgaris finden, welche zum Theil schon überhäutet sind.

Neumann weist bezüglich der Differentialdiagnose zwischen P. vegetans und Syphilis auf das mit einem serpiginösen Blasenwall beginnende Weiterschreiten bei ersterem Processe hin.

Zum Capitel der Arznei-Exantheme.

Neumann demonstrirt eine Pat. mit eigenartigen, scheibenförmigen, tiefdunkel pigmentirten, bis guldenstückgroßen Efflorescenzen hauptsächlich ad nates und an den Unterschenkeln, über deren Natur man Anfangs im Unklaren war. Vor einigen Tagen entwickelten sich an den Vorderarmen sehr schöne Efflorescenzen von Erythema iris.

Kaposi bemerkt, daß diese dunklen Scheiben dem entsprechen, was er nach Antipyrin-, Antifebrin-, Phenacetin-, in seltenen Fällen nach Chinin-Medication gesehen hat. Diese schwarzblaue Verfärbung der Haut in scharf abgegrenzten Scheiben ist für die genannten Arzneien geradezu charakteristisch.

Verein der Aerzte in Steiermark.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Rollett: Betrachtungen über die Mauserung des Blutes.

R. bespricht das Thema von dreierlei Gesichtspunkten. Er betrachtet 1. den Einfluß des Höhenklimas, 2. des Seeklimas, 3. der Blutentziehungen auf die Beschaffenheit des Blutes, sich dabei theils auf fremde, theils auf eigene Untersuchungen stützend.

Paul Bert hat nachgewiesen, daß es bezüglich des Sauerstoffgehaltes des Blutes gleichgiltig sei, ob er durch Herabsetzung des Barometerdruckes sinkt, oder ob er in einem Luftgemenge procentisch herabgesetzt werde, und 1878 hat dieser Forscher die Vermuthung ausgesprochen, daß bei der Anpassung von Menschen und Thieren an verdünnte Luft eine Vermehrung des Hb-Gehaltes des Blutes und der Zahl der rothen Blutkörperchen eine Rolle spielen dürften. Er stützte sich bei dieser Vermuthung auf die Thatsache, daß ihm aus La Paz übersandtes Blut ein viel größeres Bindungsvermögen für O besaß als anderes, nicht aus Höhenklima stammendes. Nachdem vorübergehend festgestellt worden war, daß schon ein kurzer, blos einige Wochen dauernder Aufenthalt in einer Höhe von über 4000 Meter die Zahl der Blutkörperchen bis über 8,000.000 steigern könne (Viol), wurden diese Studien unter der Leitung Prof. Milscher's von mehreren Schweizer Aerzten neuerlich aufgenommen und in exacter Weise durchgeführt (Egger u. A.). Sie fanden bei 27 Individuen aus dem Tieflande schon nach 10 bis 20tägigem Aufenthalte in Arosa, 1892 Meter über dem Meeresspiegel, Zunahme der rothen Blutkörperchen um 1—3 Millionen, auch wenn die Lebensweise der Leute vollkommen ungeändert geblieben war, und konnten, um ganz sicher zu gehen, auch bei mitgenommenen Kaninchen ein Steigen der Zahl der Blutkörperchen um 32—63% constatiren.

Weiter wurde von den gleichen Untersuchern festgestellt, daß die dort Wohnenden gleichfalls alle eine 7 Millionen überschreitende Zahl der rothen Blutkörperchen unter normalen Verhältnissen besitzen. Desgleichen wurde und mußte festgestellt werden, daß diese Zunahme nicht etwa auf einer Eindickung des Blutes (Blutplasma) beruhe, sondern auf wirklicher Neubildung rother Blutkörperchen. Es konnte festgestellt werden, daß Zahl der Blutkörperchen und Hb-Gehalt des Blutes nicht parallel steigen, sondern letzterer erst später als ersterer. Es wurde weiter unter diesen Verhältnissen eine ganz ungewöhnliche Menge von rothen Blutkörperchen gefunden, welche die Größe der gewöhnlichen, im Blute circulirenden nicht erreichten (Mercier), sondern blos 5 Mikren betrugen. Erst nach längerem Aufenthalte finden sich lauter normal große Blutkörperchen und die kleinen nur Anfangs. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß das Höhenklima die Thätigkeit der hämatopoetischen Organe steigert, und zwar in rascher, geradezu explosiver Weise, eine Steigerung, die schon nach einem Aufenthalt von wenigen Stunden sich einstellt. Bei Rückkehr in das Tiefland sinkt die Zahl der Blutkörperchen wieder zur Norm ab.

R. bespricht noch eine ganze Reihe sich hierauf beziehender, höchst interessanter Thatsachen, welche zu dem Schlusse mit zwingender Nothwendigkeit führen, daß der Organismus mit empfindlichen Compensationsmitteln Alles aufbietet, um den O-Gehalt des Blutes stets auf gleicher Höhe zu erhalten. Vortr. spricht weiter

über die Art der Bindung des Sauerstoffes im Blute, welche bekanntlich eine chemische ist, und die allein es erklärlich macht, daß z. B. Thiere in einer Höhe existiren können, in der blos 7% der gewöhnlichen O-Menge enthalten sind (Condor, Höhe des Dawalaghiri 8185 Meter). In diesen Höhen tritt noch keine Dissociation des Oxyhämoglobins ein.

R. bespricht, hieran anschließend, die Vorgänge bei der äußeren und inneren Athmung und die Bedeutung der Hämoglobinmolecule bei diesen Vorgängen, Symptome und Bedeutung der Bergkrankheit, Wesen und Bedeutung der Acclimatisation, welche sich durch die jetzt bekannt gewordenen Veränderungen im Blute sicher zum Theile erklären lassen. Schon lange wurde das Höhenklima als Heilpotenz angesehen. Anämische in Arosa haben sich gerade so verhalten wie Gesunde. Bei Rückkehr in die Ebene trat Verminderung der rothen Blutkörperchen ein, jedoch blos bis zur Norm.

Redner bespricht nun die Wirkungen des Seeklimas. Sie äußern sich merkwürdiger Weise bezüglich des Verhaltens der rothen Blutkörperchen in ganz ähnlicher Art, wie die des Höhenklimas. MALASSEZ hat dies nachgewiesen. Worauf dies beruht, ist nicht sicher erwiesen. Man kann eine Erklärung in Folgendem suchen: Sowie die Vermehrung der rothen Blutkörperchen im Höhenklima erklärlich und verständlich ist durch das Bestreben des Organismus, die äußere Athmung dem Partiardruck der Luft anzupassen, so kann eine Erklärung für die Vermehrung der rothen Blutkörperchen im Seeklima in der Anpassung an die hier durch Stoffwechselproducte festgestellten erhöhten Anforderungen der inneren Athmung gesucht werden.

Es kann das Hb diesen gesteigerten Bedürfnissen nicht nachkommen, und die blutbildenden Organe reagiren in ähnlicher Weise, wie bei dem Höhenklima.

Schließlich bespricht R. die Wirkung der Blutentziehungen, welche das Merkwürdigste bilden. In kurzen Zügen werden „Schröpfen“ und „Aderlaß“ gestreift, zwei Volksmittel, um die es manchen Kampf gegeben hat. BUNSEN, LAACHE, OTTO haben sich mit den Wirkungen der Blutentziehungen auf die Blutkörperchen beschäftigt und fanden ähnliches Verhalten, wie bei dem Wechsel des Klimas. Auch hier rasche Regeneration der Blutkörperchen und erst später eintretende des Hämoglobin. Auch hier wieder im Beginne der Regeneration eine große Zahl rother Blutkörperchen von Unternormalgröße, von 3 Mikren und weniger, die erst später durch normale ersetzt werden. HAYEM hat Aehnliches bei der Fe-Therapie zeigen können. BUNSEN fand weiter noch, daß bei mäßigem Aderlasse bei der gleichen oder selbst weniger reichlichen Ernährung das Körpergewicht rascher zunahm als früher.

Man muß bei diesen Vorgängen annehmen, daß neue Blutkörperchen entstehen, und daß alte zu Grunde gehen, und es ist sehr wahrscheinlich, daß diejenigen zu Grunde gehen, welche schon längere Zeit im Blute kreisten. Es wurden auch in neuerer Zeit bei der Therapie der Chlorose und Anämie Blutentziehungen empfohlen. Jedenfalls bieten auch sie einen mächtigen Ansporn für die Thätigkeit der hämatopoetischen Organe.

SCHAFFER konnte bei einem Aufenthalte in St. Moriz 6000 Fuß über der Meeresfläche an sich vermehrte Körperwärme und frequenteren Puls feststellen. bs.

Notizen.

Wien, 12. Januar 1895.

(Das Krankenversicherungs-Gesetz und die Landärzte.) Die Krankenversicherung der Arbeiter macht ihren deletären Einfluß auf die wirthschaftliche Lage der Aerzte nicht nur in den Städten, sondern auch auf dem Lande geltend. Die Abneigung der Krankencassen-Verwaltungen gegen die hier unschwer und ohne allzu große Opfer durchführbare freie Arztwahl äußert sich in manchen Provinzen zumal durch die Bevorzugung der beamteten vor den frei prakticirenden Aerzten bei der Besetzung der cassenärztlichen Stellen. Ein in Galizien wirkender Freund unseres Blattes sendet uns die Abschrift der von ihm an seine Aerztekammer gerichteten Eingabe, in welcher die Kammer aufgefordert wird, diese Uebelstände gelegentlich der im Zuge befindlichen Revision des Krankenversicherungs-Gesetzes zur Kenntniß der Regierung zu bringen. Er hebt in dem objectiv gehaltenen Memorandum zunächst die Thatsache hervor, daß bis vor Kurzem ein k. k. Bezirksarzt und ein Stadtarzt als alleinige Aerzte der Bezirkskrankencasse in L. fungirten, obgleich dieser Casse an 2500 Mitglieder angehörten, die ihren Wohnsitz bis über 30 Kilometer vom Amtsorte der Aerzte hatten. In einem anderen Bezirke hat der k. k. Bezirksarzt die cassenärztliche Behandlung der Beamten und Arbeiter einer 20 Kilometer von seinem Amtssitze entfernten Dampfsäge zu versehen. Nicht mit Unrecht wirft unser Correspondent die Frage auf, welche seiner Agenden ein als Cassenarzt fungirender k. k. Bezirksarzt vernachlässigt, und verweist auf Ungarn und Preußen, woselbst den Amtsärzten die Ausübung der Privatpraxis untersagt ist. Ob die Behauptung des Schreibers richtig ist, daß durch Theilnahme der Bezirks-, Stadt- und Spitalsärzte an den Agenden der Krankencassen zumal in kleinen Orten eine indirecte Pression auf manche gewerbliche Unternehmungen ausgeübt und dadurch den frei prakticirenden Aerzten eine vernichtende Concurrenz geboten werden kann, wollen wir unentschieden lassen. Darüber jedoch kann kein Zweifel bestehen, daß die Stellung eines k. k. Bezirksarztes, der berufen ist, als Regierungs-Commissär die Durchführung der sanitären Vorschriften auch bei den Krankencassen zu überwachen, Beschwerden ihrer Mitglieder zu prüfen und amtliche Gutachten abzugeben, mit jener eines dem Cassenvorstande unterstehenden Cassenarztes incompatibel ist. Bedenkt man, daß selbst in Galizien in manchen Bezirken etwa der zehnte Theil der Gesammtbevölkerung, in einzelnen Orten sogar die Hälfte der männlichen Einwohner cassenpflichtig ist, so begreift man die einschneidende Bedeutung der geschilderten Uebelstände für die Erwerbsverhältnisse der praktischen Aerzte.

(Die Erweiterung des Allgemeinen Krankenhauses.) Endlich wurde auch den Vertretern der medicinischen Facultät Gelegenheit gegeben, ihr Gutachten in der Krankenhausfrage zu erstatten. In der am 9. d. M. im Unterrichtsministerium stattgehabten Enquête-Commission, welcher die Mitglieder des vom Professoren-Collegium eingesetzten Baucomités anwohnten, erklärten die Professoren ALBERT und CHROBAK das Statthaltereiproject der Verlegung des Krankenhauses nach Ottakring vom Standpunkt der Facultät aus für absolut unannehmbar. Eine Erweiterung des Krankenhauses könne ohne Schädigung des medicinischen Unterrichtes nur durch die Erwerbung der Alsercaserne erfolgen. Weiters könne durch die Demolirung des sogenannten Administrationstractes im ersten Hofe und die Entfernung der psychiatrischen, sowie der Gebärklinik aus dem Krankenhause genügend Raum für die dringend nothwendige Erbauung neuer Kliniken gewonnen werden.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Durch den vom Berliner Magistrat erzwungenen Austritt von acht Krankencassen aus der „freien Arztwahl“ (siehe Nr. 1 d. Bl.) hat diese den recht empfindlichen Verlust von circa 100.000 Mitgliedern erlitten. Diese Maßregel, die den liberalen Tendenzen der Berliner Stadtverwaltung durchaus widerspricht, ist nur dadurch zu erklären, daß der juristische Beirath der Gewerbedeputation, welche die Aufsicht über die Krankencassen führt, ein Gegner der freien Arztwahl ist und sein juristisches Uebergewicht in dieser den Verein der freigewählten Cassenärzte recht empfindlich treffenden Weise zum Ausdruck gebracht hat. Der Unwille über diesen, die Interessen der versicherten Arbeiter wie der Aerzte gleich schwer schädigenden Eingriff in die seit drei Jahren unbeanstandet bestehenden Verträge, der sich nur in sehr gezwungener Weise auf gesetzliche Bestimmungen zurückführen läßt, ist in den betroffenen Kreisen allgemein. Der ausgebrochene Conflict, den der als Schiedsrichter angerufene Oberpräsident der Provinz hoffentlich in den Aerzten günstigem Sinne entscheiden wird, hat zugleich ein grelles Streiflicht auf die augenblickliche Lage des ärztlichen Standes geworfen und gezeigt, einen wie außerordentlichen Einfluß das Krankencassengesetz in ethischer wie in socialer Beziehung auch auf die Berliner Aerzteschaft ausgeübt hat, und wie sehr der Kampf um's liebe Brot alle anderen Rücksichten, die man gerade bei den Aerzten erwarten sollte, überwiegt. Er hat

aber auch gezeigt, wie unbedingt nothwendig eine straffe Organisation der Aerzte ist, um den Einzelnen ein festes Rückgrat zu geben und sie von der Willkür der Cassenverwaltungen und ihrer Beamten unabhängig zu machen. Diese Unabhängigkeit erstrebt und fast vollständig erreicht zu haben, ist das nicht hoch genug zu rühmende Verdienst des Vereines der freigewählten Cassenärzte, und doch haben leider mehr als hundert Aerzte dieses Vereines so wenig Verständniß für diese Errungenschaft gezeigt, daß sie auf den ersten Wink fahnenflüchtig wurden, dem feindlichen Lager ihre Dienste anboten und dort, wo man schon wegen Beschaffung der nöthigen Anzahl von Aerzten in einer gewissen Verlegenheit war, natürlich bereitwillig Aufnahme fanden. Auf diese labilen Elemente, wie man sie heutzutage leider in jedem Stande nicht allzuselten findet, hat der erziehliche Einfluß der freien Arztwahl noch nicht lange genug einwirken können; sie sind, trotzdem ihnen der Ausschluß aus dem Verein sicher ist, auf den ersten Anstoß umgefallen. Die einzige Entschuldigung, welche man für sie anführen könnte, ist die materielle Noth, in der sich unzweifelhaft manche Berliner Collegen befinden. Ist doch die Zahl der Aerzte Berlins im vergangenen Jahre auf 1834 gegenüber 1799 im Jahre 1893 gestiegen, so daß auf 10.000 Einwohner circa 10·6 Aerzte kommen. Die Zahl der approbirten Zahnärzte beträgt in Berlin 172, die Zahl der Apotheken 142, während in den Berliner Heilanstalten die Zahl der Betten ungefähr 9000 beträgt. Uebrigens hat sich auch im ganzen Deutschen Reiche die Zahl der Aerzte im letzten Jahre recht erheblich gesteigert; sie ist von 21.621 des Jahres 1893 auf 22.288, d. h. um etwa 3% angewachsen. Während aber im letzten Decennium die Zunahme der Bevölkerung nur 10% beträgt, haben die Aerzte in demselben Zeitraume eine Vermehrung um mehr als 30% zu verzeichnen, so daß gegenwärtig auf 10.000 Einwohner des Deutschen Reiches 4·5 Aerzte zu rechnen sind. — Wie sehr das Diphtherieheilserum noch immer zu Reclamezwecken mißbraucht wird, zeigt der Umstand, daß ein hiesiges Inseratenblatt Jedem gegen Vorzeigung der Abonnementsquittung unentgeltlich Heilserum verabreicht, während eine große politische Zeitung, die sich an die Spitze des Aufrufs zu Geldsammlungen behufs Beschaffung von Heilserum gestellt hat, das neue Mittel ebenfalls ohne Entgelt in den Unfallstationen verabfolgen ließ, wenn der betreffende Arzt sich zur statistischen Berichterstattung über den betreffenden Fall verpflichtete. Allen diesen Machenschaften ist jetzt durch eine Bestimmung des Reichsamtes des Innern ein Riegel vorgeschoben worden, nach welcher das Diphtherieheilserum nur in den Apotheken käuflich zu erhalten ist. —r.

(Auszeichnungen.) Dem Sanitätsrathe Dr. Vincenz Slavik in Prag ist das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, dem Bezirksarzte Dr. Josef Müller in Reichenberg das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen worden.

(Aus Moskau) wird gemeldet: Die Vorbereitungen für den im Jahre 1897 hier stattfindenden internationalen medicinischen Congreß haben bereits begonnen. Das Organisations-Comité besteht aus sämmtlichen Professoren der Moskauer medicinischen Facultät unter dem Vorsitze des Curators des Moskauer Lehrbezirkes Grafen Kapnist. Von diesem Comité ist eine besondere Executiv-Commission unter dem Vorsitz des Professors der pathologischen Anatomie und derzeitigen Decans der medicinischen Facultät Dr. Klein gewählt worden, welche mit den Vorarbeiten für den Congreß betraut ist. — Wie verlautet, besteht die Absicht, die Verhandlungen des Congresses lediglich in französischer, als der verbreitetsten Sprache, zu führen.

(Aerztlicher Nachtdienst in Paris.) Im dritten Quartal des abgelaufenen Jahres haben die Aerzte des „Service médicale de nuit“, bekanntlich einer mustergiltigen, behördlich administrirten ärztlichen Institution der französischen Hauptstadt, nicht weniger als 3009 Nachtbesuche gemacht. Die größte Zahl derselben betraf Störungen des Verdauungstractus, acute und chronische Bronchitiden, Anginen und Laryngitiden, Neurosen, ferner Entbindungen und Verletzungen. Relativ gestiegen war die Zahl der plötzlich aufgetretenen Blutungen aus inneren und äußeren Ursachen, welche die Intervention des Arztes zur Nachtzeit nothwendig machten.

(Statistik.) Vom 30. December 1894 bis incl. 5. Januar 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6296 Personen behandelt. Hievon wurden 977 entlassen; 147 sind gestorben (13·07% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 97, egyptischer Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 117, Scharlach 76, Masern 473, Keuchhusten 19, Wundrothlauf 30, Wochenbettfieber 3, Influenza —, Mumps 33. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 602 Personen gestorben (— 54 gegen die Vorwoche).

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung Montag den 14. Jänner 1895, 7 Uhr Abends im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Prof. Dr. A. R. v. Reder: Die Wandlungen des medicinischen Wissens in unserem Jahrhunderte und ihr Einfluß auf die Stellung der Aerzte.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 16. Jänner 1895, 7 Uhr Abends im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Prof. R. v. Basch: Ueber ein wesentlich vereinfachtes Sphygmomanometer. (Mit Demonstrationen.)

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Dieser Nummer liegt ein Prospect mit bemerkenswerthen Excerpten aus der umfangreichen Literatur über das bekannte Mundwasser **Odol** bei, welchen wir der geneigten Beachtung unserer Leser bestens empfehlen.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse“** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik“**: 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Med.-chir. Rundschau“**: 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) inclusive Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Nr. 3. Sonntag den 20. Januar 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die erste Feststellung der Uebertragbarkeit immunisirender und heilender Eigenschaften durch das Blut immunisirter Thiere.

Von **Prof. V. Babes** in Bukarest.

Die Entdeckung der Eigenschaft des Blutes und des Blutserums gegen eine Infectionskrankheit künstlich immunisirter Thiere, den Zustand der Immunität auf ein für diese Krankheit empfängliches Individuum zu übertragen, wenn dasselbe in dessen Organismus eingebracht wurde, wird gerne als „Behring'sches Gesetz“ bezeichnet.[1])

Während aber Behring und Kitasato erst im Jahre 1890 eine diesbezügliche Mitheilung[2]) über Tetanus machten, hatte ich im Vereine mit Dr. Lepp schon im Jahre 1889[3]) dasselbe Princip für eine nicht minder wichtige Infectionskrankheit festgestellt. Die diesbezüglichen Daten habe ich in der „Deutschen medicinischen Wochenschr.“ 1892 wiedergegeben.[4])

Vor unserer im Juli 1889 erschienenen Arbeit hat Niemand Versuche darüber angestellt, ob das Blut hochimmunisirter Thiere die Immunität auf andere Thiere zu übertragen vermag.

Ich selbst glaubte irrthümlicher Weise, daß schon im Verlaufe meiner ersten Untersuchungen französische Forscher dieses Verhalten festgestellt hatten und auch Roux[5]) nennt Richet und Héricourt als die Ersten, welche Thiere immunisirt hätten. Nun habe ich die Arbeiten Richet's und Héricourt's[6]) nachgelesen und zu meiner Ueberraschung gefunden, daß diese Forscher keineswegs mittelst Blutes immunisirter Hunde, sondern mittelst Blutes gar nicht vorbehandelter Hunde heilten.

Die übrigens werthvolle Arbeit der französischen Forscher hat demnach keine Beziehung zu der heutigen Blutserumbehandlung.

Es folgt hieraus, daß ich der Erste war, welcher zielbewußt die Zellen und Säfte, namentlich das Blut gegen eine Infectionskrankheit immunisirter Thiere zum Schutze gegen Infection anderer gegen diese Krankheit empfänglicher Thiere verwendet habe. Daß ich mir meines Zieles bewußt war, geht aus der Einleitung meiner Arbeit hervor, indem ich die Frage stelle: „Si la vaccination agit par le virus même ou par une substance chimique et si les cellules de l'organisme rendu refractaire peuvent transmettre leur immunité?“ Eben diese Frage wurde durch unsere Untersuchungen bejaht, indem im Blute der wiederholt immunisirten Hunde derartiges immunisirendes Princip gefunden wurde.

Es frägt sich nun, ob ich auch unter Bedingungen gearbeitet habe, welche ein sicheres Vorgehen gewährleisten. Schon früher (Studien über die Wuthkrankheit, Virchow's Arch. 10. Bd., 1887) hatte ich betont, daß wir trotz der Unkenntniß des Wutherregers, Dank der Pasteur'schen Entdeckungen, im Virus fixe ein experimentell, fast mit mathematischer Sicherheit beherrschbares Material besitzen, dessen pathogene Eigenschaften weniger variiren, als die sorgfältigst bereiteten Culturen. Durch aus diesem Virus bereitete Vaccine können Thiere sicher immunisirt werden und ist es durch Pasteur's, sowie unsere Versuche genau festgestellt worden: 1. daß die Immunität in hohem Grade gefestigt werden

[1]) Günther, Blutserumtherapie. „Deutsche med. Woch.“ Nov. 1893.

[2]) „Deutsche med. Woch.“ 1890, Nr. 49.

[3]) Annales de l'Institut Pasteur, Juli.

[4]) Günther, welcher diese meine Arbeit kannte, hat derselben in einer kleinen Notiz Erwähnung gethan, ohne dieselbe an die entsprechende Stelle zu setzen.

[5]) „Wiener Med. Presse“ 1894, Nr. 38.

[6]) Comptes rend. de l'Acad. des sciences 1888.

kann, wenn man zuletzt dem Organismus nicht Vaccine, sondern höchst virulentes Material einverleibt. Dieses höchst virulente Material erhielt ich durch Durchleiten des fixen Virus durch den Körper von Meerschweinchen; 2. fanden wir, daß die Immunität desto höher ist, je größer die Menge des verbrauchten Impfmaterials war und je längere Zeit die Immunisirung fortgesetzt wurde.[7])

Auch die Entdeckung dieser Vorbedingungen einer hochgradigen Festigung wird gewöhnlich BEHRING zugeschrieben, welchem Forscher offenbar das Verdienst gebührt, diese Principien in classischer Weise entwickelt und verallgemeinert zu haben. Es geht aber schon aus unseren Mittheilungen von 1889 und 1890 hervor, daß wir den Immunitätswerth des Blutes unserer Hunde durch reichliche Schutzimpfung nach PASTEUR, durch öftere Wiederholung der Injectionsserien und durch mehrmalige Einführung des fixen Virus, sowie durch Injection desselben zwischen die Gehirnhäute, was eben die wirksamste Art der Injection darstellt, hinaufgetrieben hatten. Auch haben wir genügende Massen des Blutes der immunisirten Thiere zur Behandlung verwendet, so daß wir auch in dieser Richtung bewußt vorgegangen sein mußten.

Eine andere Frage, ob nämlich unser Verfahren durch uns auch zur Heilung der Wuthkrankheit verwendet wurde, ist trotz der gegentheiligen Behauptung TIZZONI's[8]) nicht einfach zu verneinen. Letzterer Forscher hat in seiner Erwiderung eine in unserer Arbeit von 1889 wiedergegebene Versuchsserie einfach übersehen; dieselbe lautet wie folgt:

„Quatre chiens à qui l'on avait rasé la tête furent mis dans la cage d'un chien enragé qui les mordit à la tête. Deux de ces chiens servaient de contrôle et deux d'entre eux avaient été vaccinés avec du sang pendant sept jour (täglich 5 Grm. Blutes wiederholt immunisirter Hunde). Les deux chiens de contrôle prirent la rage 16 et 28 jours après la morsure; l'un des chiens vaccinés mourut un mois après la morsure sans symptomes de la rage (dessen Gehirnsubstanz war nicht virulent), l'autre vit encore après plus que 2 mois" (derselbe blieb mehrere Jahre am Leben).

Dem gegenüber kann auch TIZZONI nicht behaupten, daß wir nach erfolgter Injection keine Erfolge zu verzeichnen hatten, indem von zwei wirksam inficirten, durch Blut behandelten Hunden der eine gerettet wurde, während der andere später einging als die Controlhunde, und nicht an der Hundswuth, wie die letzteren. Auch BEHRING, welcher die PASTEUR'sche Hundswuthbehandlung als ein „Heilverfahren" bezeichnet, wird zugeben, daß in Folge dieser und ähnlicher Versuche unser Serum auch als Heilserum betrachtet werden darf. Wir haben diese Versuche fortwährend systematisch durchgeführt und dieselben schon im Jahre 1890 auf die menschliche Rettungsimpfung übertragen:

Was wir demnach als unsere Entdeckung beanspruchen, ist Folgendes:

1. Mittelst des Blutes von gegen eine Infectionskrankheit (in unserem Falle Hundswuth) hochgradig immunisirten Thieren gelingt es, die Immunität gegen diese Krankheit auf andere für dieselbe Krankheit empfängliche Thiere zu übertragen (1889).

2. Dieses Verfahren verhindert den Ausbruch der Krankheit selbst bei solchen Thieren, in deren Organismus das Virus in wirksamer Weise eingedrungen ist (1889).

Außerdem muß bemerkt werden, daß schon PASTEUR betonte, daß für das Zustandekommen einer hochgradigen Immunität ein „Traitement intensif" eingeleitet werden muß, welches in Vermehrung der Menge der eingeführten Vaccine und in allmäliger Steigerung der Virulenz desselben besteht.

[7]) Les bactéries CORNIL-BABES, 1890 etc.
[8]) „Deutsche Med. Woch." 1893.

Ich selbst habe dann die Festigung der Immunität gegen hochgradige Injection bei Hunden und Menschen (gegen schwere Wolfbisse) durch Behandlung mittelst Einspritzung höchst virulenten Materials vorgenommen (1890), nachdem ROUX', sowie meine Versuche nachgewiesen hatten, daß man Hunde auch mit ausschließlich höchst virulenter Substanz gegen Hundswuth zu immunisiren vermag.

Wir haben unsere Versuche über Blutserumbehandlung seither fortgesetzt und sind ebenso wie TIZZONI und CENTANNI zu bemerkenswerthen Resultaten gelangt, namentlich BEHRING's und EHRLICH's Mittheilungen haben uns Mittel zur Prüfung des Schutz- und Heilwerthes des Serums unserer Hunde kennen gelehrt. Auch haben wir in der Hinauftreibung des Werthes desselben Vieles von diesen letzteren Forschern gelernt, so daß wir nunmehr in der Lage sind, ein viel wirksameres Serum zu bereiten, als früher, wo wir nur auf unsere eigenen Untersuchungen angewiesen waren.

Es liegt mir überhaupt fern, zu behaupten, daß BEHRING von meiner Entdeckung ausgegangen sei, es ist sogar wahrscheinlich, daß dieser Forscher dieselbe überhaupt nicht kannte, da er sonst derselben offenbar in seinen vielen diesbezüglichen Schriften Erwähnung gethan hätte. Ebenso liegt es mir fern, die epochale Bedeutung der Arbeiten FRÄNKEL's, KITASATO's, BEHRING's, BÜCHNER's, EHRLICH's, ROUX' und Anderer in der Entwicklung und Verallgemeinerung der Blutserumtherapie zu verkennen.

Diese Forscher haben sich hohe und schwer zu erreichende Ziele gesteckt und dieselben durch unermüdliche Forschung erreicht. Ohne dieselben wäre meine Entdeckung offenbar noch lange sehr unentwickelt geblieben.

Nichtsdestoweniger glaube ich aber berechtigt zu sein, die Priorität der Entdeckung und wissenschaftlich-exacten Demonstration der immunisirenden Wirkung des Blutes immunisirter Thiere für mich in Anspruch zu nehmen, indem ich aber nicht anstehe, anzuerkennen, daß ich hiemit blos einen Antheil zur Legung des Grundsteines jenes mächtigen und soliden Gebäudes beigetragen habe, welches BEHRING und seine Mitarbeiter errichtet haben.

Dampf als blutstillendes und aseptisches Mittel bei Operationen am Uterus.

Von **Dr. Josef Jaworski,**
ordinirendem Arzt an der inneren Klinik des Heiligen Geist-Hospitales in Warschau.

Im letzten (IV.) Hefte von Prof. SACHARJIN's klinischen Vorträgen und Arbeiten der Moskauer therapeutischen Klinik wurde eine vorläufige Mittheilung von Prof. SNEGIRJOW: Dampf als neues Hämostaticum veröffentlicht.

Vor einigen Jahren bereits hatte SNEGIRJOW die Idee gefaßt, den Dampf bei Gebärmutterkrankheiten anzuwenden. Seine Methode war folgende: Nach Erweiterung des Uterushalses (ohne Narkose) und Auskratzen der Höhle, oder ohne dasselbe, führte er in's Innere des Uterus einen Katheter ein, dessen Ende siebartig durchlöchert war, in dessen Innern aber ein mit einem Dampfkessel verbundenes metallenes Röhrchen verlief. Die Temperatur des Dampfes betrug 100°. Nach $^1/_2$—1minutenlangem Anwenden des Dampfes war dessen blutstillende und cauterisirende Wirkung schon bemerkbar; aus dem Katheter floß eine braune bouillonähnliche Flüssigkeit hervor.

Die Kranke empfindet keinen Schmerz und weiß sogar nicht, was mit ihr vorgenommen wird. Was geht aber im Uterus vor? so frug der Verf. und beantwortete die Frage folgendermaßen:

Auf einem Uteruspräparate, welches bald nach der Vaporisation bei einer anderen Operation herausgeschnitten

wurde, sieht die ganze Schleimhaut schon nach einer minutenlangen Wirkung des Dampfes wie eine verbrannte, mit einem feinen, weißen Häutchen überzogene Fläche aus. Nach der Vaporisation verschwindet vollkommen jeder Geruch, wenn er früher in Folge Zersetzung vorhanden war. Ebenso wird dadurch die vordem vorhandene Schmerzhaftigkeit der Gebärmutter vollständig beseitigt.

Zu dieser cauterisirenden, schmerzstillenden, desodorisirenden und blutstillenden Wirkung des Dampfes kommt noch die desinficirende, antiseptische, wodurch dieses Mittel wirklich schätzenswerth zu nennen ist.

Am wichtigsten dürfte aber seine Wirkung bei Blutungen aus parenchymatösen Organen sein und in dieser Beziehung wird dem Dampfe eine große Zukunft vom Verf. prophezeit.

Prof. SNEGIRJOW hat bei seinen Thierexperimenten ganze Stücke der Leber, der Nieren, Lungen und ein Mutterhorn vollkommen ohne Blutverlust unter Dampfwirkung resecirt.

Trotz der Einwirkung des Dampfes soll nach Verf.'s Aussage doch eine prima reunio vulneris stattfinden. Dies wurde nicht nur bei Thierexperimenten, sondern auch bei Operationen am Menschen, sogar bei einer Coeliotomie festgestellt. Bei folgenden Operationen am Menschen wurde der Dampf von S. angewandt: Bei 5 Knieresectionen, ohne daß vorher eine elastische Binde und dann weder Ligaturen, noch blutstillende Klemmen angelegt wurden; bei Amputation einer krebsentarteten Brust in denselben Verhältnissen; bei Exstirpationen von Hautgeschwülsten: Carcinoma, Lipoma, Angioma; bei Amputation des Gebärmutterhalses; bei einer Myomotomie, um die Blutung aus dem Stumpfe zu hemmen und den Uternshals zu vaporisiren; bei Knochenresectionen und Sequestrotomien; beim Durchschneiden von Abscessen, um den Geruch zu beseitigen und die prima intentio zu fördern; beim Aufschlitzen von Fistelgängen, besonders tuberculösen Charakters.

Diese Mittheilungen von Prof. SNEGIRJOW waren so hochinteressant, daß ich beschloß, sofort das Mittel bei kleineren Operationen an der Gebärmutter anzuwenden. An demselben Tage, als ich den Artikel von S. gelesen habe, hatten wir eben in der Klinik eine Venaesectio bei Urämie ausgeführt und an dem ein Pfund schweren Blutklumpen erprobte ich die Wirkung des Dampfes, den ich aus dem etwas modificirten SIEGLE'schen Inhalator (das senkrechte Knie wurde fortgenommen, das horizontale erweitert) ausströmen ließ. Unter der Dampfwirkung bedeckte sich der Klumpen sofort mit einem gräulichen Häutchen, nach längerem ($^1/_2$—1 Minute) Einfluß auf eine bestimmte Stelle wurde dieses Häutchen immer dicker, was aus verticalen Einschnitten zu sehen war, und betrug nach einer Minute einige Millimeter.

Wir hatten damals in der Klinik (von Prof. LAMBL) einige Fälle, die für die SNEGIRJOW'sche Methode zu verwerthen waren.

Bei dreien meiner Pat. sollte das Curettement und bei einer überdies die Amputatio portionis vaginalis ausgeführt werden. Die Diagnosen lauteten: I. Endometritis (decidualis) post abortum. Metrorrhagia. II. Catarrhus cervicis. Ectropium. Menorrhoea. III. Endometritis chronica, Hypertrophia portionis vaginalis, Erosiones.

In den ersten zwei Fällen wollte ich die aseptische, cauterisirende und desodorisirende, theilweise nur die blutstillende Wirkung des Dampfes erproben, in dem letzten aber hauptsächlich die hämostatische. Der weiter unten angegebene Verlauf zeigt, inwiefern meine Hoffnungen realisirt wurden.

Zur Dampfbereitung diente anfangs der SIEGLE'sche (modificirte) Apparat, später ein zur Bereitung destillirten Wassers dienender Kessel. Ich benutzte einen Katheter à double courant von BOZEMANN-FRITSCHE, der am Ende siebartig durchlöchert war. S. spricht in seinem Artikel gar nicht von den von ihm angewandten Dampfapparaten, was durchaus nicht indifferent ist, wie ich mich selbst überzeugte. Vorläufig will ich aber den Krankheitsverlauf meiner Operirten angeben.

I. M. A., 25jährig, schwach gebaut, sehr anämisch, abgezehrt, nervös, ohne Appetit, mit Stuhlverstopfung. Ledig, geschlechtliche Verhältnisse seit 3 Jahren, erste Menses im 16. Jahre, regelmäßig. In den letzten zwei Monaten keine Menses; plötzlich beim Aufheben eines schweren Korbes mit Wäsche stellten sich bei ihr Schmerzen im Hypogastrium, dann im Kreuz ein und gleichzeitig begann sie zu bluten. In den ersten Tagen war die Blutung sehr stark, dann etwas geringer, später kam sie wieder und hält seither an. — Fünf Wochen sind nun verflossen seit Beginn der Blutung; bei der Untersuchung wurde gefunden: Uterus vergrößert, 9 Cm., in anteflexione, beweglich, äußerer Muttermund geöffnet, läßt einen Finger durch, innerer nur die Fingerspitze. Im Mutterspiegel wird nur viel Blut gesehen, wodurch der Mutterhals ganz verdeckt wird. Diagnose: Subinvolutio uteri, Endometritis (decidualis) post abortum. Metrorrhagia. Vorläufig machte ich eine Ausspülung mit 5% Borsäure und verordnete Mutterkorn in gewöhnlicher Gabe. Die nächsten drei Tage machte ich Gebärmutterausspülungen mit 3% Acid. carbolicum durch einen doppelläufigen Katheter. Die letzten Mengen der ablaufenden Flüssigkeit sind schmutzig-grau, von unangenehmem, fadem, etwas stinkendem Geruch. Bei Vergrößerung werden darin zahlreiche Eiterkörperchen gefunden. Impfungen auf Bouillon und Agar-Agar, auf eiterbildende Coccen fahndend, blieben erfolglos.

Am 28. Juni nahm ich nach vorherigem Ausspülen der Scheide mit 5% Borsäure und Auswaschen der Uterushöhle mit derselben Lösung das Curettement der Uterusschleimhaut vor, bei gefälliger Assistenz der Collegen E. ZIELINSKI und E. ORLOWSKI. Die Operation wurde nach gewöhnlichen Regeln ausgeführt. Die Blutung war stark; nachdem nun die Gerinnsel mit 5% Borsäurelösung ausgespült waren, führte ich hinter den inneren Muttermund das Ende des modificirten BOZEMANN-FRITSCHE'schen Katheter ein und vereinigte denselben mit dem dampfproducirenden Kessel.

Während ich den Katheter durch den äußeren Muttermund führte, macht die Kranke auf dem Operationsstuhle eine Bewegung, wobei der innere Rand der vorderen Mutterlippe leicht verbrüht wurde. Nur in diesem Moment spürte die Kranke Schmerz, den sie durch ein leichtes Zischen kundgab. Der Dampf wirkte 50 Secunden. Schon nach einigen Secunden begann aus dem Katheter eine dunkelbraune, bouillonartige Flüssigkeit hervorzuquellen. Gleichzeitig wurde ein specifischer Geruch, den ich mit nichts Aehnlichem vergleichen kann, verspürt.

Anfangs war die Flüssigkeit copiös, dann immer knapper; nachdem nun der Katheter aus der Uterushöhle entfernt war, wurde ein Jodoformgazestreifen in dieselbe eingeführt. Der Kranken wurde nur Ruhe empfohlen, sonst keine Mittel.

Der weitere Verlauf: fieberloser Zustand, Bauch nicht schmerzhaft, Blutung vollkommen gestillt; Ausfluß knapp, röthlich. Nach 3 Tagen wurde der Gazestreifen mit einem frischen vertauscht. Nach 5 Tagen ganz fortgelassen. 10 Tage nach der Operation ist der Ausfluß wieder abundanter, schmutzig-grau und stinkend geworden. Die Vaporisation der Uterushöhle wird noch einmal ausgeführt, die Dampfwirkung dauert eine halbe Minute. Verlauf wie früher. Wegen Anämie werden Arsen und Eisen verordnet. Zwei Wochen danach verließ die Kranke das Krankenhaus; Uterus etwas über 7 Cm. lang; knapper, schleimiger, geruchloser Ausfluß; der Allgemeinzustand wenig gebessert.

II. B. K., 23jährig, ledig, geschlechtliche Verhältnisse seit 3 Jahren, gut gebaut, aber anämisch, geschwächt. Erste Menses im 12. Jahre (stammt aus Süd-Frankreich), im 13. Jahre 5monatliche Menopause; vor $1^1/_2$ Jahren sehr schwere, 3 Tage dauernde Geburt; seit dieser Zeit Monatsfluß alle 3 Wochen, 7—8 Tage dauernd, dabei Schmerzen im Hypogastrium, in der Kreuzgegend und copiöser Fluor. Außerdem beklagt sich die Kranke über Appetitmangel, Magenkrämpfe, zuweilen Erbrechen, Stuhlverstopfung, Husten, Gefühl von Hitze und Brennen im Hypogastrium.

Uterus von normaler Größe, etwas weniger beweglich, nach vorne verschoben und nach links geneigt (anteversio, sinistro positio mobilis), im linken Scheidengewölbe elastische strangartige Gebilde.

Außerdem werden hinten und vorne, besonders linkerseits des Vaginaltheiles Einkerbungen gefühlt (Lacerationes colli uteri bilaterales praecipue partis sinistr.), Ectropium und Erosionen des Muttermundes sind vorhanden, sehr reicher Ausfluß. Blutung beim Sondiren.

Am 28. Juni führte ich mit Assistenz des Dr. ZIELINSKI das Curettement aus. Große Blutung; nach Ausspülung der Gerinnsel wurde in den Uterus das Ende des Katheters eingeführt und derselbe mit dem Dampfkessel in Verbindung gesetzt. Eine halbe Minute wirkte der Dampf, wonach schwarzes Blut auszufließen begann; ich beförderte es mit Wattebauschen aus dem Mutterspiegel heraus; die Blutung sistirte nicht. Der Dampfapparat stand auf dem Tische; wir bemerkten mit Collegen Z., daß der Dampf rasch zu Wassertropfen wird und überhaupt feuchter ist, als der im ersten Falle angewandte. College Z. kürzte nun schnell den Leiter, durch welchen das Katheter mit dem Kessel verbunden war, ab und verstärkte die Heizung; jetzt wurde der Dampf allmälig trockener. Ich spülte dann den Uterus mit $^1/_2$ Liter gekochten Wassers aus, entfernte die Gerinnsel aus der Scheide und führte wieder den Katheter auf Secunden in die Uterushöhle hinein; die Blutung stand, dunkelbraune Flüssigkeit quoll immer weniger hervor, gleichzeitig zeigte sich aber auch reines Blut, welches alle 5 Minuten den Vaginaltheil verlegte. Wir beschlossen nun noch einmal die Curette einzuführen und den Mutterhals auszuschaben, was auch von mir ausgeführt wurde; danach spülte ich die Gerinnsel aus, führte den Katheter in den Uterus bis zum inneren Muttermunde hinein, ließ hier den Dampf 15 Secunden einwirken, schob dann das Katheterende bis zum äußeren Muttermunde vor, ließ hier den Dampf 30 Secunden einwirken und nahm dann das Instrument heraus. Die Kranke fühlte einen Schmerz im Hypogastrium im Momente, als der Katheter den inneren Muttermund passirte. Die Blutung stand still, und floß die braune Flüssigkeit aus dem Katheter. Wir ließen die Kranke noch 10 Minuten auf dem Tische liegen, befürchtend, daß die Blutung sich erneuern werde; es kam aber nicht dazu. Nun führte ich in die Scheide einen Jodoformgazestreifen ein.

Verlauf günstig, wie im vorherigen Falle; blaßrother Ausfluß etwas größer; am 2. Tage Wechsel des Gazestreifens, am 5. Tage wird er weggelassen. Außerdem ist noch zu notiren: Schmerzen im Hypogastrium bald größer, bald geringer; schleimiger Ausfluß abundant und ziemlich dick. Nach 18 Tagen wiederholte Vaporisation während 50 Secunden. Ausfluß gering, wässerig. Die Kranke bekam ihren Monatsfluß im Krankenhaus; die Regeln dauerten nur 5 Tage, waren nicht so stark wie früher und Schmerzen hatte die Kranke nur im Kreuz. Der Allgemeinzustand besserte sich bedeutend. Die EMMET'sche Operation wurde wegen Schluß der Klinik nicht ausgeführt.

III. M. Z., 21jährig, unverheiratet, geschlechtliche Verhältnisse seit 3 Jahren; erster Monatsfluß im 16. Jahre, dann regelmäßig bis zum Eintritt der Schwangerschaft. Vor $1^1/_2$ Jahren normale Geburt.

Nach der Geburt lag sie sehr kurz im Bett, stillte ihr Kind nicht; sie arbeitet sehr schwer; 4 Monate nach der Geburt erste Regeln, die alle 3 Wochen sich wiederholen, 8—9 Tage dauern und Schmerzen hervorrufen. Sie fühlt dieselben im Hypogastrium, sie stellen sich auch in der zwischen zwei Regeln ablaufenden Zeitperiode ein und strahlen in's Hypochondrium, bis zum Magen und in die Füße aus.

Trotzdem sieht die Kranke sehr wohl aus, sie ist gut gebaut, stark und roth im Gesicht. Der Uterus ist anteflectirt, beweglich, groß ($9^1/_2$ Cm.), ziemlich hart, etwas schmerzhaft, die Portio sehr vergrößert und mit Erosionen an beiden Lippen bedeckt. Beim Auswischen derselben mit einem Wattebäuschchen bluten sie. Aus dem Cervixcanal quillt viel Schleim heraus.

Am 3. April führte ich das Curettement in Anwesenheit von Collegen ZIELINSKI aus, wonach die Vaporisation der Uterushöhle im Laufe einer halben Minute angewandt wurde. Die Kranke fühlt dabei keine Schmerzen. Während und nach der Vaporisation kam nur sehr wenig Flüssigkeit zum Vorschein. Alsdann lenkte ich den Dampfstrom auf die blutenden Erosionen des Muttermundes, ich wurde aber gezwungen, dieses sofort abzubrechen, weil der Katheter selbst, wie auch der untere Löffel des Mutterspiegels (von L. NEUGEBAUER) sich so erhitzten, daß die Kranke Schmerz verspürte. Verlauf ähnlich, wie in den beiden ersten Fällen, der eingeführte Gazestreifen bleibt fast trocken, der Ausfluß ist farblos. In den nächsten Tagen durchsichtiger, wenig abundanter Ausfluß, die Erosionen bluten immer. Zwei Tage später führte ich bei derselben Kranken die Amputation der Vaginalportion aus (Assistenten: DDr. MALISZEWSKI und ROGOSINSKI). Um nun die blutstillende Wirkung des Dampfes zu erproben, operirte ich nach der alten Methode, die vor SIMS (1866), welcher zuerst die Blutung durch Anlegen von Nähten stillte, geübt wurde. Wirklich wurde unter Einfluß des Dampfes die nach Durchführung des seitlichen tiefen Schnittes gewöhnlich entstehende profuse Blutung sehr schnell gestillt. Gleichzeitig machte ich noch das Curettement und vaporisirte die Uterushöhle eine halbe Minute lang.

Der Dampf stand unter $1^1/_2$ Atmosphären Druck, war bald gesättigter, bald trockener, als im vorherigen Falle. Diesem Umstande muß die theilweise ungünstige Wirkung zugeschrieben werden, worüber Weiteres unten.

Die Operation verlief unter Narkose.

Nach dem Erwachen hatte die Kranke Schmerzen in der linken großen Schamlippe, welche verbrüht wurde. Nach der Operation wurde die Scheide mit $^1/_4$ Meter Jodoformgaze ausgefüllt. Abends sah ich die Kranke wieder, eine Blutung befürchtend, doch waren meine Befürchtungen nicht verwirklicht, die Unterlage blieb trocken; nach 4 Tagen entfernte ich die Gaze, sie war von röthlicher Flüssigkeit durchfeuchtet; ich spülte die Scheide mit gekochtem Wasser aus und führte einen frischen Gazestreifen ein. Später spülte ich die Scheide mit $5^0/_0$ Borsäurelösung aus. Weiterer Verlauf: An der Innenseite der vorderen Muttermundlippe ist ein Schorf vorhanden, der sich später ablöst; ziemlich abundanter, milchartiger, geruchloser Ausfluß. Kein Fieber. Die Kranke klagt einzig über Schmerzen in der verbrühten Schamlippe. 3 Wochen nach der Operation verließ die Kranke das Hospital. Ausfluß aus dem Uterus gering, schleimig; eine von den Narben blutete leicht beim Auswischen mit Watte.

Angesichts der großen, von SNEGIRJOW unter Wirkung des Dampfes ausgeführten Operationen, gestatten meine geringen Erfahrungen keine abschließende Meinung über den Werth dieser Methode. Dieses wird wahrscheinlich seitens anderer über ein größeres Krankenmaterial verfügender Aerzte, und besonders Chirurgen, in Bälde geschehen.

Wenn SNEGIRJOW's Meinung sich wirklich bestätigt, so wird auch seine Methode schnell Verbreitung finden und bedeutende Umwälzungen in der chirurgischen Technik zur Folge haben.

Ich erlaube mir einige allgemeine Bemerkungen hier auszusprechen, aus dem Grunde, weil S. in seiner vorläufigen Mittheilung die technische Seite der Methode mit Schweigen übergeht und nur im Allgemeinen sagt, „daß die von ihm benutzten Apparate in Moskau von der Firma Rosumow hergestellt wurden".

Es bleibt deshalb unbekannt, welcher Art von Dampf S. sich bedient hat. Aus einzelnen Worten des Verf. ist gestattet zu behaupten, daß es kein überhitzter Dampf gewesen ist. Solcher Dampf ist 150—300° heiß und nur dieser scheint mir prompt hämostatisch zu wirken im Stande zu sein, während dies bei feuchtem, gesättigtem Dampfe nicht der Fall sein kann. Diese Beobachtung machte ich im zweiten Falle, nach Abkürzung des Leiters zwischen dem Katheter und dem Kessel und stärkerem Erwärmen des Wassers, wonach die Wirkung des Dampfes stärker und schneller wurde. Andererseits scheint die Dampfspannung ohne Bedeutung zu sein. Im dritten Falle wurde gespannter Dampf momentan angewandt, denn ein Hahn gestattete, den Dampf längere Zeit in den Röhren zu halten; außerdem wandten wir auch feuchten, gesättigten Dampf an, doch war beider Wirkung geringer, als die des überhitzten. Außerdem entstehen bei feuchtem Dampfe Schmerzen und Verbrühungen leichter, als bei trockenem.

Jetzt ein Wort über das Instrumentarium. Wird der Dampf nur aus einer gewissen Entfernung angewandt, so ist die Art des zur Construction des Apparates benutzten Materials

vollkommen gleichgiltig; ganz anders aber, wenn derselbe in geschlossene Höhlen (Uterus) eingeführt sein soll, dann kann es, wenn aus Metall verfertigt, selbst Verbrühungen hervorrufen und erhitzt außerdem andere metallene Instrumente (Mutterspiegel), die bei der Operation nöthig sind. Außerdem ist ja die Wirkung dieses Mittels ganz unbegrenzt, weil es nicht nur auf eine bestimmte Stelle, sondern auch auf deren Umgegend, was durchaus unserem Ziele nicht entspricht, zu wirken pflegt.

Zweck der medicinischen Technik muß also sein, die Wirkung des Dampfapparates zu localisiren, was man durch geschlossene Cylinder erreichen könnte, außerdem soll das verwendete Material ein schlechter Wärmeleiter sein. — Um nun durch Erhitzung des Speculums keinen Schaden anzustiften, könnte man in solchen Fällen das MATHIEU'sche Speculum mit Doppelwänden und dazwischenströmendem kaltem Wasser gebrauchen. Der Apparat selbst sollte mit einem Thermo- und Manometer, außerdem aber auch mit einem Regulator des ausströmenden Dampfes versorgt werden. Ich meine, daß bei Anwendnng dieses Mittels eine präcise Grenzlinie vorhanden sein muß, die ohne Schaden für den Kranken nicht überschritten werden darf, und daß davon die Heilung per primam oder secundam intentionem abzuhängen scheint.

In meinem dritten Falle heilte ein Theil der Wunde unter einem feuchten Schorfe. Der damals von mir angewandte Dampf war feucht, gesättigt ($1\frac{1}{2}$ Atmosphären Druck). Wahrscheinlich sind diese Uebelstände im Apparate SNEGIRJOW's beseitigt, da er ausdrücklich sagt, daß trotz Dampfwirkung die prima intentio vulneris erfolgt.

Jedenfalls kann die Aussage dieses Verf.'s über die blutstillende, aseptische und desodorisirende Wirkung des Dampfes nicht bestritten werden.

In meinem dritten Falle, wie auch im zweiten (bei der ersten Anwendung), wo die Blutung nach der Amputation der Portio profus war und keine einzige Naht angelegt wurde, stand dieselbe unter Wirkung des Dampfes und es erfolgte auch keine Nachblutung. Früher war man ja genöthigt, bei dieser Operation, um Blutungen vorzubeugen, Ecraseure (CHASSAIGNAC), oder die Galvanokaustik (MIDDELDORPF) anzuwenden.

Die aseptische Wirkung des Dampfes scheint schon a priori gesichert zu sein, doch sollten bacteriologische Untersuchungen dieselbe noch feststellen.

Die desodorisirende Wirkung fand ich immer bestätigt; auch in einem neuen Falle, einer carcinomatösen Vaginalportion, wo ich ebenfalls die Vaporisation angewandt habe, bewährte sich dieselbe ebenfalls.

Hingegen habe ich die anästhetische Eigenschaft des Dampfes, welche bei dessen Wirkung auf die Uterusschleimhaut sich bewähren soll, nicht feststellen können. Meine Patientinnen klagten zwar nicht über Schmerzen, dagegen stellten sich diese im vierten Falle ein, als der Dampf auf den blutenden Stumpf der amputirten Vaginalportion gerichtet wurde. Dieses ungünstige Symptom möchte ich der allgemeinen Spannung und Feuchtigkeit des Dampfes zur Last legen.

Diese vielfältigen und unschätzbaren Eigenschaften des Dampfes werden von der Chirurgie zweifellos verwerthet werden; aber speciell bei Operationen am Uterus kann dieses Mittel große Dienste leisten. Die cauterisirende, blutstillende, desinficirende, desodorisirende und schmerzstillende Eigenschaft des Dampfes wird in allen diesen Fällen gewürdigt werden, wo man gegen Symptome, wie: Blutungen, stinkenden Ausfluß, Schmerzen, Hämorrhagien bei Operationen, bei Uteruskrebs, septische Puerperalprocesse (wobei jedoch die Möglichkeit einer Luftembolie berücksichtigt werden soll) und gewisse catarrhalische Zustände der Gebärmutter anzukämpfen genöthigt ist.

Ueber die Excision des syphilitischen Initialaffectes.

Von **Dr. Ernest Finger,**

a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Wiener Universität.

(Schluß.)

III.

Aber ganz dieselbe Frage, wie in diesen Fällen, wo das Secundärstadium spontan, ohne äußere Ursache, ausblieb, haben wir uns auch in jenen Fällen zu stellen, wo nach einer Excision der Patient von secundären Symptomen nicht heimgesucht wird. Auch hier müssen wir uns fragen, ob das Ausfallen des secundären Symptomencomplexes uns berechtigt, die Syphilis als abortiv geheilt anzusehen und uns die Garantie gibt, daß der Patient keine, auch keine tertiären Erscheinungen darbieten werde. Diese Frage ist wichtig, denn ihre Beantwortung ergibt auch gleich das definitive Urtheil über den Werth der Excision. Denn wahrlich, der ganze Streit um die Excision war nicht der Mühe werth, wenn wir zur Ueberzeugung kommen sollten, daß die Excision im besten Falle nur das Secundärstadium unterdrückt, den Verlauf, das Auftreten tertiärer Erscheinungen aber nicht alterirt. Der Schluß aber, daß das Ausfallen der secundären Erscheinungen a priori auch das Ausfallen tertiärer Erscheinungen garantire, ist absolut nicht berechtigt, und wenn auch in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle die drei Stadien schön „wie es im Buche steht“ auf einander folgen, so gibt es doch Ausnahmsfälle im großen Buche der Natur, denen man sich nicht verschließen kann.

Kennen wir doch einmal Fälle, wo das Primärstadium ausfällt, die Syphilis sofort mit dem secundären Stadium einsetzt: die Syphilis par conception und die hereditäre Syphilis.

Kennen wir andererseits Fälle, wo nicht nur das primäre, sondern auch das secundäre Stadium ausfällt, und die Syphilis sofort mit tertiären Symptomen einsetzt, die tertiäre unvermittelt einsetzende Syphilis der Mütter vom Vater bei hereditär syphilitischen Kindern, sowie die hereditäre Syphilis mancher Kinder, die direct und ohne vorausgegangene secundäre Symptome, bei Geburt oder wenige Wochen post partum mit reinen tertiären Symptomen einzusetzen vermag.

Warum sollte da nicht der Natur auch eine Variante belieben, wo Anfang und Ende erhalten, primäre und tertiäre Symptome nachweisbar sind, das Mittelstück, die secundäre Syphilis, aber ausfällt.

Diese Betrachtung, wäre sie rein theoretisch, könnte wohl als überflüssige Spielerei am grünen Tische angesehen werden, doch es gibt Fälle, die für diese Möglichkeit zu sprechen scheinen.

Zunächst verfüge ich über drei Fälle dieser Art, die, wenn auch nicht ganz einwandsfrei, hier kurz angegeben sein mögen.

Fall 1. M. R., 29 Jahre alt, Kellner in einem Wiener Hôtel, inficirte sich im Jahre 1882, als er das erste Jahr seiner Militärdienstzeit abdiente, mit einem syphilitischen Schanker, der von schmerzloser Drüsenschwellung in den Leisten gefolgt war und ihm im Garnisonspital excidirt wurde. Trotzdem Pat. zunächst im Garnisonspital, dann während seiner dreijährigen Dienstzeit allwöchentlich einmal ärztlich untersucht wurde, stellten sich nach Erzählung des Pat. keine Erscheinungen von Syphilis ein, er machte keinerlei Behandlung durch.

Am 13. Juni 1891 stellte sich Pat. (Pr.-Nr. 2339) in meiner Spitalsambulanz im k. k. allgemeinen Krankenhause vor. Er bot damals eine ausgebreitete typische, schmerzhafte, Nachts exacerbirende Periostitis der freien Flächen beider Tibien dar, die gegen Behandlung sehr refractär, auf Jodkali intern und intramusculäre

Injectionen von Hg. salicylicum (3 Cyklen à 10 Injectionen) erst im Verlaufe mehrerer Monate abheilte.

Fall 2. R. K., 32 Jahre alt, Secretär eines Kunstvereines, stellte sich mir mit einem ausgebreiteten tuberculo-serpiginösen Syphilid, dessen einer Plaque die untere Rücken- und Lendengegend, der zweite die linke Flanke einnahm, am 26. April 1893 in meiner Privatordination vor. Patient erzählte mir, daß ihm Prof. AUSPITZ im Jahre 1881 einen harten Schanker excidirt habe. Pat. war nach der Excision durch 10 Monate in Beobachtung von Prof. AUSPITZ, dem er sich regelmäßig alle 4—5 Tage vorstellte und der an dem Pat. keinerlei Syphilissymptome wahrnahm, die Excision als erfolgreich bezeichnete. Seither will Pat. keine neue Infection durchgemacht haben, auch ist mit Ausnahme der deutlich sichtbaren Excisionsnarbe an der inneren Lamelle des Präputium keine weitere Narbe am Genitale nachweisbar.

Fall 3. Dr. M. P., 37 Jahre alt, gegenwärtig Advocat in einer größeren Provinzstadt Mährens, consultirte mich am 15. Mai 1894 mit der Angabe, er leide seit mehreren Monaten an Stockschnupfen, häufiger Blutung aus der Nase. Als vor wenigen Tagen beim Schneuzen ein Knöchelchen aus der Nase abging, habe ihm sein Hausarzt gerathen, mich aufzusuchen. Bei der Untersuchung constatirte ich eine gummöse Ulceration der knöchernen Nasenscheidewand, die bereits einen Theil des Septum destruirt hatte. Auch dieser Pat., ein sehr ängstlicher, sich genau beobachtender Hypochonder, erzählte mir, daß Prof. AUSPITZ im Jahre 1880 ihm einen harten Schanker der Haut des Penis excidirt habe. Während $1^1/_2$jähriger Beobachtung konnte nach Angabe des Patienten Prof. AUSPITZ keine Zeichen von Syphilis wahrnehmen, erklärte daher die Excision für gelungen. Eine spätere Infection wird unbedingt geleugnet.

Dies die drei Fälle meiner Beobachtung. Alle drei kranken sie — ich weiß es wohl — an dem einen Fehler, daß ich den Einwand, die Syphilis tertiaria dieser Patienten stamme von einer nach der Excision acquirirten neuerlichen Syphilis, nur mit dem Grund widerlegen kann, die Angaben der Patienten, ihr ganzes Wesen, die Gewissenhaftigkeit, mit der sie ihre Cur führten, haben auf mich den Eindruck voller Glaubwürdigkeit gemacht.

Es würde sich dann also um drei Fälle handeln, in denen das secundäre Stadium gewiß post (aber ob propter?) excisionem ausfiel, damit auch jede Behandlung, die Syphilis aber nach Jahren unter tertiären Erscheinungen wieder auftauchte.

In der Literatur sind zwei Beobachtungen niedergelegt, die mit meinen Fällen eine gewisse Aehnlichkeit haben. Zunächst ein Fall von ANGERER. (Ein Beitrag zur Excision syphilitischer Initialsclerosen. Berl. klin. Wchnschr.. 1882, 30.) Verf. excidirte einem Patienten eine typische Initialsclerose. Die Wunde heilte per primam. In beiden Leisten mäßige Drüsenschwellung. Nachdem bis 14 Monate nach der Infection keinerlei Zeichen von Syphilis nachweisbar waren, heiratete Patient, seine Frau kam bald in die Hoffnung, abortirte aber im sechsten Monate der Schwangerschaft eine faultodte Frucht.

Einen zweiten Fall bespricht EHLERS (l. c.). Es handelt sich um einen Patienten, der durch ein volles Jahr nach der Excision völlig gesund war, keine Erscheinungen von Syphilis darbot, dann aber an einer syphilitischen Myelitis erkrankte, an der er auch starb.

Diese Beobachtungen machen den Eindruck, als ob durch die Excision in manchen Fällen der Ausbruch des secundären Stadiums aufgehalten werden, während nachträglich die Syphilis doch noch unter tertiären Erscheinungen ausbrechen könnte.

Aus dem Gesagten würde nun aber der Schluß resultiren, daß

1. es Fälle gibt, wo bei spontanem Ablauf des Primärstadiums doch das Secundärstadium völlig ausbleibt;

2. mit Rücksicht darauf das relativ seltene Ausbleiben secundärer Erscheinungen dort, wo zweifellose Initialaffecte excidirt wurden, wohl post excisionem, aber nicht nothwendig propter excisionem erfolgen mußte;

3. das Ausbleiben secundärer Symptome, sowohl in Fällen, wo der Initialaffect abheilte, als wo er excidirt wurde, nicht unbedingt als Beweis eines abortiven Verlaufes der Syphilis zu gelten habe. da in beiden Fällen die Möglichkeit besteht, daß die Syphilis doch noch latent im Organismus verweilt und nach Jahren unter tertiären Erscheinungen wieder auftritt.

IV.

Was die Ursache betrifft, warum die Excision des syphilitischen Initialaffectes meist negativ ausfällt, so hat TAYLOR (Why syphilis is not aborted by the early destructive or excision of its initial lesion. Medic. Rec. 1891) diese Frage dahin beantwortet, daß er nachwies, daß die syphilitische Erkrankung der Blutgefäße räumlich sich wesentlich weiter erstreckt, als die tastbare Sclerose.

Diese Angaben waren für mich nicht neu. Ich habe bereits in der ersten Auflage meines Lehrbuches (Syphilis und die venerischen Krankheiten. Wien 1886, pag. 19) diese Verhältnisse nach eigenen Untersuchungen genau angegeben:

„Durchmustert man das mikroskopische Bild genauer, so fallen zwei Momente besonders in's Auge. Die typische Form syphilitischer Induration ist äußerlich vollkommen scharf nach allen Seiten gleichmäßig abgegrenzt. Man sollte daher erwarten, daß auch das Hauptconstituens der Sclerose, die Infiltration nach unten und den Rändern zu ganz scharf absetzen werde. Dem ist aber nicht so. Abgesehen davon, daß die Dichte und Massenhaftigkeit des Infiltrates vom Centrum nach den peripheren Theilen zu abnimmt, finden wir, daß das Infiltrat sich in Form von Bändern und Zügen, die mit dem Herde der Sclerose zusammenhängen, weit zwischen sonst völlig normales cutanes und subcutanes Bindegewebe erstreckt und an Stellen zu finden ist, die dem tastenden Finger schon lange nicht mehr derb erscheinen. Es wird aber ferner auffallen, daß in allen diesen Zügen ebensowohl, wie im Infiltrate selbst, die Blutgefäße, Arterien und Venen nicht normal sind, sondern wesentliche Veränderungen der Wand und des Lumen darbieten."

TAYLOR hat ja ganz zweifellos recht, wenn er diese, vom centralen Knoten weit sich nach der Peripherie verbreitende, in scheinbar gesunder Haut verlaufende Vasculitis als Ursache des Mißerfolges der Excision ansieht; ist doch das um die Blutgefäße angehäufte Infiltrat nur der sichtbare Ausdruck des für uns leider immer noch unsichtbaren Syphilisvirus. Diese Vasculitis ist ja auch zweifellos die Ursache des Wiederauftretens der Sclerosenhärte, des Infiltrates in der Narbe nach der Excision, eine Erscheinung, die ja bekanntlich recht häufig beobachtet wird.

Wie weit weg vom Initialaffecte sich diese Vasculitis meist schon ausgebreitet hat, dies erfuhr ich durch Untersuchung zahlreicher Fälle, als wir, noch zur Zeit, als ich Secundararzt und Assistent v. SIGMUND's war, wegen am Margo eines phimotischen Praeputium per longum sitzender Sclerosen häufig die Abkappung des rüsselförmig verlängerten Präputium oder die totale Circumcision machten. Es ist ja diese Art der Operation gewiß die radicalste Form der Excision. Abgesehen davon, daß uns dieselbe nie den Erfolg ergab, daß keine secundären Symptome aufgetreten wären, besitze ich aus der Zeit noch zahlreiche mikroskopische Präparate der post circumcisionem untersuchten Vorhaut. Es sind darunter nicht wenig Fälle, wo trotz umschriebener Sclerose am Margo praeputii die von ihr ausgehende Vasculitis bis an den Schnittrand, der dem Sulcus coronarius entspricht, zu verfolgen ist, also die Vasculitis bereits die ganze Länge des Präputium einnimmt.

Daß unter solchen Auspicien die Excision negativ ausfiel, kann dann wohl Niemand wundernehmen.

Therapeutica.

Gebrauchsanweisung für das Behring'sche Diphtherieheilserum.

(Auf Grund der bisherigen Erfahrungen zusammengestellt.)

1. Das BEHRING'sche Diphtherieheilmittel, wie es zur Zeit von den Höchster Farbwerken hergestellt wird, ist das klare Blutserum von Pferden und Schafen, welche durch geeignete Vorbehandlung mit Diphtheriegift hochgradig gegen das letztere immunisirt worden sind.

2. Das Mittel soll, in genügender Menge unter die Haut gespritzt, an Diphtherie erkrankte Personen heilen und noch nicht von der Krankheit Befallene gegen die Infection schützen.

3. Es ist ein specifisches Mittel, indem es sich einzig und allein gegen den von den LÖFFLER'schen Diphtheriebacillen im Körper erzeugten Krankheitsproceß richtet.

4. Seine Wirkung beruht darauf, daß es zwar nicht die Diphtheriebacillen tödtet, aber das von ihnen in den Pseudomembranen erzeugte Diphtheriegift, welches von hier aus in die Körpersäfte übergeht und die schweren Krankheitserscheinungen bewirkt, unschädlich macht.

5. Das Mittel wird von den Höchster Farbwerken in kleinen Fläschchen, die etwa 10 Ccm. Serum enthalten, abgegeben. Das Diphtherieantitoxin ist in denselben, im Serum gelöst, in verschiedener Concentration enthalten, die durch Bezeichnung der Fläschchen als Nr. 1, 2 und 3 kenntlich gemacht ist.

6. Die Concentration, berechnet danach, in welchen Mengen das Antitoxin im Stande ist, im Reagenzglase bestimmte Quantitäten des Diphtheriegiftes zu zerstören, wird durch sogenannte „Antitoxinnormaleinheiten" ausgedrückt.

7. Fläschchen Nr. 1 (grünes Etikett) enthält 600 Antitoxinnormaleinheiten. Diese Dosis hat sich bei den Versuchen am Menschen als ausreichend zur Behandlung solcher Diphtheriefälle herausgestellt, die ohne Complicationen einhergehen. Sie wird daher als einfache Heildosis bezeichnet.

Fläschchen Nr. 2 (weißes Etikett) enthält etwa in der gleichen Menge Serum 1000 Antitoxinnormaleinheiten.

Fläschchen Nr. 3 (rothes Etikett) enthält 1500 Antitoxinnormaleinheiten.

8. Dem Serum ist behufs seiner Conservirung 0·5% Carbolsäure hinzugesetzt. So hält sich dasselbe in den Fläschchen, vor Luft und Licht geschützt, bei kühler Zimmertemperatur oder im Keller aufbewahrt, ohne zu verderben, oder an seiner Wirksamkeit Einbuße zu erfahren, zum mindesten 6 Monate lang.

9. Die Einverleibung des Diphtherieheilserums bei den Diphtheriekranken oder bei den zu Immunisirenden erfolgt durch subcutane Injection, am besten mit einer KOCH'schen, 10 Ccm. fassenden Ballonspritze.

10. Als Injectionsstellen sind wegen der günstigen Resorptionsverhältnisse besonders empfehlenswerth die vorderen und seitlichen Thoraxgegenden und die Haut der Schenkel. Bei gleichzeitiger Erkrankung der Brustorgane sind die Brustgegenden für die Injection zu vermeiden, auch sind die Stellen des Körpers, welche einem Druck ausgesetzt sind, nicht zu Injectionen zu benutzen.

11. Die für die Injection in Aussicht genommenen Hautstellen sind vorher sorgfältig antiseptisch zu reinigen.

12. Ebenso haben der die Injection ausführende Arzt, sowie die assistirenden Personen eine sorgfältige antiseptische Reinigung ihrer Hände vorzunehmen.

13. Eine besonders sorgfältige Reinigung und Desinfection hat die KOCH'sche Ballonspritze vor und nach der Behandlung zu erfahren.

Man verfährt dabei am besten in folgender Weise:

Nachdem die Spritze [1]) in ihre drei Theile zerlegt ist, reinigt man zunächst die Glascanüle mit Hilfe eines Federbartes und die Injectionsnadel mit Hilfe des Mandrins mit kaltem Wasser. Darauf bringt man die Glascanüle und die Nadel mit eingeführtem Mandrin in ein weites Reagenzglas, kocht in demselben die beiden Theile mit Wasser 5 Minuten lang über einer Spiritusflamme und kühlt das Reagenzglas durch Eintauchen in kaltes Wasser ab.

Der Ballon selbst bedarf meist keiner Desinfection, ist derselbe aber doch verunreinigt, so reinigt man ihn durch Einlegen in kaltes sterilisirtes Wasser und saugt solches mehrfach hindurch; die Metalltheile trocknet man dann sorgfältig mit einem sterilisirten Mullläppchen.

Nach Reinigung der einzelnen Bestandtheile und Entfernung des Mandrins der Canüle setzt man die Spritze zusammen. Bei den nun folgenden Manipulationen ebenso wie beim Gebrauch der Spritze ist darauf zu achten, daß der Gummiballon stets nach oben gerichtet ist. Nach Oeffnung des Hahns saugt man — mittelst Compression des Gummiballons (unter gleichzeitigem Verschluß des Loches in demselben) und demnächstigen Nachlassens mit der Compression — durch die Injectionsnadel absoluten Alkohol in die Spritze, schließt aber sofort den Hahn, sobald die Flüssigkeit die Glascanüle fast angefüllt hat. Durch erneute Compression des Ballons treibt man nach Oeffnung des Hahns die Flüssigkeit wieder aus. Der Uebertritt von Alkohol in den Ballon ist zu verhindern, da derselbe das Gummi angreift.

In dieser Weise durchspült man die Spritze dreimal. Darauf entfernt man die Reste des Alkohols aus der Spritze dadurch, daß man dreimal 0·5proc. Carbollösung aufsaugt und wieder ausspritzt.

Nachdem die Ballonspritze gereinigt und sterilisirt worden, öffnet man das mit Pergamentverschluß und Korkstopfen versehene Fläschchen, dessen Seruminhalt man injiciren will, indem man mit einem durch die Flamme gezogenen Messer das Papier abschneidet und den Pfropfen mit einem ebenso sterilisirten Korkzieher entfernt. Aus dem Fläschchen saugt man entweder unmittelbar oder nach Eingießen in ein sterilisirtes Reagenzgläschen aus diesem den Inhalt durch die Injectionsnadel langsam in die Glascanüle. Ist sämmtlicher Inhalt übergetreten, so schließt man den Hahn. Nun erhebt man mit zwei Fingern der linken Hand an der für die Injection bestimmten Stelle eine Hautfalte, sticht an der Basis derselben die Nadel so in die Unterhaut, daß die Spitze frei in derselben beweglich ist, öffnet den Hahn und treibt unter sehr allmäliger Compression des Ballons den gesammten Inhalt der Spritze in das Unterhautbindegewebe. Das Miteinblasen von Luft ist dadurch zu vermeiden, daß man den Hahn der Spritze in dem Moment schließt, in welchem der letzte Tropfen des Serums die Injectionsnadel passirt. Jetzt zieht man die ganze Spritze schnell heraus, verschließt sofort die Einstichöffnung mit dem Finger, um ein Heraustreten des Serums zu verhindern, und bedeckt die Wunde mit Watte und Jodoformcollodium. Das injicirte Serum bildet eine kleine Anschwellung in der Unterhaut. Die Aufsaugung des Serums erfolgt aber sehr schnell, so daß ein Massiren der Haut, wodurch leicht eine stärkere Schmerzhaftigkeit an der Injectionsstelle entsteht, nicht nothwendig ist.

14. Sofort nach Beendigung der Injection wird die Spritze gereinigt, und zwar, um die an den Wandungen derselben und in der Nadel haftenden Theilchen des Serums zu entfernen, durch mehrmaliges Aufsaugen und Wiederausspritzen zunächst von kaltem Wasser und dann noch von absolutem Alkohol. Nach vollkommener Trocknung der Spritzentheile und Einführung des Mandrins wird die Spritze verpackt.

Die Verwendung von heißem Wasser, Alkohol oder 5proc. Carbolsäure zur Reinigung der Spritze unmittelbar nach der Injection ist zu vermeiden, da durch Berührung mit diesen Flüssigkeiten die noch vorhandenen Reste von Serum gerinnen würden.

15. Bei mehrfachen, unmittelbar hintereinander bei derselben Person vorzunehmenden Injectionen braucht die Spritze nicht jedesmal neu gereinigt und desinficirt zu werden; es genügt, die Nadel mit einem Carbolläppchen abzuwischen.

16. Bei an Lues, Scarlatina, Morbilli u. dergl. leidenden Personen hat man für jeden Patienten eine besondere Nadel zu verwenden.

17. Die Injectionen selbst sind wenig schmerzhaft, jedoch stellt sich meist nach einigen Stunden das Gefühl von schmerzhafter Spannung und eine leichte Röthung ein. Beides pflegt aber nach 24 Stunden verschwunden zu sein.

Tritt stärkere Infiltration oder Entzündung an der Injectionsstelle auf, so ist, da das Serum steril ist, bei der Injection ein Fehler begangen.

18. Schädliche Folgen schwererer Art sind nach den Seruminjectionen bisher nicht beobachtet; doch tritt nicht selten ein meist nicht juckender Urticariaausschlag auf, der gelegentlich ein maseru-

[1]) Beim Bezug der Spritze ist darauf zu achten, daß der Gummiballon gut auf die Glascanüle und auf letztere die Injectionsnadel paßt, so daß, wenn die drei Theile zusammengesetzt sind, und bei geöffnetem Hahn Luft oder Wasser durch die Spritze bei Compression des Ballons und gleichzeitigem Verschluß des kleinen Loches im Ballon gespritzt wird, an den Verbindungsstellen weder Luft, noch Wasser heraustritt.

oder scharlachähnliches Aussehen gewinnen kann. Auch sind in einigen Fällen Gelenkschmerzen beobachtet worden.

Diese Folgeerscheinungen sind vermuthlich nicht durch das Antitoxin bedingt, sondern durch gewisse im Blute der Thiere enthaltene Acria, die auf das Futter der Thiere zu beziehen sind. Hat die Carbolsäure noch nicht mindestens 14 Tage auf das Serum nach dessen Gewinnung eingewirkt, so sind die Acria häufiger vorhanden.

Es wird jetzt von den Höchster Werken nur noch Serum abgegeben, welches mindestens 14 Tage lang mit der Carbolsäure in Berührung gewesen ist.

19. Besonders ist darauf zu achten, ob nach den Injectionen etwa Krankheitserscheinungen auftreten, deren Entstehung auf das Serum zurückgeführt werden kann.

20. Bei an Diphtherie erkrankten Kindern unter zehn Jahren ist das Serum Nr. 1 anzuwenden, wenn die Krankheit keine schwereren Erscheinungen zeigt und der Erkrankte sich am ersten oder zweiten Krankheitstage befindet. Eine einmalige Injection wird meist genügen.

Treten von vornherein schwerere Erscheinungen auf oder tritt der Erkrankte erst am dritten Tage oder später in die Behandlung, so sind Serum Nr. 2 oder Nr. 3 oder, falls Serum Nr. 2 und Nr. 3 nicht zur Verfügung stehen, sofort zwei Dosen Nr. 1 zu verwenden. Auch hier wird häufig eine einmalige Gabe ausreichend sein.

Ist in allen Fällen aber nach 24 Stunden weder eine Besserung der localen, noch allgemeinen Erscheinungen zu constatiren, so ist je nach Befinden noch einmal die gleiche oder eine höhere Dosis einzuspritzen.

Der Inhalt jedes Fläschchens ist auf einmal zu injiciren; kleine, mehrfache, verzettelte Dosen sind nutzlos.

Je früher man das Serum anwendet, um so wirksamer ist es, und mit um so kleineren Dosen kommt man aus. Je größere Mengen man bei der verhältnißmäßigen Unschädlichkeit des Mittels verwendet, um so sicherer darf man zwar auf Erfolg rechnen, aber die oben angegebene Behandlungsart wird meist genügen.

21. Bei an Diphtherie erkrankten Personen im Alter von über 10 Jahren sind sofort Serum Nr. 2 oder Nr. 3 oder entsprechend mehrfache Gaben von Serum Nr. 1 (also 2—3 Fläschchen auf einmal) zu verwenden. Bei der Weiterbehandlung ist im Sinne von Nr. 20 zu verfahren.

Es wird jedoch ausdrücklich betont, daß diese Vorschriften in keiner Weise das ärztliche Handeln bestimmen, sondern nur einen Ueberblick über das bisher als zweckmäßig erkannte Verfahren beim Gebrauch des Heilserums geben sollen.

22. Die bisherigen localen Behandlungsmethoden bei Diphtherie können die specifische Heilserumbehandlung unterstützen und sind deshalb neben ihr statthaft, doch würde von energischen Aetzungen Abstand zu nehmen sein.

23. Die specifischen Wirkungen der Serumbehandlung beziehen sich, soweit bis jetzt beobachtet ist, sowohl auf den localen Krankheitsproceß als auf das Allgemeinbefinden. — 24 bis 48 Stunden nach einer wirkungsvollen Injection erfolgt meist eine beschleunigte Ablösung der Membranen. Ein Weiterschreiten derselben kann jedoch vorkommen, wenn zur Zeit der Injection die Diphtheriebacillen bereits auf der Schleimhaut eine entzündliche Veränderung hervorgerufen hatten, ohne daß schon eine Membranbildung erfolgt war. Auch die übrigen localen Erscheinungen, wie Mandel- und Drüsenschwellungen, pflegen schneller wie bei anderer Behandlungsart zurückzugehen. Als besondere Wirkung erfolgreicher Dosen wird hervorgehoben, daß das Allgemeinbefinden, Temperatur, Puls, Athemfrequenz und etwaige Benommenheit günstig beeinflußt werden. Vorzunehmende Tracheotomien contraindiciren nicht die Serumbehandlung.

24. Andere, nicht durch die Diphtheriebacillen erzeugte, diphtherieähnliche Halsaffectionen werden durch das Mittel nicht beeinflußt. Daher ist der möglichst frühzeitige Nachweis der LÖFFLER'schen Diphtheriebacillen außerordentlich wichtig.

25. Dagegen werden die bei Diphtherie vorkommenden pathologischen Zustände, welche durch andere pathogene Bacterien (wie besonders Strepto- und Pneumococcen) bedingt werden, insofern durch das Mittel günstig beeinflußt, als diesen Complicationen eine besondere Malignität auf der Basis des im Körper bestehenden Diphtherieprocesses zukommt.

26. Eine Contraindication für die Verwendung des Serums ist bis jetzt nicht bekannt geworden.

27. Da die Diphtheriebacillen in den Membranen durch die Seruminjectionen in ihrer Lebensfähigkeit in keiner Weise beeinflußt werden und dieselben sich, wie bekannt, auch nach Ueberstehen einer Diphtherie im Munde noch längere Zeit (mehrere Wochen) in einem infectionstüchtigen Zustande befinden können, so ist die Verwendung von desinficirenden Mundwässern auch in der Reconvalescenz durchaus angezeigt und kein Reconvalescent aus der Behandlung zu entlassen, bei welchem die bacteriologische Untersuchung noch Diphtheriebacillen nachweist.

28. Zur Immunisirung von gesunden Personen jedes Alters genügt nach den bisherigen Erfahrungen die Injection von 150 Antitoxinnormaleinheiten, also der vierte Theil des Inhalts vom Fläschchen Nr. 1.[1])

Bei bereits inficirten Individuen, welche noch keine manifesten Krankheitserscheinungen zeigen, sich also im Incubationsstadium befinden, verhütet eine Immunisirung zwar nicht den Ausbruch der Krankheit, mildert aber ihren Verlauf.

Der durch Immunisirung verliehene Schutz dürfte etwa 6 bis 10 Wochen vorhalten.

Die Injection größerer Dosen erhöht zwar die Immunität und verleiht etwas längeren Schutz, doch steht die Dauer des Schutzes zur Menge des Serums nicht im proportionalen Verhältnisse.

Referate und literarische Anzeigen.

E. v. ESMARCH (Königsberg): **Die Durchführung der bacteriologischen Diagnose bei Diphtherie.**

In New-York besteht seit Mai 1893 die Einrichtung, daß die bacteriologische Diagnose der Diphtherie für die Praktiker von einer Centralstelle aus besorgt wird. Die Einrichtung ist kurz folgende: An 40 Orten der Stadt, meist Apotheken, sind Depôts eingerichtet, wo kleine Kästchen vorräthig gehalten werden, welche ein Reagensgläschen mit schräg erstarrtem Blutserum und ein zweites mit einem sterilen Wattebausch, an einem Draht befestigt, enthalten. Bekommt ein Arzt in seiner Praxis einen diphtherieverdächtigen Fall, so holt er sich unentgeltlich ein solches Kästchen aus dem nächsten Depôt, entnimmt selbst am Krankenbett mittelst des Wattebausches eine Spur von der erkrankten Partie und impft damit auf das Blutserum über. Sodann wird das Kästchen zum Depôt zurückgebracht, von wo es Nachmittags in ein Centrallaboratorium befördert wird, das nun seinerseits die weitere Untersuchung der Cultur übernimmt und meist schon am folgenden Tage in der Lage ist, dem behandelnden Arzt das definitive Resultat per Post oder telephonisch zu übermitteln.

Dies Verfahren noch wesentlich zu vereinfachen, ist der Zweck eines Vorschlages E.'s („D. med. Woch.", 1895, Nr. 1). Er empfiehlt kleine Papierpaketchen aus gutem Schreibpapier, die nach Art der Papierkapseln, welche die Apotheker zum Dosiren der Pulver gebrauchen, gefaltet werden, und als Inhalt ein Stück feinsten Schwamm von etwa Erbsengröße und etwas abgeflachter Form beherbergen. Diese Päckchen sind leicht zu sterilisiren und steril zu erhalten und können in jeder Verband- oder Brieftasche bequem mitgeführt werden. Eventuell könnte man sie auch noch in Gummipapier einschlagen. Soll das Schwämmchen am Krankenbett benutzt werden, so wird zunächst eine Pincette, Kornzange oder dergleichen sterilisirt, am einfachsten durch kurzes Ueberhalten über den Cylinder einer Petroleumlampe, dann nach Abkühlung des Instrumentes das

[1]) In einiger Zeit werden von den Höchster Farbwerken für die Immunisirung Antitoxindosen von besonderer Stärke ausgegeben werden, so daß alsdann zur Immunisirung nur 1 Ccm. injicirt zu werden braucht.

Schwämmchen gefaßt und nunmehr durch leichtes Aufdrücken auf oder Hin- und Herfahren über die verdächtige Schleimhautpartie der Schwamm mit dem zu untersuchenden Material geimpft. Das geimpfte Schwämmchen wird darauf in das Papier wieder eingewickelt, letzteres mit Namen des Patienten und Absenders versehen und, in ein gewöhnliches Briefcouvert sorgfältig eingeschlossen, der Post zur Weiterbeförderung an die Untersuchungsstelle übergeben. Eine etwaige Austrocknung vertragen die Diphtheribacillen sehr wohl längere Zeit. Auch den Einwurf, daß der Transport auf dem Wege durch die Post nicht gefahrlos bezüglich einer eventuellen Weiterverbreitung der Diphtherie sei, hält v. E. nicht für stichhältig, da erstens nicht einzusehen ist, wie, wenn nicht gerade absichtlich das Couvert und das Schwammpaket geöffnet werden, Infectionsstoffe nach außen gelangen können. Und ferner bietet die Cholera ein Analogon, bei welcher es trotz unzähliger Postsendungen an die bacteriologischen Institute doch niemals zu einer Cholerainfection gekommen ist. Auf diese Weise dürfte in einfachster Weise dem praktischen Arzte innerhalb 24 Stunden eine bacteriologische Diagnose der Diphtherie übermittelt werden können, was, ganz abgesehen von der Therapie, mit Rücksicht auf die Anzeigepflicht, die Isolirung, die Desinfection von einschneidendster Bedeutung wäre. Ba.

KURT MÜLLER (Halle a. S.): **Ueber die Therapie des äußeren Milzbrandes.**

In einer umfassenden Zusammenstellung theilt M. („D. med. Woch.", 1894, Nr. 49, 51 u. 52) die bisherigen Erfahrungen über die Therapie des äußeren Milzbrandes mit, um daran den Behandlungsmodus und die Erfolge der Milzbrandbehandlung auf der chirurgischen Universitätsklinik in Halle a. S. anzuschließen.

Obwohl nicht nur theoretische Erwägungen, sondern auch Thierexperimente gegen eine energische chirurgische Therapie, welche in einer Excision des primären Krankheitsherdes gipfelt, sprechen, ist doch die Zahl jener Autoren, welche sich für dieselbe einsetzen, eine überraschend große. Andere Autoren haben ihre Zuflucht zu einem weniger eingreifenden Verfahren, zur Injection antiseptischer Flüssigkeiten in die Pustel und ihre Umgebung genommen und berichten über günstige Erfolge mit diesem Verfahren. Diesen gegenüber steht eine Reihe von Autoren, welche von einer energischen Therapie nichts wissen wollen, und eine absolut abwartende Haltung vorschlagen. Den Uebergang bildet DAVAINE, welcher in der Jodbehandlung der Pustula maligna eine specifische Therapie gefunden zu haben glaubte, aber doch auf ein gleichzeitiges chirurgisches Eingreifen nicht verzichtete.

Die Fälle, in welchen eine absolut exspectative Behandlung allein eingeschlagen wurde, stammen alle aus den letzten Jahren. Die Idee, die Pustel völlig in Ruhe und die Ausheilung dem Körper selbst zu überlassen, findet M. nur ein einziges Mal in der Literatur von MIROLJÜBOW ausgesprochen.

Das Verfahren nun, welches auf der Hallenser Klinik bei der Behandlung des äußeren Milzbrandes geübt wird, besteht in Folgendem:

1. Bettruhe,
2. Ruhigstellung und eventuell Suspension,
3. Bedeckung des Affectes unter aseptischen Cautelen mit grauer Salbe,
4. innerlich: kräftige Diät und Alkohol in concentrirter Form.

Nach diesem Princip wurden seit dem Jahre 1890 13 Fälle von äußerem Milzbrand behandelt, welche M. des Näheren beschreibt. Es befinden sich darunter zum Theil Fälle von außerordentlich schwerer, ja schwerster Milzbrandinfection. Alle Fälle ohne Ausnahme wurden zur Heilung gebracht. Es muß daher nach solchen Erfahrungen jeder chirurgische Eingriff bei Pustula maligna als ein therapeutischer Fehler angesehen werden. Ba.

HUGO DAVIDSOHN (Berlin): **Ueber Otitis media diabetica.**

Im Anschluß an die Beschreibung eines einschlägigen Falles, in welchem ein Pat. zweimal, im Jahre 1872 und 1894, eine Otitis media durchmachte, beschäftigt sich D. („Berl. klin. Woch.", 1894, Nr. 51) mit der Beantwortung folgender Fragen: 1. Auf welche Ursachen ist die Otitis media bei Diabetikern zurückzuführen, resp. in welchem ätiologischen Verhältniß steht die Allgemeinkrankheit zur Erkrankung des Ohres? 2. Welches ist der primär afficirte Theil, Paukenhöhle oder Warzenfortsatz, und 3. Wann soll man bei Diabetes operiren?

Einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Diabetes und Erkrankung des Ohres glaubt D. für seinen Fall nicht annehmen zu können, vielmehr ist es wahrscheinlich, daß beide Male der Entstehungsmodus der gewöhnliche war, nämlich Invasion von Mikroorganismen per tubam. Hingegen läßt der Unterschied des Verlaufes, einmal ohne und das andere Mal mit der Complication des Diabetes, erkennen, wie schwer letztere die Ohrerkrankung mittelbar beeinflussen kann. Während nämlich die erste Erkrankung, obwohl durch einen Absceß hinter dem Warzenfortsatz complicirt, sehr rasch zur Heilung geführt hatte, nachdem einmal dem Eiter freier Abfluß geschaffen war, trat bei der zweiten Erkrankung, nachdem ein periostitischer Absceß breit eröffnet und alles Krankhafte herausgemeißelt war, nur scheinbar ein Rückgang des Processes ein, vielmehr griff derselbe nach wenigen Tagen auf das Nachbargewebe nach unten und in die Tiefe über, und selbst nach einer zweiten Operation zeigte sich erst eine Tendenz zur Heilung, nachdem eine antidiabetische Cur eingeleitet und von Erfolg begleitet war. Der Diabetes hatte somit einen indirecten, die Otitis media sehr schwer complicirenden Einfluß ausgeübt.

Bezüglich des primären Sitzes der Ohrerkrankung ist D. der Ansicht, daß derselbe in der Paukenhöhle zu suchen ist, und daß der Warzenfortsatz erst secundär ergriffen wird.

Was nun die Frage betrifft, ob man bei Diabetes überhaupt operiren darf, so ist dieselbe mit „ja" zu beantworten. Die Prognose der Operation aber hängt davon ab, ob der Diabetes ein leichter oder schwerer ist, d. h. ob er bei geeignetem Regime besserungsfähig ist oder nicht. Bezüglich des Zeitpunktes der Operation wird sich im Allgemeinen empfehlen, wenn nicht eine Indication, sofort zu operiren, vorliegt, kurze Zeit abzuwarten, bis durch die antidiabetische Behandlung der Zuckergehalt zurückgegangen ist. s—s.

Fragmente aus dem Gebiete der experimentellen Pathologie. Herausgegeben von **S. Stricker.** Wien 1894, Deuticke.

Ex ungue leonem. Das vorliegende Heftchen beweist neuerdings, daß die Lehranstalt für experimentelle Pathologie in Wien nicht blos den Unterricht der Studirenden mit großem Erfolge pflegt, sondern daß die sich dort beschäftigenden Aerzte auch reiche Anregung zu wissenschaftlicher Arbeit empfangen. Freilich sind unter den Aufsätzen, die das Schriftchen enthält, die des Vorstandes, Prof. STRICKER, am interessantesten, wenn sie auch, wie der Verf. bescheidener Weise sagt, nur „Lehraufsätze" sind. In ihrer klaren, durchsichtigen Darstellung können sie ähnlichen Arbeiten als Muster dienen. Prof. STRICKER veröffentlicht in diesem Hefte drei Aufsätze: „Die Nieren als Object pathologischer Forschung", „Ueber die Hyperämie der Nieren" und „Ueber die Centren der Splanchnici". Daran reiht sich eine Arbeit von NEKÁM „über die Innervation und Disposition", in welcher der Nachweis erbracht wird, daß die Entnervung der Niere ein disponirendes Moment für ihre locale Erkrankung abgebe. Der Aufsatz von BIEDL kommt zum Ergebnisse, daß die Gefäßwand der Arterien und Venen ebenso auf Reize antworte, wie die Gefäßwand der Capillaren, indem durch Verbreiterung der Wände das Lumen verengt und durch Verdünnung der Wände das Lumen erweitert werde, ohne daß sich hiebei der Gesammtquerschnitt des Gefäßes auffallend verändert. Den Schluß des Heftes bildet eine Arbeit von REINER und J. SCHNITZLER, nach

2

denen als Abflußwege des Liquor cerebrospinalis Lymphstomata in den serösen Höhlen des Gehirns anzunehmen sind.

Das Büchlein trägt den Vermerk „I. Heft“; es ist wohl zu erwarten, daß bald weitere Hefte nachfolgen werden. F. W.

Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Von **Dr. Adolf Strümpell.** Achte, neu bearbeitete Auflage. II. Band, mit 35 Abbildungen; III. Band, mit 60 Abbildungen. Leipzig 1894, F. C. W. Vogel.

Wir haben das STRÜMPELL'sche Lehrbuch und seine vorzügliche Ausstattung beim Erscheinen des I. Bandes der achten Auflage eingehend gewürdigt (vgl. „Wiener Med. Presse“, 1894, Nr. 34). In dem nunmehr vollständig vorliegenden Werke enthält der II. Band die Krankheiten der Digestionsorgane, Harnorgane und Bewegungsorgane, die Constitutionskrankheiten und Vergiftungen, der III. Band die Krankheiten des Nervensystems. Wohl die gründlichste Durcharbeitung hat der III. Band erfahren, der denn auch zahlreiche neue Zusätze enthält und zur Klärung so mancher wichtiger Fragen auf dem Gebiete der Nervenpathologie wesentlich beiträgt.

Wie bereits früher hervorgehoben, begegnen wir auch in diesen beiden Bänden allerorten jener klaren und für den Arzt und Studirenden gleich anregenden Darstellung, welche die Lehr- und Vortragsweise des Autors auszeichnet und seinem Werke auch in der neuen Auflage den vollen Erfolg sichern wird.

Dem III. Bande sind als Anhang systematisch geordnete Receptformeln (203 Nummern), eine Uebersicht der wichtigsten Bäder und Curorte, eine Tabelle über die Maximaldosen der Arzneimittel und ein Generalregister zu Band I—III angefügt. UNGER.

Feuilleton.

Londoner Briefe.

(Orig.-Correspondenz der „Wiener Medizinischen Presse“.)

I.

London, 12. Januar 1895.

Der Massage-Scandal.

Seit geraumer Zeit beschäftigt die hiesigen ärztlichen Kreise eine Angelegenheit, die geeignet ist, gerechtes Aufsehen zu erregen. Wie anderswo, wird auch bei uns die Massage als Deckmantel einer ganz gewerbsmäßig betriebenen Prostitution benützt, wobei die Ankündigungen dieser „Heilcur“ und die Einladungen zu derselben in höchst charakteristischer Art und Weise und unter den mannigfachsten Varianten zu geschehen pflegen. Die diesbezüglichen Bekauntmachungen erscheinen auch in unseren vornehmen Tagesblättern — in den leading daily-papers — in einer mehr oder weniger versteckten, verkappten Form und sind bisweilen derart abgefaßt, daß ein Zweifel über den wahren Zweck dieser „massage-houses“ und „massage-hospitals“ auch nicht im Allergeringsten aufkommen kann. Wie die Massage — eine wissenschaftliche Heilmethode, deren Berechtigung und Werth überall sanctionirt erscheint — von ungebildeten und in diesem Fache ganz unerfahrenen Laien (Laiinnen) zu niederen und zu den allerniedrigsten Zwecken mißbraucht wird, möge aus folgenden Beispielen hervorgehen.

Was zunächst die in Rede stehenden Annoncen betrifft, so werden dieselben für gewöhnlich mit dem Worte „Massage“ überschrieben; dieser Ueberschrift wird bisweilen noch die Ueberschrift „elektrische Behandlung“ hinzugefügt, und manchmal liest man auch an derselben Stelle von einem bath de luxe oder bain de luxe.

Dann heißt es weiter: „Madame“ X., assistirt von den „Wärterinnen“ Y. und Z., empfängt täglich Patienten von 11 Uhr a. m. bis 7 Uhr p. m., und zwar in den Gegenden Londons, die sich in der Nähe der Clublocale befinden, in dem sog. Clubland. Die Leser werden hiebei auch darauf aufmerksam gemacht, daß Vereinbarungen wegen Massage auch zu anderen Zeiten getroffen werden können, und zwar durch specielle Bestellung („by appointment“).

Bisweilen zählt auch Madame eine Reihe der bekanntlich in den Annoncen stark vertretenen Erkrankungen auf, wie „allgemeine Schwäche“, Insomnie u. s. w., die in ihrem „massage-house“ durch Massage curirt werden. Es geschieht auch, daß die assistirenden Wärterinnen der Madame, die lady-assistants, dem Publicum durch die äußerst bezeichnende Beifügung: „fresh staff“ (frischer Stab von Damen) empfohlen werden.

In einem oder zwei Fällen wurde auch specielle Erwähnung eines Pagen, der die Massage besorgt, gethan, allein die Aufnahme dieses Zusatzes wurde später von den Zeitungen verweigert. Gelegentlich wird auch dem Publicum in den Annoncen mitgetheilt, daß die Zimmer „wohl gewärmt“, oder — je nach der Saison — kühl und angenehm, oder daß dieselben luxuriös seien.

Eine Dame annoncirte vor einiger Zeit wie folgt: „Es wird eine Assistentin sofort aufgenommen; dieselbe darf nicht über 23 Jahre alt sein; sie muß schön sein und hübsche Manieren haben; Beschäftigung von 2—7 Uhr; Honorar 1 Pfund (12 fl.) wöchentlich.“ Wie wir später hören werden, ist dieses Honorar nicht das einzige Einkommen dieser „Assistentinnen“. Derartige Annoncen sind verhältnißmäßig selten zu lesen, weil, wie es scheint, daß Auffinden solcher Assistentinnen mit keinen besonderen Schwierigkeiten verbunden ist.

Eine dieser „Madames“ theilte mit, daß sie mit drei „Assistentinnen“ und drei „baths de luxe“ (Luxusbädern) versehen sei, und daß ihre Clienten nicht zu warten bemüssigt sein werden. Eine andere, die speciell vom „Verlust der Nervenkraft“ sprach, empfahl ganz besonders ihr „specielles continentales System“ (der Massage). Die Sonntage werden für die „Massagecur“ speciell empfohlen und dabei auch darauf aufmerksam gemacht, daß die „Damen“ auch in die Privatwohnung des Patienten zur Visite sich begeben würden, wofern dies verlangt werden sollte.

Bisweilen wird ein Masseur in den Annoncen als Vorposten hingestellt; diese Art des Ankündigens ist jedoch eine Ausnahme; für gewöhnlich handelt es sich direct eben nur um — Masseuses. Die Behandlung befindet sich fast ausschließlich in den Händen junger Damen, deren anziehende Eigenschaften in mannigfacher und geschickter Art angezeigt werden, und die entweder bei ihrem Kosenamen genannt werden, wie z. B. „Nurse Dolly“ (die Pflegerin Dorothechen), „Nurse Kitty“ (die Pflegerin Christinchen) u. dgl. m. oder es werden hochtrabende und phantasievolle Namen gebraucht, die durchaus nicht die ernste Beschäftigung dieser soit-disant Jüngerinnen Aeskulap's verrathen lassen. Man kann auch, wenn man derartige Annoncen regelmäßig verfolgt, die Wahrnehmung machen, daß die Principalinnen der massage-houses ihre Adressen oft ändern und es bisweilen sogar wünschenswerth finden, ihre Namen zu ändern. Es ist auch festgestellt worden, daß die verlockende und diplomatisch gehaltene Ankündigung eines „fresh staff“ thatsächlich durch einen raschen Wechsel im Personal der jungen Assistentinnen, welche die Principalin ihrer Clientel anempfiehlt, verwirklicht wird.

Während der Sommermonate sind die in Rede stehenden Institute zumeist geschlossen und treten erst dann in volle Action, wenn die wohlhabende Bevölkerung Londons wieder in die Stadt zurückkehrt.

Um den Lesern Ihres geschätzten Blattes eine gewisse Einsicht in das Treiben dieser Masseusen zu ermöglichen, möchten wir jetzt kurz die Eindrücke schildern, welche Jemand erhält, wenn er den Einladungen dieser Annoncen Folge leistet und zum ersten Male ein Massage-house betritt. Er findet dann in dem fashionablen Westende Londons eine Wohnung von 4 oder 5 Gemächern vor; in vielen Fällen befindet sich das Institut im ersten Stockwerke des Hauses, oberhalb von Geschäftslocalen. Der Zutritt in das Etablissement erhält durch entsprechende Einrichtungen einen geheimnißvollen Charakter. In dem Momente, in welchem der Besucher eintritt, läutet eine elektrische Glocke automatisch und der Besucher wird in einem schön eingerichteten Zimmer von einer im mittleren Alter stehenden und respectabel aussehenden Dame em-

pfangen. Es werden an ihn weder Fragen bezüglich seines Namens, noch bezüglich seines Leidens gerichtet, sondern er wird vielmehr ohne Umschweife dazu eingeladen, sich in ein anderes, höchst luxuriös eingerichtetes Gemach zu begeben, wo er ein Bett oder einen Divan vorfindet. Es wird ihm hierauf mitgetheilt, wofern nicht vorausgesetzt wird, daß es ihm schon bekannt sei, daß das Honorar für eine Stunde 1 Guinea (13 fl.) beträgt, daß er aber, wenn es ihm beliebt, auch länger für dasselbe Honorar verweilen kann. Es wird ihm auch nahegelegt, daß es für ihn gut sein würde, zuerst ein Bad zu nehmen und sich dann massiren zu lassen, wobei als selbstverständlich vorausgesetzt wird, daß er eine allgemeine Massage (general massage) wünscht, daß er dieselbe von einer jungen Dame ausgeführt zu sehen wünscht, und daß er sich gänzlich auskleiden wird. Die „Madame" überläßt ihn hierauf seinem Schicksale, und in ein paar Minuten erscheint die hübsche junge „Assistentin" und die „Behandlung" wird sachgemäß vorgenommen. Der Besucher wird bei der ganzen Procedur in nichts gestört und sieht Madame erst beim Verlassen des Cur-Institutes, in welchem Momente er ihr das Honorar einhändigt, wieder.

Die Leute, welche diese Etablissements besuchen, sind keine Patienten, sondern vielmehr Männer, die soeben aus ihrem Clublocale kommen und auch nicht ganz nüchtern sind; die Besucher dieser Massage-Häuser suchen dieselben auch nicht auf ärztlichen Rath hin auf und machen auch keine Ansprüche auf wirkliche Massage; sie geben auch nicht an, daß sie an irgend einem Leiden laboriren, sondern sie begeben sich in diese Locale und ordnen eine allgemeine Massage an, etwa so, wie sie ein türkisches Bad anordnen würden. —

Angesichts der hier kurz skizzirten scandalösen Mißbräuche, die mit der Massage getrieben werden, ist es nicht zu verwundern, wenn sich sowohl die Aerzte Londons, als auch das Laienpublicum gegen diesen Uebelstand aufgelehnt haben, und daß es sogar zu einer diesbezüglichen Interpellation im Parlament gekommen ist. Allein trotz aller Bemühungen nach dieser Richtung hin und namentlich trotz des energischen Auftretens des „British Medical Journal" in dieser Angelegenheit verlief die Sache bis jetzt in den Sand. Der Minister des Innern erklärte, daß die Polizei keine genügenden Anhaltspunkte zum Einschreiten vorgefunden habe, und so blieb Alles beim Alten, und es wurden dem genannten Blatte sogar Vorstellungen darüber gemacht, daß es derartige Gerüchte in Scene gesetzt habe. Bei diesem Stande der Dinge machte es sich das „British Medical Journal" zur Aufgabe, dem genannten Uebel durch weitere eigene Nachforschungen und auf dem Wege der Publicistik energisch entgegenzutreten, und das, was es in dieser Beziehung bis jetzt zu Tage gefördert hat, scheint auch eine Aenderung in der ganzen Sachlage hervorbringen zu sollen. Dieses Blatt betraute eine Reihe von Aerzten, deren Stellung unter ihren Berufsgenossen, sowie in der Gesellschaft überhaupt eine Garantie für ihre Glaubwürdigkeit bietet, mit der weiteren Erforschung der in Rede stehenden Institute und mit der Sammlung der diesbezüglichen Daten und Facten, welche dann dem Minister des Innern und der Polizei zu unterbreiten wären.

Hören wir nun, was einer der vom „British Medical Journal" mit der Erforschung dieser Sache Betrauten in einem Berichte an dieses Blatt wörtlich angibt. Es muß nur noch vorausgeschickt werden, daß der betreffende Referent ein in London wohl bekannter Arzt ist und daß er zur Zeit, von der jetzt gleich die Rede sein wird, zufällig an einer leichten rheumatischen Affection gelitten hat. Nach der Schilderung eines Besuches, den dieser Gewährsmann einem zweifellos ehrlichen und wissenschaftlich geleiteten Massage-Hause gemacht hatte, schildert derselbe einen zweiten Besuch in einem der in den Zeitungsinseraten angekündigten Massage-Häuser. Der Bericht lautet, wie folgt:

„Das Etablissement hatte einen viel luxuriöseren Charakter und Alles wurde in großem Style geführt. Ich wurde zur Eigenthümerin des Etablissements geführt, die in den Zeitungen „Madame" genannt wurde, die aber in dem Institute unter dem vulgären Namen „The Boss" (der Buckel, also: „das Buckelweib") mehr bekannt zu sein schien. Ich theilte ihr mit, daß ich an einem leichten rheumatischen Leiden in einem Kniegelenke laborire. Die Dame benahm sich mir gegenüber in einer äußerst zuvorkommenden und sympathischen Art und Weise und meinte, daß, wenn ich ihr Behandlungssystem befolge, ich sehr schnell eine Erleichterung von meinem Leiden fühlen werde. Die Dame setzte mir auch auseinander, daß ein „Bain de luxe" für mich sehr geeignet wäre, aber als ich ihr entgegnete, daß ich Massage vorziehe, meinte sie, daß diese den gleichen Erfolg haben werde. Ich wurde nun in ein äußerst elegant möblirtes Gemach gewiesen, in welchem mich Madame allein zurückließ, indem sie mir zu gleicher Zeit bedeutete, daß es für mich bequemer sein wird, wenn ich mich gänzlich auskleide, wobei sie mich dessen versicherte, daß das correcte Vorgehen in solchen Fällen und das einzige Vorgehen, das überhaupt in ihrem Institute befolgt wird, die allgemeine Massage (general massage) sei, combinirt mit einer speciellen Massage des afficirten Theiles.

Ich befolgte ihre Instructionen, und nach einigen Minuten besuchte mich eine anmuthig gekleidete junge Dame, welche die allgemeine Massage an mir vornahm und sich mir überhaupt sehr angenehm zu machen bestrebte. Ich ließ mich mit derselben in eine kleine Conversation ein, aus der ich entnehmen konnte, daß Madame drei oder vier Assistentinnen besitzt, die alle junge Frauenzimmer sind, und daß sie von 10 Uhr a. m. bis 7 Uhr p. m. zu arbeiten bemüssigt seien. Die mich behandelnde junge „Assistentin" meinte auch, daß ihr Gewerbe ein remuneratives sei, und als ich ihr bemerkte, daß ihr Gehalt wahrscheinlich klein sei, gab sie auch zu, daß er thatsächlich sehr klein sei. Ich bot ihr ein kleines Geschenk an, welches sie mit Begierde annahm.

Beim Verlassen des Locales beglich ich meine Schuld bei Madame und bemerkte, daß das Geschäft für die Besitzerin ein sehr einträgliches sein müsse. Madame fragte mich, ob mir die nöthige Aufmerksamkeit zu Theil geworden war und ob ich befriedigt wurde, und sie lud mich herzlich ein, wieder zu kommen."

Unser Gewährsmann schließt diesen Bericht mit den Worten ab: „Ich hatte die Empfindung, daß ich die Anziehungen, welche dieses Etablissement gewährt, nicht vollends ausgenützt hatte."

Der zweite Bericht desselben Referenten lautet folgendermaßen: „Ich besuchte das Local von Madame wieder und sagte ihr, daß ich von demselben jungen Mädchen, die mich das erste Mal bedient hatte, bedient zu werden wünsche. Madame kam meinem Wunsche ungemein liebenswürdig entgegen und rieth mir, außer der Massage auch ein Bad zu nehmen. Ich wurde nun in ein in einem Stockwerke gelegenes Gemach geführt, in welchem sich eine Art von Divan befand, und in dessen Vorzimmer eine Badeeinrichtung zu bemerken war. Madame bereitete das Bad selbst, lud mich ein, mich auszuziehen und mich in die Wanne zu begeben. In wenigen Minuten kehrte Madame zurück und unterhielt sich einige Minuten lang mit mir, während ich im Bade saß, indem sie mir mittheilte, daß die junge Dame bald bei mir sein werde. Das Bad war ein ganz gewöhnliches Wannenbad. Es war kein Bade-Costüm irgend welcher Art im Zimmer zu entdecken, und es war ganz evident, daß man annahm, der „Patient" werde der Assistentin sich unverhüllt präsentiren. In wenigen Minuten erschien die junge Dame, die ebenso wie das erste Mal reizend gekleidet war, mich herzlich willkommen hieß und nun daran ging, mich zu bedienen. Sie wusch mir zuerst das Gesicht, seifte mir dann die Arme, die Unterschenkel, die Oberschenkel und endlich den Rücken ein. Nach einem flüchtigen Gespräch mit derselben von der Dauer einiger Minuten half sie mir aus dem Bade heraussteigen, und ohne irgend welchen Versuch, mich zu bedecken, legte sie mich auf den Divan und nahm die Massage wie das erste Mal an mir vor. Ich verweilte ungefähr eine Stunde und bot ihr schließlich ein kleines Geschenk an, das sie wie das vorige Mal gern acceptirte. Sie geleitete mich nun die Stiege hinab zu Madame, der ich für die geleisteten Dienste 1 Guinea (13 fl.) bezahlte.

In einem der Zimmer bemerkte ich ein in einen Rahmen eingefaßtes Zeugniß, das von einem Arzte gezeichnet war, der es sich zu seiner Specialität gemacht hat, Befähigungszeugnisse für Massage auszustellen. Es wurde mir mitgetheilt, daß es Madame's Diplom sei. Meine junge Masseuse erzählte mir auch, daß sie den ganzen

2*

Tag vollends beschäftigt seien, und daß die Assistentinnen ihr Werk verrichten, während Madame die Besucher empfängt und ihnen das Geld abnimmt."

Aus diesen Berichten kann sich der Leser wohl eine klare Vorstellung von dem monströsen Mißbrauche machen, der in unserer Stadt mit der Massage so oft und ganz gewerbsmäßig getrieben wird. Die sogenannten Assistentinnen sind fast ausschließlich auf die Trinkgelder angewiesen und der Vergleich dieser Institute mit gewissen anderen Instituten — nomina sunt odiosa — drängt sich wohl von selbst auf.

Wir werden wohl noch Gelegenheit haben, auf den Massage-Scandal, der sowohl die Londoner Aerzte als auch das Londoner Publicum so sehr in Athem hält, zurückzukommen und möchten zum Schlusse unseres Briefes nur noch wiederholen, daß, seit sich die Publicistik dieser Sache energisch angenommen hat, thatsächlich große Aussicht auf eine erfolgreiche und radicale Beseitigung dieses so schreienden und sowohl das Ansehen des ärztlichen Standes so sehr schädigenden als auch das ethische Gefühl der Bevölkerung verletzenden Uebelstandes vorhanden ist. Die Aerzte werden nun in der Lage sein, unserem Home Secretary (Minister des Innern), Mr. Asquith, palpable Thatsachen zu unterbreiten. —ci.

Kleine Mittheilungen.

— In der Absicht, eine organische Bromverbindung zu finden, welche die Wirkung der metallischen Bromide besäße ohne deren unangenehme Nebenwirkungen, die also auf das Nervensystem beruhigend wirkte, ohne die Erscheinungen des Bromismus, Furunculose der Haut, Foetor ex ore, zu erzeugen, stellte TRILLAT aus Bromäthyl und Hxamethylentetramin („Formin") das Bromäthylformin dar. TRILLAT beschreibt dasselbe als farblose, im Wasser sehr leicht lösliche Krystallblättchen, deren wässerige Lösung durchaus nicht den unangenehmen Geschmack der metallischen Bromüre besitzt. BARDET wandte das Mittel in Fällen von Nervosität und Hysterie mit günstigem Erfolge an, und FÉRÉ experimentirte damit an Epileptikern, indem er das Bromkali mit Erfolg durch Bromäthylformin ersetzen konnte, wenn er bei weitem stärkere Einzelgaben von dem letzteren Mittel verordnete. Der Vorzug desselben war das Ausbleiben der furunculösen Hautentzündung auch bei Verabreichung ziemlich erheblicher Mengen (9—12 Grm. pro die). Mit diesem Mittel nun, welches in Deutschland zuerst von MERCK dargestellt und mit dem Namen **Bromalin** belegt wurde, hat Dr. L. LAQUER in Frankfurt a. M. („Neurol. Ctrbl." 1895, Nr. 1) in 7 Fällen von Epilepsie, je einem Fall von Neurasthenie und Paralysis agitans, Agrypnia levis und Trigeminusneuralgie Versuche angestellt. In den meisten Fällen wurde das Bromalin wegen der bestehenden Hauteruptionen an Stelle des bis dahin verwendeten Bromkali gegeben, und es stellte sich heraus, daß das Bromalin, gerade in der doppelten Dosis angewendet, dasselbe leistete, wie das Bromkali, ohne irgend welche Nebenerscheinungen, wie Furunculose, Fötor, Appetitlosigkeit etc., hervorzurufen. Als geeignet erscheinen folgende Verschreibweisen.

Für Erwachsene:		Für Kinder:	
Rp. Bromalin. (MERCK)	10·0	Rp. Bromalin. (MERCK)	10·0
div. in part. aeq. X.		Solve in aq. dest.	10·0
D. ad chart. amylac. od.		adde	
ad. chart. japon.		Syr. cort. aurant.	90·0
S. tägl. 2—8 Pulver und mehr.		S. 1—2mal tägl. 1 Kinderlöffel.	

— Ein russischer Arzt, Dr. F. SCHMIDT („New-Yorker med. Monatsschr." 1894, Nr. 12), hat an sich selbst und an vier anderen Kranken die **bandwurmtödtende Wirkung des Kupferoxyds** erprobt. Er verwendet folgendes Recept:

Rp. Cupr. oxydat. nigr. . . . . 6·0
Cret. praep. . . . . 2·0
Argyll. . . . . 12·0
Glycerin . . . . 10·0
Mf. pill. Nr. 120.
S. 8—12 Pillen täglich zu nehmen.

In der ersten Woche nimmt der Kranke 4mal täglich je 2 Pillen, in der zweiten 4mal 3 Pillen und enthält sich von sauren Speisen und Getränken. Nach Ablauf der 2 Wochen wird eine tüchtige Dosis Ricinusöl verabreicht. Bei Kindern, die keine Pillen schlucken können, wendet man das Mittel in Pastillenform an:

Rp. Cupr. oxyd. nigr. . . . . 5·0
Cret praep.
Magn. carbon. . . . . aa. 1·0
Gumm. tragac. . . . . 10·0
Glycerin . . . . 5·0
Sacch. alb. . . . . 40·0
Aq. dest.
q. s. u. f. pastill. Nr. 50.
S. 2—3 Pastillen täglich zu nehmen.

Verf. selbst hat das Mittel gegen einen Botriocephalus genommen; in den ersten 2 Tagen empfand er leichte Schmerzen im Bereiche der Darmbeingegend. Vom 4. Tage an fand er im Stuhle zahlreiche, stark veränderte Segmente von Taenien, und nach Ablauf von 2 Wochen förderte eine stärkere Dosis Ricinusöl den ganzen Bandwurm zu Tage. Das gleiche Resultat wurde in vier anderen Fällen erzielt.

— In den Fällen von Uteruscarcinom, bei welchen dasselbe bereits auf die Vagina übergegriffen hat, empfiehlt Dr. F. BOWREMAN-JESSELT in London („La sem. méd." 1894, Nr. 63) folgende **palliative Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms.** Nachdem durch Auswischen mittelst eines Tampons von hydrophiler Gaze Cervix- und Vaginalwände von den nekrotischen Gewebsfetzen gereinigt sind und die Vagina mit einer antiseptischen Flüssigkeit ausgespült ist, wird auf die ganze krebsige Oberfläche folgende Lösung applicirt, wobei man sich zu hüten hat, daß das Medicament die Grenzen des Krankhaften nicht überschreite:

Rp. Acid. chromic. . . . . 20·0
Aq. . . . . 75·0
S. Aeußerlich.

Um das gesunde Gewebe gegen den Einfluß dieser Lösung besser zu schützen, empfiehlt es sich, die Umgebung mit einer gesättigten Lösung von Natr. bicarbonic. zu bepinseln. Nach der Application der Chromsäure wird die Vagina mit Jodoformgaze tamponirt und in's Rectum ein Suppositorium mit Morphin und Belladonna eingeführt. Diese Behandlung wird dreimal täglich wiederholt, nachdem jedesmal eine ausgiebige antiseptische Ausspülung der Vagina vorausgegangen ist. Nach einigen Tagen wird reichliches nekrotisches Gewebe ausgestoßen, worauf sich eine beträchtliche Besserung einstellt: Der Ausfluß aus der Vagina wird weniger fötid, die Schmerzen lassen bedeutend nach, der Appetit nimmt zu und das Allgemeinbefinden bessert sich.

— Dr. A. STODART-WALKER in Edinburgh hat **subcutane Strychnininjectionen bei Polyneuritis peripherica** angewendet und damit in drei schweren Fällen ausgezeichnete Erfolge erzielt. In dem einen Falle handelte es sich um einen Alkoholiker, der zweite wies Zeichen von Alkoholismus und Rheumatismus auf, während der dritte nach keiner Richtung belastet war. Alle drei Pat. waren unfähig, sich zu bewegen und mußten das Bett hüten. Sie wiesen spontane Schmerzen und Schmerzen bei Druck auf die betreffenden Nerven auf. Mehrere Muskelgruppen zeigten bereits Anzeichen von Atrophie, außerdem bestanden anästhetische Zonen. Der Patellarreflex war bei den ersten beiden Fällen erloschen, bei dem dritten gesteigert. Salicyl, Salol, Jodkali waren in diesen Fällen vergeblich angewandt worden, während die subcutanen Strychnininjectionen eine fast augenblickliche Besserung herbeiführten, welche sich rapid steigerte und an Heilung grenzte. Motilität und Sensibilität hatten sich vollständig wiederhergestellt. Die Strychnininjectionen wurden dreimal täglich mit einer Anfangsdosis von einem halben Milligramm gemacht, welche nach und nach auf 2 Mgrm. für die Injection gesteigert wurden.

— Dr. C. BECK empfiehlt im „New York med. journ." (1894) die **Behandlung der Hämorrhoiden mit Injectionen von Jodoformäther** in concentrirter Lösung. Die Methode besteht in Folgendem: Nach gehöriger Entleerung und Reinigung des Mastdarms wird eine halbe Stunde vor der Operation ein Suppositorium von Morphium und Cocain eingeführt und dann, falls noch keine genügende Anästhesie eingetreten, noch Cocainlösung eingespritzt. Hinter die Hämorrhoidalknoten wird ein Jodoformtampon eingeführt und darauf in das Bindegewebe, welches die einzelnen Knoten umgibt, an verschiedenen Stellen die Jodoformätherlösung eingespritzt,

und zwar jedesmal nur wenige Tropfen. Dadurch tritt eine Bindegewebsschrumpfung ein, welche die Knoten zur Verödung bringt. Eine Wiederholung der Einspritzungen ist nur bei sehr stark ausgebildeten Knoten nothwendig. Die Nachbehandlung besteht in Opiumdarreichung während dreier Tage; dann wird Ricinusöl und per anum Olivenöl gegeben. Bettruhe ist nicht erforderlich. Auf diese Weise hat B. 8 Fälle behandelt und dabei sehr gute Resultate erzielt.

— Es wurde schon an früherer Stelle [1]) über die Versuche der **Behandlung der Fettleibigkeit mit Schilddrüsenextract** berichtet. Im Anschlusse daran seien die Erfahrungen Dr. CHARRIN's in Paris mitgetheilt, welche er der „Soc. de Biologie" in der Sitzung vom 29. December v. J. vorlegte. In Gemeinschaft mit Dr. ROGER stellte derselbe zunächst Thierversuche an und erzielte durch subcutane Injectionen von 0·5—0·75 des Schilddrüsensaftes eine beträchtliche Abmagerung der Thiere. Die Erfahrungen am Menschen, welche Dr. CHARRIN gemacht hat, beziehen sich zunächst auf eine Pat. der Klinik BOUCHARD, welche eine Adipositas universalis mit Anhäufung von Fett an gewissen Punkten aufwies. Diese Pat. erhielt im Mittel täglich 1 Grm., entweder Schilddrüsensaft subcutan oder Schilddrüsengewebe per os. Im Verlaufe von 3 Monaten fiel das Gewicht von 133 auf 115 Kgrm. In der Folgezeit wurde diese Behandlung mehreremale ausgesetzt und wieder aufgenommen und es zeigte sich bei jedesmaligem Aussetzen, daß das Körpergewicht stieg und bei der Wiederaufnahme der Behandlung um 50 bis 130 Grm. pro die fiel. Bei einer gewissen Grenze angekommen, konnte kein weiterer Gewichtsverlust erzielt werden, oder derselbe hielt sich innerhalb gewisser enger Grenzen. Bei einer zweiten Pat. wurden dieselben Resultate. doch weniger ausgesprochen, erreicht. In einem dritten Falle ließ sich kein Einfluß auf das Körpergewicht beobachten. Dr. ROGER konnte bei einer jungen Frau, welche Neigung zur Fettleibigkeit aufwies, eine beträchtliche Abmagerung erzielen. Die Inconstanz der Resultate, meint CHARRIN, läßt sich vielleicht auf den verschiedenen Charakter der Fettleibigkeit, auf die Unzulänglichkeit der Behandlung und in gewissen Fällen vielleicht auch auf die Unzuverlässigkeit des Mittels zurückführen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Wien vom 24.—30. September 1894.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XV.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für innere Medicin.

J. JACOB (Cudowa): **Acute und chronische Herzdilatation auf nervöser Basis.**

Vortr. schildert ein von ihm beobachtetes Krankheitsbild, welches von einem Frostanfall sehr verschiedener Stärke, von einfacher Kälteempfindung bis zum heftigsten Schüttelfrost eingeleitet und bis zur Höhe begleitet wird. Sehr oft gesellen sich dazu Schmerzen in der Haut, seltener in den Muskeln oder im Abdomen; zuweilen Schwindel, Nebelsehen, tiefe stundenlange Bewußtlosigkeit. Immer empfindet der Kranke Druck oder Schmerz in der Brust, meist Athembeklemmung; das Angstgefühl, welches ihn immer beherrscht, steigert sich bis zur Todesangst dann, wenn er das Schwinden des Bewußtseins voraus gewahrt, und Pat. kämpft dagegen mit aller Willenskraft an. Die Athemnoth tritt bei letzterer Form des Anfalls gewöhnlich in den Hintergrund.

Die in die Herzgegend verlegte Beklemmung ist meist einmal mit dem Gefühl vergesellschaftet, daß das Herz still stehen will, das andere Mal, daß es heftig arbeitet.

Die Haut ist thatsächlich mehr oder weniger kalt, Nadelstiche in die Haut und Muskeln werden oft wenig oder gar nicht schmerzhaft empfunden. Starkes Reiben der Haut bis zur Zerstörung der Oberhaut ist nicht schmerzhaft, sondern angenehm und von Erleichterung gefolgt. Ist Schwindel und Nebelsehen, Bewußtlosigkeit vorhanden, so ist die Pupille gewaltig dilatirt. Das Gesicht ist hiebei besonders blaß, bei leichteren Anfällen kann es auch roth sein.

Pat. kann oft nicht stehen und gehen, weil der Schüttelfrost, d. h. der clonische Muskelkrampf, den Willen besiegt, oder weil die Muskeln aus Schwäche dem Willen nicht gehorchen.

Der Puls ist entweder bis auf 50 verlangsamt oder bis auf 200 vermehrt, immer klein und hart und deutlich fühlbar. Ausnahmsweise sind bei stärkster Beschleunigung 5 Proc. nur am Herzen hörbar. Die ruhende Arterie ist wenig comprimirbar, ein fast solider Strang.

Die Dämpfungsfigur des Herzens nimmt um einen oder mehrere Centimeter zu; die Herzspitze rückt ebensoviel nach außen oder abwärts und zuweilen pulsiren Sternum und 4.—6. Intercostalraum rechts.

Der verlangsamte Puls ist mit angestrengtem, vertieftem Athmen, und das oft bewußt, vereint. Der Kranke steht gern dabei und sucht dessen Remission sich durch Gehen zu erleichtern. Bei sehr beschleunigtem Puls kann er nur liegen und der Athem ist sehr frequent und flach. Der Lungenton ist oft um 1—2 Intercostalräume nach abwärts gerückt.

Dauert der Anfall tagelang, so gesellen sich dazu die bekannten Symptome des Lungenödems und Albuminurie.

Mehr oder weniger plötzlich ändert sich das Bild. Die Hautkälte macht der Wärme meist unter Schweiß Platz, der Puls wird zugleich weich, normalgroß und die Frequenz kehrt zur Norm zurück. Der Kranke fühlt sich wie neugeboren. Das etwaige Lungenödem verschwindet ebenso wie die Albuminurie in einigen Tagen und der Herzumfang kehrt in etwa 8 Tagen auf das ursprüngliche Maß zurück.

Der Schüttelfrost, der harte Puls, die Pupillendilatation sind zweifellose Symptome von Angiospasmus, der anderen angeführten nicht nochmals zu gedenken. Mit ihnen entsteht und schwindet der Krankheitszustand und das Krankheitsbewußtsein.

Aber auch Brady- und Tachycardie erklären sich aus dem Gefäßkrampf ohne Betheiligung des Vagus oder Accelerans, wie die künstlichen Drucksteigerungsexperimente von RIP, B. LUDWIG, von BEZOLD, JOHANNSEN beweisen, welche die Herznerven und den Coronarkreislauf von der Mitwirkung ausschlossen, als sie den Splanchnicus oder die Medulla reizten.

Das Herz vermag den durch Sympathicuskrampf bewirkten Widerstand trotz voller Gesundheit nicht zu besiegen, es kann sich nicht mehr völlig contrahiren, schwillt von dem nachrückenden Blut mehr und mehr an, und so entsteht die acute Dilatation.

Langsames Anwachsen des Blutdruckes macht nach JOHANNSEN entweder keine Veränderung der Pulsfrequenz oder Verminderung, rasche Drucksteigerung Vermehrung der Pulsfrequenz.

Der Name des Krankheitsbildes ergibt sich aus der Sache, er muß lauten: acute angiospastische Herzerweiterung.

Nicht immer sind die Anfälle stark genug, eine jedesmal wahrnehmbare Vermehrung des Herzumfanges zu erzeugen. Es bedarf nicht selten einer größeren Zahl kleinerer Anfälle, bis die Dilatation erkennbar wird. Aber darauf, wie nach wenigen großen sich rasch folgenden Anfällen kehrt das Herz nicht mehr zum früheren Umfang zurück. Die Dilatation wird dauernd.

Das Morphium hat sich subcutan in dreisten Dosen von 2 bis 4 Ctgrm. als Heilmittel des acuten Anfalls bewährt, Digitalis versagt, weil sie die Gefäßspannung erhöht. Jedes Stimulans für das Herz ist von Uebel. Nur gegen die Vasomotoren ist der therapeutische Angriff zu richten. Daher dürfte selbst gegen die Bewußtlosigkeit die gefäßentspannende Kraft des Morphium das beste Heilmittel sein. Gegen den chronischen Verlauf haben sich die kohlensauren Bäder als das Beste bewährt. A.

---

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 15.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 18. Januar 1895.

TÖPFER macht eine vorläufige Mittheilung über Thierversuche, welche er gemeinsam mit FREUND angestellt hat, und die einen Beitrag zur Pathologie des Diabetes bilden. Thieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden) wurden Dialysate von Fäces von Diabetikern unter die Haut eingespritzt und hiebei nach 24 Stunden das prompte Auftreten von Glykosurie beobachtet. Aus diesen an 18 Thieren erzielten Resultaten erscheint die Annahme berechtigt, daß im Darme von Diabetikern und bisweilen von Gesunden Gifte vorhanden sind, welche, Thieren unter die Haut injicirt, im Stande sind, Glykosurie zu erzeugen. TÖPFER glaubt diese Glykosurie in Analogie mit dem Pankreasdiabetes stellen zu können.

ULLMANN stellt einen Fall von Lymphcyste der Subinguinalgegend vor. Die ausführliche Mittheilung über diesen Fall wird demnächst in diesen Blättern erfolgen.

Discussion über die Heilserumtherapie der Diphtherie.

(Fortsetzung.)

KASSOWITZ bemerkt gleich eingangs seines Vortrages, daß sein Vertrauen zu der BEHRING'schen Methode im Laufe der letzten 3 Monate von der festesten Zuversicht bis zur tiefsten Entmuthigung herabgesunken, und daß er zur Ueberzeugung gelangt ist, daß der größte Theil der Versprechungen BEHRING'S sich bisher nicht erfüllt hat. Er übt sodann scharfe Kritik an den Thierversuchen BEHRING'S, welche derselbe seiner Methode zu Grunde gelegt hat. Er nennt sie mangelhaft und unbestimmt und glaubt, daß auf Grund derselben kaum jemals von einem ernsten Manne der Wissenschaft ein so schwer wiegendes Versprechen mit weniger Ueberlegung gegeben wurde. Dies bezieht sich sowohl auf die zum Zwecke der Immunisirung, als auch zum Zwecke der Heilung an Thieren gemachten Versuche. Die Frage, ob das Serum, welches bei manchen Thieren Immunisirung oder Heilung hervorruft, diese Wirkung auch beim Menschen hervorrufe, könne nicht ohne weiters bejaht werden, so lange nicht die Identität der Erkrankung beim Menschen und beim Thiere erwiesen ist, was umso größere Schwierigkeiten bietet, als man noch bei keinem Thiere spontane Diphtherie gesehen hat.

Was nun das Heilserum in der Praxis betrifft, so brachte die Präventivbehandlung die erste Enttäuschung. K. führt die vielfach beobachteten Fälle von Erkrankung an Diphtherie nach Immunisirungen, von Recidiven nach mit Heilserum behandelter und überstandener Diphtherie an.

Nach Allem scheint der Immunisirungswerth des Heilserums für den Menschen gleich Null zu sein.

Was nun den eigentlichen Heilwerth des BEHRING'schen Serums beim Menschen betrifft, so führt K. die große Zahl jener Autoren an, welche trotz frühzeitiger Behandlung ein unaufhaltsames Fortschreiten des localen Processes und letalen Ausgang in einer Reihe von Fällen beobachtet haben. Die von BEHRING zur Erklärung dieser Fälle herangezogene Misch- oder Nachinfection kann nicht stichhältig sein. Es ist von mehreren Seiten (BAGINSKY, GENERSICH) bewiesen worden, daß der LÖFFLER'sche Bacillus an sich alle Grade der Diphtherieerkrankung, auch die schwersten, selbst klinische Sepsis bedingen könne. Uebrigens zwinge die Annahme der Mischinfection, wenn diese wirklich das eigentlich Gefährliche sei, zur Heranziehung der Frage, ob man unter diesen Verhältnissen auf die locale Behandlung verzichten solle, da das Heilserum nur auf die Toxine des LÖFFLER'schen Bacillus wirke. Von diesen Betrachtungen ausgehend, sei es nur rationell, auf die locale Behandlung nicht zu verzichten, und K. hat in seinen Fällen von der localen Behandlung mittelst der LÖFFLER'schen Mischungen ausgedehnten Gebrauch gemacht. Nicht unwichtig sei es, daß, wie BAGINSKY berichtet, ein großer Theil der verstorbenen Kinder unter den Erscheinungen der Herzparalyse zu Grunde gegangen sei, und diese Erfahrung wird auch von KÖRTE, ROUX, KOSSEL u. A. bestätigt.

Was den Fieberverlauf betrifft, so wird nur von einer kleinen Anzahl von Autoren der kritische Fieberabfall, wie ihn KOSSEL und BEHRING beschrieben, bestätigt. Ueber das Verhalten des Pulses gehen die Ansichten der Autoren weit auseinander.

Auch die eigenen Beobachtungen K.'s, welche acht Fälle, die alle genesen sind, betreffen, haben bezüglich des Pulses und der Temperatur Nichts ergeben, was dem gewöhnlichen Verlaufe widersprechen würde. Auch sonst waren keinerlei Erscheinungen zu beobachten, die man nicht auch sonst zu sehen gewohnt war.

Die von BEHRING angegebene locale Reaction auf die Einspritzung wurde nicht allgemein bestätigt. Hingegen wurde ein Fortschreiten, eine augenscheinliche Verschlimmerung des localen Processes vielfach gesehen.

K. faßt die bisherigen Erfahrungen in folgende Punkte zusammen:

1. Zahlreiche, mit kleineren und größeren Immunisirungsdosen präventiv behandelte Kinder sind innerhalb der nächsten Wochen an Diphtherie erkrankt und einzelne sind ihrer Krankheit erlegen. Dagegen besteht kein Beweis, daß jemals durch eine Präventivimpfung die Erkrankung eines Menschen an Diphtherie verhütet worden wäre.

2. Kinder, welche bei ihrer ersten Erkrankung mit einer großen Dosis des Heilserums behandelt wurden, sind gleichwohl nach einigen Wochen neuerdings an Diphtherie erkrankt, also nicht immun gemacht worden.

3. Zahlreiche am ersten oder zweiten Tage ihrer Erkrankung in Behandlung gekommene Kinder sind trotzdem der Diphtherie erlegen.

4. Sicher ist der größte Theil der Verstorbenen nicht der Mischinfection, sondern der directen Wirkung des Diphtheriebacillus, respective seiner Toxine, zum Opfer gefallen.

5. Herzparalyse und postdiphtherische Lähmungen sind keineswegs seltener oder weniger intensiv geworden.

6. Von einem kritischen Abfalle des Fiebers wurde in den meisten Fällen Nichts oder fast Nichts gesehen.

7. Die Abstoßung der Membranen erfolgt in der gewöhnlichen Weise. Vielfach aber wurde eine weitere Ausbreitung des localen Processes beobachtet.

Diese 7 Sätze stützen sich, den Ausführungen des Vortr. gemäß, auf Erfahrung der übergroßen Mehrzahl der Beobachter. Damit ist aber der größte und wichtigste Theil des von BEHRING aufgeführten Gebäudes zusammengestürzt.

Der Vortr. geht nun auf jene Momente über, welche auch jetzt noch eine günstige Beurtheilung der Heilserumtherapie gestatten. Es ist dies zunächst der ziemlich übereinstimmend angegebene günstige Einfluß auf das Allgemeinbefinden, ferner die von mehreren Beobachtern gemeldeten besseren Heilungsverhältnisse bei den an Kehlkopfstenose erkrankten Kindern.

Was nun die von BEHRING als stärkste Stütze angesehene Herabsetzung des Mortalitätsverhältnisses betrifft, so unterzieht K. auch dieses Moment einer scharfen Kritik, indem er zunächst auf das durch die Entwicklung der Verhältnisse gänzlich geänderte Spitalsmaterial hinweist, das gegenwärtig zum guten Theile auch aus leichten und mittelschweren Fällen besteht, während früher nur die allerschwersten Fälle in die Spitalsbehandlung kamen.

GOTTSTEIN hat bereits für Berlin nachgewiesen, daß die allgemeine Mortalität an Diphtherie sich nicht geändert hat; K. weist dasselbe auch für Wien nach. Die Heilserumtherapie ist somit an der allgemeinen Mortalität der Diphtherie spurlos vorübergegangen. Es hat sich demnach auch die Heilwirkung der BEHRING'schen Methode bisher nicht bewährt.

Zum Schluß erörtert K. die Frage des weiteren Vorgehens bezüglich des neuen Verfahrens. Trotz der schweren und wohl begründeten Zweifel, die er demselben entgegenbringt, empfiehlt er, die Versuche mit demselben in möglichst großer Ausdehnung fortzusetzen, um zu constatiren, ob die Bewunderer der Methode oder ihre Zweifler im Rechte sind. — —

Die Discussion wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt.

Ba.

Verein der Aerzte in Steiermark.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Prof. ESCHERICH berichtet über einen Fall von Myxödem und Cretinismus bei einem $6^1/_2$ Jahre alten Kinde, bei welchem sich die Therapie des Leidens mit Schilddrüse trefflich bewährt hat.

In der Familie dieses Kindes findet sich keine ähnliche Erkrankung. Das rechtzeitig geborene Kind war 8 Monate an der Brust, konnte mit $1^1/_4$ Jahren gehen, jedoch ungeschickt. Die geistige Entwicklung des Kindes blieb zurück. Es konnte erst mit 4 Jahren sprechen, sprach gut erst mit 6 Jahren, und erst während des letzten halben Jahres weist es geistigen Fortschritt auf. In den ersten 4 Jahren hatte das Kind normales Längenwachsthum, das nach dem 4. Lebensjahre zurückblieb. Das Kind maß nach den Aufzeichnungen der Mutter im 2. Lebensjahre 81, im 4. 88, im 5. 92, am Schlusse des 6. Jahres 94 Cm. Die ungewöhnliche Dickenzunahme wurde von der Mutter im 2. Jahre bemerkt, und zwar zuerst an den Schultern. Dies wurde jedoch als Zeichen besonders guter Gesundheit gedeutet. Krankheiten, die durchgemacht wurden, sind: Masern, Pertussis.

Jetzt zeigt das Kind: Rückbleiben im Längenwachsthum, sehr entwickelten Panniculus allseits, besonders jedoch an Backen, Hals, Schultern. Körpergewicht 20·80 Kgrm. gegen circa 17 Kgrm. als Durchschnittsgewicht seines Alters, Länge 92·7 Cm. gegen 105 Cm. als Normallänge.

Allgemeinbefinden ausgezeichnet. Keine besonderen Störungen irgend welcher Art. Schilddrüse nicht zu fühlen.

Das Kind wurde mit roher, fein gehackter Schilddrüse vom Kalbe behandelt, von der täglich 5—6 Grm., auf Brod gestrichen, verzehrt wurden. Später erhielt es mehr hievon. Wegen unruhigen Schlafes und einiger anderer unangenehmer Zufälle wurde die Behandlung eine Zeit lang sistirt. Später wurde sie wieder aufgenommen und eine Zeit lang fortgesetzt, jedoch wurden dem Kinde blos 2mal wöchentlich 10 Grm. des Präparates verabreicht. Merkwürdiger Weise stellte sich im Laufe der Behandlung eine lamellöse Schuppung der Haut bei dem Kinde ein, wie bei Scarlatina, eine Beobachtung, welche bei der gleichen Affection und Therapie auch z. B. von französischen Autoren gemacht worden war. Nach circa 5monatlicher Behandlung ist die Länge des Kindes 98·8 Cm., sein Körpergewicht 17·280 Kgrm., sein Befinden ist ungestört, sein Aussehen gegenüber dem früheren vortheilhaft verändert. Auch die intellectuellen Fähigkeiten des Kindes haben zugenommen und äußern sich besonders in der weit lebhafteren Sprache und dem regeren Interesse, das der Umgebung entgegengebracht wird.

Dr. LOOS hält einen Vortrag: **Zur Morphologie des kindlichen Blutes,** dessen Inhalt sich zum großen Theile mit dem in dieser Zeitschrift (Nr. 44, 1894) mitgetheilten Referate deckt.

Notizen.

Wien, 19. Januar 1895.

(Personalien.) Die Hofräthe Professoren E. ALBERT und Freiherr v. WIDERHOFER sind in das Herrenhaus des Reichsrathes berufen worden.

(Wiener Aerztekammer.) Der Vorstand dieser Kammer hat vor wenigen Tagen dem Präsidium des n. ö. Landtages folgende Resolution überreicht:

In der Sitzung des n. ö. Landtages am 3. Januar 1895 machte der Landtagsabgeordnete Dr. Lueger laut nunmehr vorliegenden stenographischen Protokolles folgende Aeußerung:

„Sie verstehen mich, meine Herren, und wissen ja, daß im ärztlichen Stande, wie in jedem anderen Stande, gewisse Dinge eingerissen sind, die Niemand billigen kann. (Abg. Schneider: Procente!) Sie wissen, daß die Aerzte zu den Apothekern in einem gewissen Vertragsverhältnisse stehen, vielleicht nicht in einem Verhältnisse des geschriebenen Vertrages. (Abg. Schneider: Provision!) Sie kommen nicht am ersten Tage des Jahres zusammen und sagen: Vertrag, geschlossen am heutigen Tage zwischen X., Apotheker, und Dr. Y., Arzt. Aber der Vertrag besteht und wird pünktlich gehalten, pünktlicher als mancher Vertrag, der beim Notar geschlossen worden ist. — Die Interessen dieser beiden Stände wirken ja zusammen. Je theurere Medicamente verschrieben werden, desto länger bleibt der Betreffende krank (Lebhafte Heiterkeit), und so profitiren beide Theile, die Aerzte und Apotheker. (So ist es!) Das wollte ich bezüglich der Medicamente erwähnen."

Der Vorstand der Wiener Aerztekammer als der gesetzlichen Vertretung der praktischen Aerzte Wiens, welche berufen ist, die Würde und das Ansehen des ärztlichen Standes zu wahren, erklärt diese allgemein gehaltenen Verdächtigungen und Beschuldigungen als unwahr und legt gegen dieselben energisch Verwahrung ein.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) In der dieswöchentlichen Versammlung hielt Prof. Dr. v. REDER einen Vortrag unter dem Titel „Die Wandlungen des medicinischen Wissens in unserem Jahrhundert und ihr Einfluß auf die Stellung der Aerzte". Der Redner entwarf zunächst ein Bild der Entwicklung des medicinischen Studiums seit Beginn dieses Jahrhunderts, indem er der philosophirenden Richtung der Medicin im Anfange unseres Jahrhunderts, des Einflusses der Homöopathie seit HAHNEMANN, des großen Aufschwunges in Naturwissenschaften und Technik in den Dreißiger-Jahren gedachte, welcher die Machtstellung der pathologischen Anatomie, damit aber auch den therapeutischen Nihilismus begründete. Daran schlossen sich die ersten Versuche zum Aufbau einer rationellen, auf Beobachtung und Erfahrung gegründeten Therapie, deren Resultate in der Folge durch eine hochentwickelte Fachjournalistik über die ganze Welt verbreitet wurden. Vortr. bespricht ferner die Entwicklung des Vereinswesens unter den Aerzten, den wichtigsten Factor für die fernere Stellung des ärztlichen Standes, um dann auf die Besprechung jener Auswüchse des Volksgeistes überzugehen, durch welche theils phantastische Schwärmer, theils sogar bewußte Betrüger einen oft ausgebreiteten Ruf als Helfer in Krankheiten sich erworben haben. „Wie ist es möglich — führte Redner aus — daß selbst Gebildete glauben können, die Phantasie eines Einzelnen leiste mehr, als die vereinte Arbeit von Tausenden, die, mit ungewöhnlicher Vorbildung ausgerüstet, ihr ganzes Leben nur der Erforschung der Krankheiten und ihrer Behandlung und Heilung widmen? Die Ungeduld des Kranken, die Sehnsucht nach Außergewöhnlichem genügen nicht zur Erklärung; es muß vielmehr ein thatsächlicher Erfolg vorhanden sein und man muß sich daher fragen, ob es denn möglich ist, daß ein jedem medicinischen Unterricht fernstehender Mensch mehr wirkliche oder auch nur Scheinerfolge erzielen könne als die geschulten Aerzte"? Diese Frage muß man entschieden bejahen, da die Verhältnisse, wie R. schlagend beweist, so liegen, daß jeder beliebige Mensch, dem es gelüstet, als medicinischer Prophet aufzutreten, hiezu nichts weiter braucht, als die Dreistigkeit, seine Ansichten als allein richtig und unfehlbar zu proclamiren. Diese Kühnheit erlangen verschiedene Menschen durch zwei seelische Eigenschaften: Tiefe Geringschätzung und Verachtung ihrer Mitmenschen, welche sie nur als Objecte ihrer Ausbeutung betrachten, und andererseits Beschränktheit des eigenen Gesichtskreises, wodurch die eigene Ansicht als unübertrefflich, sozusagen als Axiom erscheint, ohne jedes Bedürfniß, sie an der Erfahrung Anderer zu erproben oder zu läutern. Wenn man nun die Erfolge dieser Menschen mit denen der praktischen Aerzte in Vergleich zieht, so liegen die Verhältnisse in der That für Erstere bedeutend günstiger. Wenn man nämlich beispielsweise die in sämmtlichen öffentlichen und privaten Spitälern Cisleithaniens in einem Jahre vorkommenden Krankheits- und Todesfälle heranzieht — sie betrugen z. B. für das Jahr 1890 306.054 mit 28.810 Todesfällen — so kann man leicht einen Anhaltspunkt zur Beurtheilung der relativen Häufigkeit und Gefährlichkeit der einzelnen Erkrankungen gewinnen. v. R. sondert zu diesem Zwecke alle Krankheitsfälle in 3 Gruppen: 1. Fälle, welche selten dem Curpfuscher in die Hände kommen, sondern fast immer von praktischen Aerzten behandelt werden; hieher gehören die acuten Infectionskrankheiten und sonstige schwere fieberhafte Erkrankungen, Tuberculose und Carcinom, Verletzungen und Marasmus senilis. Davon gab es im Jahre 1890 85.695, d. i. 28% aller Erkrankungen mit 20.167 Todesfällen, d. i. 79% der Todesfälle und der 4. Theil der Erkrankungsfälle. In die zweite Gruppe rechnet v. R. jene Fälle, welche, wenn sie außerhalb des Spitales vorkommen, nicht immer den Arzt, sondern auch den Curpfuscher, Naturarzt etc. aufsuchen. Hieher gehören Chlorosen, Rheumatismen, Catarrhe der Athmungs- und Verdauungsorgane, Neuralgien und neurasthenische Zustände, syphilitische und andere Erkrankungen der Genitalien und chronische

Hautkrankheiten. Diese Gruppe umfaßt 128.543 = 42% aller Krankheitsfälle mit 3169 Todesfällen = 11% der gesammten Todesfälle und dem 40. Theil der behandelten Fälle. Die restlichen Fälle bilden eine Gruppe, welche wegen der Unbestimmtheit der Diagnose nicht verwerthbar ist, wiewohl auch hier gewiß nur die nicht unmittelbar lebensgefährlichen Fälle dem Charlatanismus in die Hände kommen. Es verhält sich somit die Gefahr eines unglücklichen Ausganges bei denjenigen Krankheitsformen, welche nothwendig in Behandlung eines Arztes stehen, zu denen, welche in einer Naturheilanstalt behandelt werden können, wie 79 : 11 oder wie circa 8 : 1. Da nun die mittlere Sterblichkeit circa 10% aller Kranken beträgt, so beziffert sich die Gefahr, einen Kranken zu verlieren, für eine solche Heilanstalt im ungünstigsten Falle auf weniger als 1%. Das allein würde schon genügen, die Erfolge der Naturheilmethode zu erklären. Dazu kommt aber noch der nie bestrittene günstige Einfluß des Aufgebens aller Gewohnheiten und damit der Schädlichkeiten des Berufes und schließlich die Rolle, welche Suggestion und Aberglauben in therapeutischen Dingen spielen. — Zum Ausbau der medicinischen Wissenschaften und der ärztlichen Organisation zurückkehrend, weist Redner auf die Vorsicht hin, welche gegenüber der Annahme von Neuerungen noththut und hebt schließlich die staatliche Anerkennung der ärztlichen Vereinigungen durch Einführung der Aerztekammern hervor, von deren Weiterentwicklung wir in kurzer Zeit das Beste erwarten können. — Zu Beginn der Sitzung demonstrirte Prim. Dr. HANS ADLER den seltenen Fall einer Iristuberculose bei einem jungen Mädchen.

(Aus Budapest) schreibt man uns: Die von uns vor Kurzem gemeldeten Vorschläge des Landessanitätsrathes behufs Einschränkung des Hypnotismus wurden nun vom Minister des Innern genehmigt. Dieser Verordnung gemäß dürfen Erwachsene nur mit eigener Einwilligung, Minderjährige nur mit Einwilligung ihrer Angehörigen hypnotisirt werden. Die Hypnose darf nur von Aerzten zu Heilzwecken in Gegenwart dritter Personen vorgenommen werden. Laien ist die Hypnose untersagt.

(Aus Berlin) schreibt man uns: Die vom Magistrate an mehrere Krankencassen erlassene Verordnung, die partielle Aufhebung der freien Aerztewahl betreffend, wurde über Einschreiten des Vorstandes des „Vereines der freigewählten Cassenärzte" vom Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg einstweilen wegen „formeller Bedenken" inhibirt, dem Vereine aber gleichzeitig mitgetheilt, „daß ein genügender Ausgleich zwischen den widerstreitenden Interessen der auf freie Aerztewahl hindrängenden Cassenmitglieder einerseits und der finanziellen Leistungsfähigkeit der Cassen andererseits bisher in Berlin nicht erreicht worden ist". — Die Gesammtzahl der im Deutschen Reiche prakticirenden Aerzte belief sich Anfangs November 1894 auf 22.287, ist demnach seit einem Jahre um 666 gestiegen. In den letzten acht Jahren (1887—1894) betrug die Vermehrung der Aerztezahl mehr als 32%. Nachdem während dieser Zeit die Bevölkerung Deutschlands nur um etwa 10% gestiegen ist, vermehrte sich die Zahl der Aerzte dreimal so stark, als jene der Bevölkerung.

(Aus Paris) schreibt unser Correspondent: In Ergänzung meines letzten Briefes (s. „W. Med. Presse", 1895, Nr. 1) dürfte zum Capitel der ärztlichen Reclame folgende Thatsache einen nicht uninteressanten Beitrag bilden. Bis in die letzten Jahre schmückten die Aerzte, welche die Reclame zu schätzen wissen, die Wände der dem öffentlichen Wohle und dem plötzlichen Bedürfniß dienenden Etablissements mit ihren Adressen. Nun hat einer dieser wackeren Garde einen Vorstoß gewagt. Er ist mit seinem Namen aus dem discreten Häuschen in den lärmbewegten Theatersaal gewandert. Auf dem Zwischenactsvorhang des Edentheaters prangt seit Kurzem zwischen den Ankündigungen von Münchener Bier und Nasenkneifern eine riesige weiße Visitenkarte, die eine Ecke eingebogen, auf welcher man ohne Mühe, auch aus dem Fond des Theaters, liest:

Medicinae Doctor, Specialist,
25jährige Praxis
von 12 h Mittags bis 9 h Abends.

Folgt die genaue Adresse. O diese Specialisten der Reclame!

(Aus London) wird berichtet: Das Londoner General Medical Council hat den Arzt R. M. THEOBALD von der Liste der Aerzte gestrichen, weil er das Buch des Grafen Mattei über „Elektrohomöopathische Medicin" übersetzt und dessen Mittel empfohlen und auch in seiner Praxis angewandt hatte. Der Umstand, daß die Mattei'schen Mittel Geheimmittel sind, verbietet den englischen approbirten Aerzten deren Anwendung.

(Ein Ausspruch CLAUDE-BERNARD'S), welchen Dr. CABANIS in „Prov. méd." erzählt, verdient reproducirt zu werden. „Bevor Sie das Laboratorium betreten — sagte er zu PAUL BERT — hängen Sie Ihre Phantasie neben Ihren Ueberrock im Vorzimmer auf; nehmen Sie aber beide mit, wenn Sie nach Hause gehen".

(Statistik.) Vom 6. bis inclusive 12. Januar 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6741 Personen behandelt. Hievon wurden 1201 entlassen; 157 sind gestorben (11·56% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 100, egyptischer Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 135, Scharlach 86, Masern 451, Keuchhusten 22, Wundrothlauf 46, Wochenbettfieber 3, Influenza —, Mumps 59. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 662 Personen gestorben (+ 60 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: in Iglau der Tabakfabriksarzt Dr. THEODOR KOSTIAL, 69 Jahre alt; in Kremsier der Stadtphysikus Dr. JULIUS SUCHY im 48. Lebensjahre; in Breslau der hervorragende Laryngologe Prof. J. GOTTSTEIN, 63 Jahre alt; in Marburg i. H. der Prof. der Physiologie, Geh.-R. KÜLZ.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 23. Januar 1895, 7 Uhr Abends im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Prof. Dr. BENEDICT: Ueber Krampf.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Die nächste wissenschaftliche Versammlung findet am 28. Januar statt.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das Januar-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Ueber mobilisirende Behandlung von Knochenbrüchen."** Von **Dr. Anton Bum** in Wien.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Nr. 4. Sonntag den 27. Januar 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber syphilitische, heilbare „Rückenmarksschwindsucht“.

Von **Prof. Dr. Adamkiewicz** in Wien.

Seitdem Fournier im Jahre 1876 die Tabes für eine luetische Erkrankung des Rückenmarkes erklärt hat, ist ein großes Material zusammengetragen worden [1], welches die Beziehungen der Tabes zur Syphilis zu klären bestimmt war. Das lebhafte Interesse, das diesem Gegenstande auf einmal entgegengebracht wurde, hatte darin seine leicht erklärliche Ursache, daß die „Rückenmarksschwindsucht“, bis dahin der Typus einer unheilbaren Affection, als „specifische“ Krankheit des Nervensystems plötzlich in den Bereich eines aussichtsreichen therapeutischen Handelns gerückt war.

Das Ergebniß der so sanguinisch erregten Bemühungen hatte indessen nur halben Erfolg.

Denn bezüglich der Natur des Leidens hat sich im Großen und Ganzen die Berechtigung der Fournier'schen Vermuthung ergeben. Die an diese Berechtigung geknüpfte Hoffnung dagegen auf therapeutische Erfolge ist nahezu vollständig getäuscht worden.

Es ist richtig, wie die besonders durch Erb inaugurirten statistischen Untersuchungen gelehrt haben, daß ein hoher Procentsatz aller Tabesfälle auf specifischer Infection beruht. Aber ebenso steht es fest, daß die große Mehrzahl dieser Fälle durch antiluetische Behandlung nicht geheilt wird.

Seitdem sich diese Erkenntniß Bahn gebrochen hat, ist die Auffassung zur herrschenden geworden, daß die Rückenmarksschwindsucht auch dort, wo sie ganz sicher mit Syphilis in Zusammenhang steht, der antiluetischen Behandlung nicht zugänglich sei. Und mancher Mißerfolg auf diesem Gebiet hat sogar die Ueberzeugung gezeitigt, daß diese Behandlung auf den Verlauf der Tabes häufiger ungünstig als vortheilhaft einwirkt.

Und so ist man zur Zeit bezüglich antiluetischer Curen bei Tabes aus hellster Erwartung wieder in jene trübe Skepsis zurückverfallen, welche bezüglich der Tabesbehandlung der Vor-Fournier'schen Zeit eigenthümlich war.

Daß diese Resignation unberechtigt und deshalb schädlich ist, das mögen die nachfolgenden Beobachtungen lehren. Dieselben zeigen, daß es eine bestimmte Form des tabischen Symptomencomplexes mit ihm eigenthümlichen klinischen Merkmalen gibt, welche, rechtzeitig antiluetisch behandelt, zu vollständiger Heilung gebracht werden kann. Sollte es überdies gelingen, durch die nachfolgenden Beobachtungen wieder Vertrauen in die specifische Behandlung der „Tabes“ zu wecken, so wird die Erfahrung bald das nöthige Material herbeischaffen, um sicherzustellen, ob gewisse Merkmale, welche die bald zu beschreibenden Fälle dargeboten haben, die Bedeutung gesetzmäßiger Zeichen für die Heilbarkeit der Tabes besitzen oder nicht.

Die von mir beobachteten Fälle waren folgende:

I. Fall: H. S., ein hagerer, den Lebensgenüssen nicht abholder Mann von 44 Jahren, bemerkte, während er nach einem chirurgischen Eingriff am Halse auf der Abtheilung des Professor Obalinski in Krakau der Genesung entgegen ging, eine unerklärliche, ohne jegliche Vorboten sich auf einmal entwickelnde Schwäche in den Beinen.

Die Operationswunde war bereits geheilt und der Pat. zum Verlassen des Krankenhauses designirt, als die anfangs wenig beachtete Parese der Unterextremitäten als ein ebenso ernstes, als unerwartetes Hinderniß sich dieser Absicht entgegenstellte.

Am 19. März 1888 sah ich den Kranken zum erstenmal. Er, der noch vor wenigen Tagen an den Beinen vollkommen gesund war, bot jetzt einen ausgesprochen ataktisch-paralytischen Gang dar; neben großer Unsicherheit in den Bewegungen er-

[1] Vgl. Rumpf, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden 1887, pag. 368.

heblichen **Mangel an Energie und Kraft** in der arbeitenden Musculatur.

Nur mit Mühe konnte sich der Kranke aufrecht erhalten und ebenso nur mit großer Anstrengung sich vorwärts bewegen. Der Gang entsprach bis in die Details genau demjenigen, welchen ich in meinem Buch „Ueber die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes"[2]) an einem concreten Beispiel genauer beschrieben habe. Ich kann mich deshalb hier darauf beschränken, auf jene Schilderung zu verweisen.

Die genauere Prüfung des Kranken ergab fieberfreien Zustand, große Druckempfindlichkeit in der Lendengegend der Wirbelsäule, leichten Kopfschmerz, eine leichte Differenz der Pupillen, die rechte etwas weiter und von trägerer Reaction als die linke, vor Allem aber eine auffallende **Schwäche** in den Beinen. Zwar führte noch der Kranke mit denselben in der Rückenlage alle ihm aufgetragenen Bewegungen aus. Aber das geschah nur mit großer Anstrengung und mit geringer, leicht unterdrückbarer Energie.

Die Untersuchung der **passiven Beweglichkeit** ergab, daß die Unterextremitäten in ihren Gelenken außerordentlich schlaff hingen. Die Sehnenphänomene fehlten vollständig. Aber die **Sensibilität** war in allen ihren Qualitäten **erhalten**, das Muskelgefühl vollkommen unverändert und die Function der Beckenorgane durch Trägheit des Darmes und Impotenz verändert.

Sehr charakteristisch war der weitere Verlauf der Krankheit. Die Schwäche der Beine nahm schnell zu. Mitte März, also einen Monat nach Beginn der Krankheit, konnte Pat. sich noch mit Hilfe des Stockes in aufrechter Stellung erhalten und mühsam fortschleppen. Wenige Wochen später verlor er auch noch diesen Rest von Kraft, brach bei jedem Versuch, sich zu erheben, in den Knien zusammen und war bald so vollständig gelähmt, daß er nicht einmal im Bett ohne Hilfe seine Lage verändern konnte und nur noch sein rechtes Bein mangelhaft im Knie und in der Hüfte zu bewegen im Stande war.

Während die Unterextremitäten und die Rumpfmusculatur in dieser Weise einer fortschreitenden motorischen Lähmung anheimfielen und selbst ihre Reflexerregbarkeit einbüßten, begann auch das **Gefühlsvermögen subjectiv** zu leiden, indem der Kranke besonders an Händen und Füßen über ein Gefühl von Taubheit sich beklagte, das auf eine **objectiv nachweisbare Störung der Sensibilität** zurückzuführen jedoch **nicht** gelang. Ein eigentliches Gürtelgefühl kam nicht zu Stande.

Vom Rumpf schritt die Lähmung endlich auch noch auf die **Oberextremitäten** fort. Und auch hier äußerte sie sich in doppelter Weise: in zunehmender Unsicherheit der einzelnen Bewegungen und in einer progressiven Abnahme der groben Kraft. Beim Greifen nach einem Gegenstande schwankte die Hand an ihrem Ziele vorbei. Und hatte sie endlich den Gegenstand ergriffen, so entfiel derselbe leicht ihren kraftlosen Fingern.

Die **elektrische Erregbarkeit** von Nerv und Muskel blieb während dieser schnell sich entwickelnden Lähmung **unverändert**. Ueberall war im Lähmungsgebiet die faradische Erregbarkeit, wie der Vergleich mit gesunden Nerven und Muskeln lehrte, gut erhalten und nicht einmal merklich quantitativ herabgesetzt. Auch der **constante Strom** ergab überall die normale Zuckungsformel und physiologische Reaction.

Der weitere Verlauf der Krankheit war ein überraschend günstiger. Im Mai begann der Pat. schon wieder zu gehen. Jetzt war nur noch ein gewisser Grad von Schwäche in den Muskeln und das Fehlen der Sehnenphänomene zu constatiren.

Im Juni waren auch diese Zeichen der einstigen Krankheit geschwunden. Die objective Untersuchung ergab jetzt bereits **vollständige Rückkehr aller Functionen zur Norm.** Selbst die Kniephänomene waren in gewöhnlicher Weise vorhanden.

Seitdem sind mehrere Jahre verflossen. So viel mir bekannt, ist der geheilte Kranke gesund geblieben. Sicher war er es bis zum Jahre 1891, wo ich ihn aus den Augen verlor.

II. Fall: Am 16. März desselben Jahres stellte mir Herr Prof. ROSNER in Krakau auf seiner Abtheilung für Syphiliskranke einen Pat. vor, an dem ich folgendes Verhalten feststellen konnte.

[2]) Stuttgart 1888, pag. 74.

Der Kranke, ein Mann aus dem Arbeiterstande, 45 Jahre alt und kräftig gebaut, litt an einer hochgradigen **Schwäche** der Beine. Stehen und Gehen ward ihm nur dann möglich, wenn er sich mit beiden Händen an einem Stabe hielt, sein ganzes Körpergewicht auf diese Weise stützte und gleichzeitig an beiden Armen gehalten und geführt wurde. — Auch dann blieb noch der Gang äußerst schwerfällig, unsicher, mehr ein Schleppen und Werfen der Beine, als ein wirklich actives Gehen. Die specielle Untersuchung der kranken Unterextremitäten ließ ein fortdauerndes Flimmern und Zucken in einzelnen Fibrillen, sowie in ganzen Gruppen ihrer Musculatur, vor Allem aber trotz guter Ernährung eine sehr erhebliche **Abnahme der groben motorischen Kraft** erkennen.

Die **active Beweglichkeit** der Beine beschränkte sich deshalb bei horizontaler Rückenlage des Kranken nur auf solche Bewegungen, zu deren Ausführung ein größerer Aufwand von Kraft nicht erforderlich ist, wie Zehenbewegungen, Ab- und Adductionen in der Hüfte, Flexionen und Extensionen in den Fuß- und Kniegelenken.

Eine Erhebung der Beine bei gestreckten Knieen vom Lager aber war dem Kranken ganz unmöglich. Und stand er aufrecht, so konnte er keines seiner Beine auch nur um wenige Zoll vom Boden erheben. Beim Ersteigen einer Treppe klammerte er sich mit beiden Händen an das Treppengeländer und zog so die Beine mit Aufwand aller ihm zu Gebote stehenden Kräfte eines nach dem anderen von Stufe zu Stufe aufwärts.

Die Untersuchung der **passiven Beweglichkeit** der kranken Extremitäten ergab eine vollkommene Schlaffheit in allen Gelenken und bei passiven Flexionen in den Knieen die eigenthümliche Erscheinung der paradoxen Contraction in den Flexoren.

Die kranken Muskeln reagirten auf beide Stromesarten in **normaler** Weise.

Alle Sehnenphänomene fehlten, und die **Sensibilität** erwies sich in allen ihren Qualitäten als eine durchaus **normale**.

Außer dieser hochgradigen motorischen Parese der Unterextremitäten war noch vorhanden: von Seiten der **motorischen Sphäre** eine deutliche Schwäche der Rückenmusculatur, so daß der Kranke den vornübergebeugten Rücken nur mit großer Mühe wieder aufrichten konnte, eine deutliche Schwäche der Arme, die leicht zitterten und deren active Bewegungen sich ungemein leicht unterdrücken ließen, eine leichte Schwäche im Gebiet der Mundäste des rechten N. facialis, eine deutliche Erweiterung der Pupille auf derselben Seite und Impotenz. In der **sensiblen Sphäre**: ein Gefühl von Ameisenkriechen in Händen und Füßen, ein Gefühl von Erstarrung und Kälte an den Beinen, einen lebhaften Schmerz bei Druck der Wirbelsäule in der unteren Brust- und in der Lendengegend und deutliches Gürtelgefühl.

Alle diese so schweren Erscheinungen hatten sich **außerordentlich schnell** entwickelt.

Noch vor vier Wochen war der Kranke im Vollbesitze aller seiner physiologischen Kräfte gewesen.

Erst von dieser Zeit ab stellte sich eine allmälig wachsende Schwäche in den Beinen ein, zu der später heftiger, die Nachtruhe raubender Kopfschmerz und eine gewisse Behinderung in der Abgabe des Harnes hinzutraten. Schon in der vierten Woche nach Beginn der erwähnten Erscheinungen hatte sich jene hochgradige Schwäche entwickelt, die soeben eingehender beschrieben worden ist.

Aber ebenso schnell, als sich die Krankheit entwickelt hatte, schwand sie auch wieder.

Schon am 27. April, also kaum 5 Wochen später, konnte ich folgenden Status am Kranken feststellen.

Der Kranke geht ohne Unterstützung einher und bedarf nicht einmal mehr des Stockes zur Stütze. Der Gang ist noch ein wenig unsicher und schleppend, aber doch hinreichend kräftig zur Fortbewegung des Kranken. Jede heftigere Bewegung bringt ein eigenthümliches Zucken und Zittern der gerade am meisten angestrengten Muskeln hervor, so daß durch sie der ganze Körper des Kranken in leichte Vibrationen versetzt oder gar erschüttert wird.

So sieht man besonders beim Erheben aus sitzender oder kauernder Stellung den ganzen Körper in der Längsaxe erzittern. Auch in der Ruhe sieht man an allen Muskeln fibrilläre Zuckungen. Doch

führt der Kranke alle Bewegungen schon ziemlich gut und gewandt aus, wenn auch seine grobe Muskelkraft, zumal an der ganzen rechten Körperhälfte, die Norm noch nicht erreicht hat.

Die Parästhesien in Händen und Füßen und die Druckempfindlichkeit in den unteren Partien der Wirbelsäule sind gewichen. Dagegen besteht das Gürtelgefühl und die Differenz der Pupillen noch fort, und die Sehnenphänomene fehlen nach wie vor.

Auch der Rest von Schwäche schwand bald und der Kranke konnte am 9. Mai, im vierten Monate seiner Krankheit, das Hospital geheilt verlassen. — Er wurde dann vollkommen gesund und fähig, in seinem Berufe als Kutscher thätig zu sein.

III. Fall: Ich habe noch über einen dritten analogen Fall hier zu berichten. Da derselbe indessen bezüglich seiner Symptome und seines Verlaufes den beiden vorliegenden in der Hauptsache genau entsprach und nichts Besonderes darbot, so sehe ich, um unnöthige Wiederholungen zu vermeiden, von einer detaillirten Beschreibung desselben hier ab und begnüge mich damit, hier zu erwähnen, daß es sich um einen jungen Ehemann gehandelt hat, der nach erfolgter Heilung frühere Lues gestand.

(Schluß folgt.)

Bacteriologie und Heilkunde.

Von **Dr. Ferdinand Winkler,**

Assistent am embryologischen Institute der k. k. Universität Wien.*)

Wer einen Berg ersteigt, liebt es, von Zeit zu Zeit zu rasten und den bereits zurückgelegten Weg zu übersehen; der Blick auf das, was hinter ihm liegt, erfüllt ihn mit der Hoffnung, auch das noch vor ihm Liegende glücklich zu vollenden, und läßt ihn frischen Muthes vorwärts schreiten; die Erfahrungen, die er auf dem bisherigen Wege gesammelt hat, lehren ihn, gewisse Fehler zu vermeiden.

Ein steiler, schwieriger Pfad ist die Heilkunde, die Kunde von dem eigentlichen Wesen der Medicin, von der Cura medendi. Seit Jahrtausenden streben wir zum Gipfel, und trotz der langen Zeit haben wir nur eine geringe Höhe erreicht. Der Grund liegt darin, daß wir uns den Weg erst mühsam bahnen müssen, und daß überall verlockende Seitenwege abgehen, die uns an Abgründe führen oder in die Tiefe leiten und oft gar nach langem Umherirren an den Ausgangspunkt zurückbringen. Da ist es wohl von Vortheil, öfters Halt zu machen und den durchschrittenen Weg zu überschauen. Weit voran sehen wir unsere Lehrer, die es unaufhaltsam zum Gipfel drängt; uns aber, den Jüngeren, die wir gleichsam die Nachhut bilden, ziemt es, den Weg genau kennen zu lernen und uns über die Gründe klar zu werden, welche unsere Führer gerade diesen Weg einschlagen ließen, damit wir nicht genöthigt seien, ausschließlich in die Fußstapfen unserer Vordermänner zu treten.

„Was du ererbt von deinen Vätern hast, erwirb es, um es zu besitzen." Nur dasjenige Gut, welches wir sorgsam erfaßt haben, wird uns zu eigen. Das Ueberkommene entgleitet gar leicht unseren Händen und verschwindet aus dem Bereiche unseres Besitzes. So sind große Entdeckungen, wie die Geschichte der Medicin lehrt, schon vor Jahrhunderten gemacht worden, sie sind aber spurlos verloren gegangen zum Schaden der Wissenschaft und zum Schaden der Menschheit; erst das Wiederaufleben der Wissenschaft in späten Tagen ließ sie neu erstehen.

Den Fortschritt anzubahnen, ist allein dem Genie vorbehalten; aber das vom Genie Erschaute zu benutzen und fortzubilden, ist die Aufgabe der Gesammtheit. Zu diesem Werke sind wir alle, jeder in seinem Kreise und jeder nach seinen Mitteln, berufen. Wir gleichen den Fackelläufern bei den heiligen Spielen der Griechen, von denen es heißt: Lampada tradunt, sie geben die Leuchte ab; der eine empfängt vom anderen die Fackel des Wissens und soll sie leuchtend weiter tragen, so lange er es vermag; dann möge er sie weiter geben, denn nur aus dem ununterbrochenen Zusammenwirken erhebt sich das Gebäude der Wissenschaft.

Noch vor wenigen Jahren ist die Lehre von den Mikroorganismen eine rein morphologische Disciplin gewesen, welche in ihrem ganzen Charakter den Zusammenhang mit der Botanik aufwies; erst allmälig rang sie sich von der Mutterwissenschaft los und begann, in den Händen der Experimentalpathologen ein wirklich medicinisches Hilfsfach zu werden.

Und heute stehen wir an der Schwelle einer neuen Zeit. Die Bacteriologie hat sich mächtig entwickelt; wir haben die biologischen Eigenschaften der Krankheitserreger genauer studirt, wir haben im Thierexperimente Gelegenheit gefunden, die Krankheiten nach Belieben hervorzurufen, um die Wirkung der Heilpotenzen zu untersuchen. Bisher ist stets die Praxis der Theorie vorausgeeilt; die Wirkung der Chinarinde kennen wir seit langer Zeit, aber die Ursache dieser Wirkung ist uns heute noch unbekannt. Nun scheint sich das Verhältniß umzukehren. Aus dem anscheinend unfruchtbaren Boden der grauen Theorie erhebt sich ein grünendes Stämmchen, das schon fröhlich Triebe und Knospen ansetzt, das überraschend schnell emporgediehen und voraussichtlich bald prächtige Blüten und schöne Früchte tragen wird.

Den heutigen Stand unserer therapeutischen Bestrebungen danken wir ausschließlich dem Experimente. Kein Zufall, sondern zielbewußtes Wollen hat den Aerzten diesen Weg gewiesen, und es ist nur mehr eine Frage der Zeit, wann es möglich sein wird, auf diesem Wege zur Sicherheit des Erfolges zu gelangen. Goethe meinte einmal, daß das einzige Mittelglied zwischen dem Forscher und zwischen den ihn umgebenden Naturerscheinungen die Erfahrung bilden müsse. In früherer Zeit ließ sich die Heilkunst ausschließlich von jener Erfahrung leiten, die auf Grund zufälliger Beobachtungen gewonnen war. Heute aber haben wir den Schatz unserer Erfahrung dadurch erweitert, daß wir die Naturerscheinungen künstlich herbeiführen. Das Experiment erlaubt uns, die äußeren Bedingungen in mannigfacher Weise zu variiren, und schafft damit ein reichhaltiges Material, aus welchem sich ein Grundgesetz für das Auftreten bestimmter Erscheinungen ableiten läßt. Wir prüfen das so gefundene Gesetz weiter auf seine Wahrheit, indem wir gleichsam nach mathematischen Grundsätzen verschiedene Größen ausschalten oder verändern, die sich dadurch ergebenden Erscheinungen durch Rechnung und durch den Versuch bestimmen und die auf verschiedenen Wegen gewonnenen Resultate mit einander vergleichen.

Die Frage nach specifischen Heilmitteln hat seit Urbeginn die Aerzte beschäftigt. Der verschiedene Charakter der Krankheiten ließ annehmen, daß für jede Krankheit ein bestimmtes Mittel existire. Die Fortschritte in der Erkenntniß zeigten aber bald, daß die für specifisch gehaltenen Mittel nicht specifisch seien, und man kam zum Schlusse, daß überhaupt eine specifische Behandlung unmöglich sei. Der Gedanke einer specifischen Therapie hat lange geschlummert, erst jetzt hat er wieder neue Nahrung erhalten, und die große Mehrheit der Aerzte steht hoffnungsfroh der neuen specifischen Heilmethode gegenüber. Doch heute erheben sich schon Stimmen, welche, die Erfahrung der vergangenen Zeit zu Hilfe rufend, vor einem zu großen Enthusiasmus warnen, und sie berufen sich auf das Zeugniß eines der genialsten Männer unseres Jahrhunderts, von Claude-Bernard, der darüber klagte, daß seine Zeitgenossen die Neuheit einer Idee für den Beweis ihrer Wahrheit nehmen, und der es für die Pflicht des Arztes erklärte, sich von jenen Vorurtheilen fernzuhalten, welche einerseits durch das Ehrwürdige einer altüberkommenen Tradition und andererseits durch das Auftreten neuer Gedanken bedingt werden.

Die Frage der Specifität könnte der neuen therapeutischen Methode gefährlich werden. Es ist nicht wahrscheinlich,

*) Vortrag, gehalten im Naturwissenschaftlichen Vereine der Wiener Universität.

daß jede Krankheit ihr speciell präparirtes Mittel braucht, wie BEHRING behauptet, und wenn es auch fast sicher ist, daß der ätiologische Weg zu bedeutenden Heilerfolgen führen wird, so will es von vornherein nicht recht einleuchten, daß die Blutserumtherapie die allein selig machende Behandlungsweise der Infectionskrankheiten sein soll.

* * *

Zum näheren Verständnisse der hier in Frage kommenden Methoden muß man zwischen der Bacteriotherapie und der Immunisirungstherapie unterscheiden. Die Bacteriotherapie verwendet Excretionsstoffe der Bacterien, deren Hauptwirkung in der Schädigung ihrer eigenen Erzeuger beruht; die Immunisirungstherapie aber stellt sich in ihrem eigentlichen Wesen als eine Wirkung thierischer Substanzen dar, welche der pathogenen Organismen nur insoweit bedarf, als sie zur Bildung immunisirender Stoffe im Thierkörper nothwendig sind. Die Bacteriotherapie ist demnach eine directe Anwendung, die Immunisirungstherapie eine indirecte Anwendung der Bacteriologie.

Die Bacteriotherapie theilt sich in zwei große Gruppen; in der ersten Gruppe stehen diejenigen Methoden, welche entweder durch Einverleibung der mit der bezüglichen Krankheit in causalem Zusammenhange stehenden Bacterienculturen der Krankheit vorzubeugen oder sie durch Einverleibung von Stoffwechselproducten dieser Bacterien zu heilen suchen; in die zweite Gruppe gehören jene Methoden, welche durch Einführung antagonistischer Bacterien theilweise schützend, theilweise heilend wirken sollen.

Die Immunisirungstherapie ist im eigentlichen Sinne des Wortes eine Bluttherapie; auch sie theilt sich in zwei Formen; die erste Form verwendet das Blut solcher Thiere, welche von Natur aus gegen die betreffende Krankheit immun sind, während die zweite Form das Blut solcher Thiere einverleibt, welche künstlich gegen die bezügliche Infectionskrankheit immunisirt worden waren.

Die Verbindung zwischen der Bacteriotherapie und der Immunisirungstherapie wird durch jene Methoden hergestellt, welche Gewebssäfte und Organe erkrankter Thiere einverleiben.

Der heutige Stand unseres Wissens erlaubt uns nicht, die schützenden Methoden von den heilenden zu trennen. Da wir auf das Thierexperiment angewiesen sind, so sind jene Methoden genauer studirt worden, welche dem Thiere Schutz gegen eine spätere Infection verleihen; in zweiter Linie erst wurden diese Methoden zur Heilung benutzt, und naturgemäß wurden diese Heilungsversuche derart vorgenommen, daß Thiere mit einem in seiner Wirkung genau bekannten Giftstoffe geimpft und nach einer sehr kurzen, höchstens einige Stunden betragenden Zeit mit dem heilenden Stoffe nachbehandelt wurden.

Die ganz verschiedenartigen Bedingungen, unter denen die Krankheiten des Menschen und der Thiere zur Behandlung kommen, bringen es mit sich, daß die therapeutischen Bestrebungen, soweit sie sich jetzt übersehen lassen, nur bei sehr wenigen Krankheiten der Menschen einen sicheren Heilerfolg aufweisen können. Beim inficirten Thiere wenden wir unsere Heilmittel an, ohne Rücksicht darauf, ob sich die Krankheit bei den Versuchsthieren bereits manifestirt, oder ob sie sich noch in der Incubationsperiode oder in einem Latenzstadium befindet: beim Menschen aber sind wir nur in den seltensten Fällen im Stande, eine Infection mit Sicherheit feststellen zu können; in den meisten Fällen müssen wir warten, bis sich klinische Erscheinungen eingestellt haben, und dann ist es sehr schwer, den Krankheitsverlauf einzudämmen.

Nur bei zwei Krankheiten haben bisher die Bestrebungen der ätiologischen Therapie einen directen Heilerfolg gehabt, bei der Tollwuth durch die Behandlung von PASTEUR und bei der Diphtherie durch die Behandlung von BEHRING und von ARONSON. Die Behandlung der Tollwuth hatte deshalb Erfolg, weil der Biß die Infection sicherstellte und die Incubation der Krankheit mindestens 3 Wochen beträgt. In diesem Falle hat das in den Körper des Gebissenen eingebrachte Mittel Zeit, seine Heilwirkung zu entfalten. Bei der Diphtherie ist der bisherige Erfolg zwar nicht so großartig wie bei der Tollwuth, aber er scheint die zuversichtliche Hoffnung auf ein Gelingen der Versuche zu rechtfertigen. Die günstige Wirkung des Serums beruht wahrscheinlich darauf, daß die Diphtherie anfangs als eine rein locale Erkrankung auftritt, welche gewissermaßen unter unseren Augen entsteht. Die Diphtherie ist zwar auch eine durch Giftwirkung hervorgerufene Allgemeininfection; aber hier tritt die Vergiftung des Organismus erst einige Zeit nach der Angina und nach der Laryngitis auf. Wir sind durch das Erscheinen der Pseudomembranen im Rachen und im Kehlkopfe gleichsam avisirt, noch ehe die giftigen Producte in den Organismus eingedrungen sind. Würden sich die Pseudomembranen nicht an leicht zugänglichen Körperstellen, sondern sich im Magen oder im Darme entwickeln, so könnten wir die Krankheit erst nach dem Eintritt der schweren Erscheinungen, wie Gesichtsblässe, Albuminurie, Störungen der Athmungs- und der Herzthätigkeit erkennen; dann würden auch unsere therapeutischen Bestrebungen nur von geringem Erfolge begleitet sein.

Auch bei den Thierversuchen hat sich die Verschiedenheit im Wesen von Immunisirung und dem von Heilung gezeigt, indem zur Heilung einer Krankheit eine ungleich größere Menge des Heilkörpers nothwendig ist als zur Immunisirung. Zahlreiche Untersuchungen haben festgestellt, daß zur Behandlung einer Krankheit unmittelbar nach Ausbruch der ersten Symptome etwa das Tausendfache der zur Immunisirung genügenden Menge Serum injicirt werden müsse. Es ist demnach durch die Krankheit der Organismus unter ganz veränderte Bedingungen gesetzt. Und hier liegt der Punkt, an welchem die Forschung einzusetzen hat, soll sie auf der nun erreichten Stufe nicht stehen bleiben. Das Studium der durch den Ausbruch der Krankheit erzeugten Veränderungen in der Beschaffenheit der normalerweise vorhandenen Schutzstoffe des Körpers wird uns voraussichtlich zu weiteren Erfolgen führen.

Vorläufig stehen die Meinungen der Experimentatoren über die Art des Zustandekommens einer Heilung einander entschieden gegenüber. BEHRING fand, daß eine im Reagensglase bereitete Mischung von Tetanusgift und von Tetanusheilserum bei der Injection in den Thierkörper keine Krankheitserscheinungen herbeiführe, und er schloß daraus, daß das Heilserum auf das Krankheitsgift zerstörend einwirke. BUCHNER aber stellt die giftzerstörende Wirkung des Heilserums entschieden in Abrede und führt die Heilung auf eine Immunisirung zurück; er sieht das Wesen der Heilserumtherapie in der außerordentlich raschen Immunisirung aller von der specifischen Giftwirkung noch nicht ergriffenen Zellterritorien und leugnet den Einfluß der Serumtherapie auf bereits erkrankte Partien.

In ganz ähnlicher Weise urtheilen TIZZONI und CATTANI, die gerade in Bezug auf die specifische Tetanustherapie eine sehr große Erfahrung besitzen; auch sie glauben, daß das Serum dadurch wirke, daß es die von der Krankheit noch nicht ergriffenen Theile immunisirt und so die Erkrankung zu einer localen macht. Das Heilserum wirkt demnach nicht gleich einem Arzneimittel, das etwa im Organismus das Krankheitsprincip neutralisirt, sondern es schützt diejenigen Körpertheile, welche vom Uebel nicht befallen sind, vor der Krankheit und verhindert damit die schlimmen Folgen der Erkrankung.

Diese Auffassung gibt uns einerseits eine ziemlich befriedigende Erklärung der Heilwirkung, und andererseits warnt sie uns vor überschwenglichen Hoffnungen. In der Bevölkerung ist seit der letzten Naturforscherversammlung ein wahrer Enthusiasmus für das Heilserum zu Tage getreten, und man hofft allgemein, daß der Tod in Folge der Infectionskrank-

heiten, insbesondere der Tod an Diphtherie aufhören werde. Dem ist aber nicht so. Ein frühzeitiges Eintreten der Gesammtinfection oder eine geringere Widerstandsfähigkeit der Gewebe werden die Heilkraft des Serums aufheben. In der Praxis wird es deshalb nicht so selten Fälle geben, in welchen das Heilserum ohne Wirkung bleiben wird; es steht zu befürchten, daß mit dem Bekanntwerden solcher Fälle die Begeisterung rasch verfliegen und in Folge dessen das Mißtrauen gegen die ärztliche Kunst wachsen wird. Es sei mir deshalb hier gestattet, noch einmal vor allzugroßen Hoffnungen zu warnen; auch die Heilkunst hat ihre Grenzen. (Fortsetzung folgt.)

Tod durch Vorstellung (Suggestion).

Von **Dr. Stadelmann** in Saal a. S. *)

Vielfach wird in jüngster Zeit die Suggestion im Hypnotismus von Aerzten bei Kranken zur Heilung oder Besserung von Krankheiten angewendet, vielfach wird sie von unberufener Seite zum Zwecke der Unterhaltung als Experiment an Gesunden einer schaulustigen Menge vorgeführt, die sich über die psychischen Vorgänge dabei ebenso im Unklaren ist wie der laienhafte Experimentator vielleicht selbst. Kann denn ein solches Vorgehen, wie es der schauspielernde Hypnotiseur zeigt, wirklich auch eine gute Einwirkung haben auf meinen erkrankten Körper, oder wird derselbe nicht vielmehr dadurch geschädigt, fragt sich da der Zuschauer, oder birgt es gar die Gefahr des Todes in sich, sich hypnotisiren zu lassen?

Die Suggestion ist das erste Heilmittel, das die Menschheit anwandte, wenn auch nicht in der Form wie heutzutage im Hypnotismus, so doch vielleicht durch die Kraft der Einbildung oder unter der Form irgend einer Aeußerlichkeit. Der therapeutische Werth der Suggestion ist zu bekannt, als daß ich mich länger dabei aufhalten müßte; ebenso bekannt ist die Thatsache, daß Laien, die keine Kenntniß der psychophysiologischen Vorgänge im Organismus haben, ihre Versuchsobjecte an ihrer Gesundheit schädigen können. Kann aber wirklich durch Hypnotisiren, d. h. durch suggestives Einschläfern eines Individuums, der Tod desselben herbeigeführt werden, oder ist der hypnotische Zustand so gefährlich, daß ein Individuum, ohne wieder zum Leben zu erwachen, in die Ewigkeit hinüberschlummert? Nie und nimmermehr; so gut wie der Schlafende wieder erwacht am Morgen, so gut erwacht der Hypnotisirte wieder, wenn die Schlafsuggestion ihre Wirkung verloren hat, wenn der durch die Suggestion ausgeübte Reiz auf den Willen lang genug angehalten hat und sich dann abschwächt. Anders verhält es sich mit der Frage: Kann der Tod eines Individuums herbeigeführt werden, das im Hypnotismus eine dementsprechende Suggestion (Vorstellung) erhält?

Ich will, ehe ich diese Frage zu beantworten versuche, einige Thatsachen als Beispiele bringen. Wir lesen in der Apostelgeschichte „von dem schleunigen Tod Ananiä und Sapphirä". Anania und sein Weib Sapphira, welche sich der neuen apostolischen Gemeinde anschließen wollten und wie die Anderen ihr Hab und Gut verkauften, „um es zu der Apostel Füßen zu legen", die dann Jeglichem das Nothwendige gaben, behielten bei diesem Verkaufe für sich selbst einen Theil ihres Vermögens zurück; Petrus stellte Anania darüber in gewaltigen Worten zur Rede, worauf Anania niederfiel und seinen Geist aufgab. Als dann die beim Verkaufe mitbetheiligte lügenhafte Sapphira zu Petrus kam, um denselben zu täuschen, gerade wie ihr Gemahl Anania, sprach Petrus zu ihr: „Siehe, die Füße derer, die Deinen Mann begraben haben, sind vor der Thür und werden Dich hinaustragen." „Und alsbald fiel sie zu seinen Füßen", heißt es weiter, „und gab den Geist auf." Wenn man die damalige Zeit in Betracht zieht, wo die Apostel eine Machtstellung unter ihrer Gemeinde hatten, wo die Gemeindemitglieder von der Wunderkraft der Apostel überzeugt waren, wo ein großer Autoritätsglaube herrschte, da ist die Wirkung einer Vorstellung, einer Suggestion, wie sie Petrus der Sapphira gab, sicher. Und es war eine gegebene Vorstellung seitens des Apostels, die Sapphira den plötzlichen Tod brachte, es war die Vorstellung des eintretenden Todes. Der französische Gelehrte SALVERTE [1]) schreibt, wie LIÉBEAULT in seinem Buche „Der künstliche Schlaf" mittheilt: „Auf den Sandwichsinseln besteht eine religiöse Gemeinschaft, die sich den Besitz der Himmelsgabe zuschreibt, durch ihr Gebet die Feinde zu tödten, deren sie sich entledigen will. Wenn Jemand sich ihren Haß zuzieht, so zeigt sie ihm an, daß sie mit ihren Verwünschungen gegen ihn beginnen werde; meist genügt diese Erklärung, um den dem Banne verfallenen Unglücklichen vor Schreck sterben zu lassen oder zum Selbstmord zu bewegen." BRIÈRE DE BOISMONT [2]) berichtet, theilt LIÉBEAULT weiter mit, „daß im Jahre 1662 eine junge Engländerin, Miß Lee, in Folge einer nächtlichen Vision zu der Ueberzeugung kam, daß sie an demselben Tage Mittags sterben würde; sie traf demnach ihre Anordnungen und starb zu der angegebenen Stunde trotz der Bemühungen zweier Aerzte, die erschienen waren, um ihr diese thörichte Vorstellung zu benehmen".

Umgekehrt gibt es Beispiele aus dem täglichen Leben, daß durch Vorstellung die Lebenskraft sich länger erhalten kann, als man nach dem augenblicklichen Stande schließen sollte. Ein todtkranker Vater z. B. sagt sich, er kann nicht eher sterben, bis er seinen Sohn gesehen, der weit weg von seinem Vater nach längerer Reise an das Sterbebett kommt; und mit dem Eintreten des Sohnes in das Krankenzimmer haucht der Vater seinen Geist aus. Im Volksmunde geht die Sage vom ewigen Juden, der nicht sterben konnte, weil er den Heiland von seiner Schwelle wies.

Im ersten angeführten Beispiele wurde der Tod eines Individuums hervorgerufen durch gegebene Vorstellung des Todes seitens eines Anderen, durch Fremdsuggestion, die sich ausnimmt wie Prophezeiung. Wenn Petrus zu Sapphira sagt: „Die Füße Derer, die Deinen Mann begraben haben, sind vor der Thür und werden Dich hinaustragen", so ist nicht anzunehmen, daß bereits Jünger vor der Thüre warteten, in der Absicht, den Leichnam der zum Tode bestimmten Sapphira hinauszutragen, es handelt sich vielmehr, wie schon erwähnt, um eine Suggestion, eine Vorstellung des herannahenden Todes, welche seitens der Frau appercipirt wurde und ihre Reaction in so drastischer Weise zeigte, und nicht um ein Voraussehen des Todes der Sapphira. Die Prophezeiung ist eine posthypnotische Suggestion, und „es bildet", wie LIÉBEAULT sagt, „der feste Glaube des Einzelnen an die Versicherung die Ursache des angekündigten Erlebnisses". Wenn die erwähnte Miß Lee von ihrer Sterbestunde träumte, so hatte sie damit keine „Ahnung" ihres herannahenden Todes, sondern es prägte sich ihr der Gedanke des Sterbens in ihrem Bewußtsein so tief ein — Autosuggestion —, daß sich die Vorstellung wirklich umsetzte. Verloren gehen kann eine aufgetretene Vorstellung nicht; es gilt, wie überall, auch in der Psychologie das Gesetz von der Erhaltung der Kraft. Die Vorstellung kann zwar durch entgegengesetzte Vorstellungen wieder beseitigt werden; aber dazu bedarf es wieder einer gewissen Energie, gegentheiliger Vorstellungen, es liegt dann die Arbeitsleistung in der theilweisen oder ganzen Neutralisation der Vorstellungen. Hat sich die erste Vorstellung, wie hier bei Miß Lee, so stark in's Bereich des Bewußtseins hineingedrängt, daß entgegengesetzte Vorstellungen (seitens der Aerzte) nicht mehr neutralisiren können, so muß diese erste Vorstellung unter allen Umständen sich umsetzen und wie hier den Tod bedingen. Der Traum der Miß Lee kann auch nicht als „Ahnung" aufgefaßt werden, denn Träume bedeuten ebenfalls keine Prophe-

*) Wir reproduciren die im December-Hefte 1894 der „Zeitschr. für Hypnotismus" erschienenen Ausführungen STADELMANN's, weil wir dieselben im Hinblick auf den jüngst in Ungarn während der Hypnose erfolgten Tod eines von einem Laien hypnotisirten Mädchens für bemerkenswerth halten. D. Red.

[1]) Des sciences occultes.

[2]) Traité des hallucinations.

zeiungen, sondern sind schon einmal Gehörtes, Gedachtes u. s. w. in ungeordneter Reihenfolge. Ahnung oder Prophezeiung eines bevorstehenden Todes ist nur möglich, wenn alle äußeren Umstände darauf schließen lassen, daß es nicht anders sein kann, als daß z. B. der Soldat im Krieg fällt. Im angeführten Falle des Apostels Petrus und der Sapphira handelt es sich also um eine Fremdsuggestion, im Falle Miß Lee um eine Autosuggestion. Es ist ersichtlich, daß Suggestion den Tod zur Folge haben kann; und so wird auch die Suggestion im Hypnotismus keine Ausnahme machen können. Was ist Tod? Was ist Suggestion? Stellen wir uns unseren Organismus als durch eine unendlich lange Reihe von Jahren dauernden Entwicklungsproceß entstanden vor und fassen wir alle Lebensäußerungen auf als Reactionen von Reizeinwirkungen, welche unseren Willen treffen, und rechnen dazu auch die Thätigkeit der längsgestreiften Musculatur, alle „automatischen“ Vorgänge in unserem Körper, welche in dem großen Entwicklungsgange als dem Willen angezüchtet betrachtet werden müssen, so bedeutet Tod das Aufhören aller dieser Reize auf den Willen. Suggestion ist die Reizeinwirkung auf den Willen in einem bestimmten, momentan eingeengten Bewußtseinszustande. [3]) Durch Suggestion können nicht nur die willkürlichen Handlungen oder Unterlassungen bestimmt werden, sondern auch die im Laufe der Entwicklung angezüchteten Willensäußerungen und -handlungen. Der Suggestion folgt die Athmung, die Herzthätigkeit u. s. w. Durch Vorstellung können genannte Thätigkeiten beschleunigt oder verlangsamt werden, warum dann nicht aufgehoben? Wenn willkürliche Handlungen durch Suggestion aufhören und die Suggestion auch einen Einfluß hat auf die „automatischen“ Bewegungen im Körper, kann sie dann nicht auch diese zum Stillstande zwingen? Theoretisch ist der Beweis erbracht, daß durch Suggestion in der Hypnose Tod eintreten kann. Wir werden jedoch kaum in die Lage kommen, einen Fall von Tod durch Suggestion in Hypnose kennen lernen zu müssen. **Der hypnotische Zustand selbst als solcher ist nach diesen Ausführungen absolut nicht geeignet, den Tod eines Individuums zu bedingen.** Hypnotischer Zustand ist eine verlängerte Suggestion von Schlafsymptomen, und der Schlafende wacht wieder auf, wenn er lang genug geschlafen hat. Es darf sich Jeder ruhig hypnotisiren lassen von einem Sachkundigen, ohne eine Schädigung seiner Gesundheit oder gar Tod fürchten zu müssen.

[3]) STADELMANN, Das Bewußtsein und seine physiologischen Veränderungen. Würzburg 1894.

Militärärztliche Zeitung.

Gedanken und Ideen

über den

ärztlichen und Blessirtenträger-Dienst auf den Schlachtfeldern der nächsten Zukunft.

Wenn man die ungeheure Schießschnelligkeit und die große Propulsivkraft der kleincaliberigen mit rauchschwachem Pulver und Stahlpanzergeschossen geladenen Magazinsgewehre und die exorbitanten Massen von Kämpfenden bei einer Entscheidungsschlacht zwischen europäischen Großmächten in naher Zukunft bedenkt, so wird man von Zweifeln erfaßt, ob es überhaupt möglich sein werde, die so zahlreichen Verwundeten, namentlich wenn diese Schlachten auf mehr ebenem und offenem — nicht coupirtem — Terrain stattfinden, rechtzeitig bergen und ärztlich besorgen zu können.

Wahrhaft großartig sind die diesbezüglichen und jene Vorkehrungen Oesterreich-Ungarns, welche zum Transporte der Verwundeten und Kranken in die Spitäler nächst dem Schlachtfelde und in jene der rückwärts gelegenen Provinzen dienen. Man denke nur an die diesbezüglichen, weit ausgreifenden Vorsorgen der Kriegsverwaltung und an jene der Organisation des Rothen Kreuzes und der Ritterorden zur freiwilligen Sanitätspflege im Kriege! Daß dem militärärztlichen Officierscorps kein kleiner Antheil hieran zukommt, bedarf wohl nicht erst einer besonderen Ausführung.

Recht ausführlich und mit voller Beherrschung aller hiebei in Frage kommenden Verhältnisse und Wissenschaften hat über dieses Thema der Docent der Kriegs-Chirurgie an der Wiener Universität, Regimentsarzt Dr. HABART, nachdem er früher über die Art und Beschaffenheit der Schußwunden von kleincaliberigen gepanzerten Projectilen und über die Antisepsis auf dem Schlachtfelde auf Grund eigener Experimente und Erfahrungen und mit Benützung der einschlägigen Literatur in gleicher Weise geschrieben hatte, in den Nummern 37—40 vom Jahrgange 1894 der „Wiener Med. Presse“ geschrieben; doch glaube auch ich im Hinblicke auf die ersichtliche Wichtigkeit der Angelegenheit meine durch frühere Erfahrungen angeregten Gedanken und Ideen über die für die Verwundeten auf einem ebenen offenen Schlachtfelde selbst zu ergreifenden Maßregeln, so paradox sie auch scheinen mögen, zu weiterer Prüfung, bezw. Versuchen [1]) veröffentlichen zu sollen.

Betrachtet man die Situation der Blessirtenträger auf einem derartigen Schlachtfelde, so haben selbe von der Plänklerkette, wo die vordersten Verwundeten liegen werden, bis auf 3000—4000 M., ja sogar 4000—5000 M. rückwärts — die Gewehre von 11 bis 9 Mm. Caliber tragen 3000—4000 M., jene von 6·5—5 Mm. Caliber sogar 4500—5000 M. weit — in jenen Fällen, wenn das Terrain beider Plänklerreihen in der Entfernung von 500—1000 M. von einander einige Deckung gewähren sollte, sonst meistens nur auf 2000—3000 M., eine Fläche zu begehen, über welche meist in Manneshöhe mehr weniger dicht die kleinen Geschosse dahinsausen. Wie wäre es möglich, daß die Blessirtenträger, welche sich nicht durch Liegen und Fortkriechen auf der Erde wie ihre kämpfenden Kameraden einige Deckung oder wenigstens den Vortheil, den möglichst kleinsten Theil ihres Körpers den feindlichen Geschossen darzubieten, verschaffen können, unverwundet zu den Blessirten gelangen könnten! Daß die Kriegführenden in kurzen Zwischenräumen die Schlacht behufs Bergung der Verwundeten und Todten, namentlich in so kurzen Zeitintervallen, als sie zur Rettung vieler Arten von Schwerverwundeten nöthig wären, unterbrechen werden, ist nicht zu erwarten. Hiebei muß auch erwogen werden, daß die mit großer Kraft getriebenen, mit einer glatten und festen Außenwand — den Panzer — versehenen, kleincaliberigen Gewehrgeschosse weit häufiger als die früheren Geschosse in die großen Körperhöhlen dringen und Eingeweide verletzen, wie auch die großen Arterien perforiren; es wird also eine relativ größere Zahl von Schwerverwundeten geben als früher.

Was die Dringlichkeit des ärztlichen Eingreifens betrifft, so seien hier nur als in erster Reihe stehend die Verletzungen der großen Arterien am Halse und jener nächst dem Stamme: der Aa. subclavia, axillaris, iliaca communis und der oberste Theil der A. cruralis-, deren Blutung nicht durch Aderpressen, sondern blos durch Fingerdruck durch kurze Zeit von Laien gestillt werden kann, und die Verletzungen der Unterleibsorgane hervorgehoben. Letztere, welche durch die kleincalibrigen gepanzerten Gewehrgeschosse jedenfalls viel häufiger als früher werden erzeugt werden, werden seit der Ausbildung des antiseptischen und aseptischen Verfahrens durch baldigen operativen Eingriff (Vernähung der Darm-, Leber-, Milz-, Blasen- u. s. w. Wunden) viel häufiger als früher zur Heilung gebracht, und zwar um so sicherer, je schneller der ärztliche Eingriff stattfindet und je weniger daher Darm- oder Blaseninhalt, Galle u. dgl. in den Bauchfellsack geflossen war.

Im Ganzen werden künftighin viel häufiger als früher derlei schwere Verletzungen vorkommen, welche ein operatives Eingreifen in kürzester Frist benöthigen. [2]) Es müßte daher — wie bereits

[1]) Da die Versuche zur Herstellung der gleich anzuführenden Vorrichtungen ziemlich hoch kommen dürften, so wäre wohl nur der Staat oder die oben erwähnten Vereine und Corporationen berufen, selbe vornehmen zu lassen.

[2]) Dagegen werden auch viele Verletzungen vorkommen, welche ohne Gefahr direct dem Haupt- (Divisions-) Verbandplatze zugeführt werden können; es wird diesbezüglich schon bei der Auflesung der Verwundeten die Entscheidung getroffen werden müssen.

erwähnt — in gewissen Momenten der Schlacht dieselbe immer nach mehreren Minuten unterbrochen werden, wenn nur ein größerer Theil der Schwerverwundeten gerettet werden sollte; da eine so häufige Unterbrechung nun nicht erwartet werden kann, so sollte man trachten, daß die Blessirtenträger unverwundet zu den Blessirten gelangen, dieselben eventuell verbinden und sie weiter unverletzt auf den in entsprechender Nähe des Kampfplatzes aufzustellenden Hilfsplatz transportiren können.

Diesen Anforderungen kann wohl nur entsprochen werden, wenn man Blessirtenträger und Hilfsplatz mit auf circa 200 M. kugelsicheren Schutzwänden umgibt und den Blessirten in einer derlei Lade liegend transportirt. Da nun diese Schutzvorrichtungen wohl am besten aus starkem Eisen- oder Stahlblech herzustellen und allenfalls zu einiger Verstärkung des Widerstandes und behufs Verminderung des Aufschlagsschalles mit dichtem und ziemlich dickem Filzstoff zu bedecken wären, so würden dieselben ziemlich schwer werden; selbe müßten daher auf Rädern fortgebracht werden.

Nach meiner Ansicht ließe sich dies auf nachfolgend angegebene Art durchführen, wobei zu bemerken ist, daß die Größen- und Formverhältnisse der Vorrichtung nur beiläufig angegeben sind und erst, besonders rücksichtlich des hiebei zu bewältigenden Gewichtes, näher ermittelt werden müßten.

Zum Vordringen in die Gefechtslinie und Ueberführen der Verletzten auf den Hilfsplatz oder directe auf den Verbandplatz dürfte ein zweiräderiger Karren, an welchem nach vorne eine ungefähr halbkreisförmige Schutzwand für die zwei ziehenden Blessirtenträger leicht entfernbar befestigt wäre, und welche von einem Rade getragen würde, entsprechen. Der Durchmesser dieser einen hohlen Halbcylinder bildenden Schutzwand dürfte circa 160 Cm. und die Höhe derselben circa 168 Cm. betragen, um in ihrem Innern zwei Blessirtenträger bergen und denselben die hinreichende Bewegungsfreiheit zum Fortziehen und bezw. Fortschieben des ganzen dreiräderigen Wagens als auch der Schutzwand für sich allein gewähren zu können. Das Rad des Schutzmantels müßte in der Mitte des unteren Mantelrandes angebracht sein und seine obere Hälfte in einem möglichst engen Ausschnitte des Mantels laufen; es könnte einen Durchmesser von circa 50 Cm. haben. Da unterhalb des unteren Randes des Mantels die Unterschenkel und Füße der innerhalb desselben befindlichen Blessirtenträger unbeschützt blieben, so müßten selbe mit entsprechenden, auf den Halbstiefeln anzubringenden Eisen- oder Stahlschienen bedeckt werden. Der Mantel, eventuell sammt Filzdecke, müßte in der Mitte und auf den Seiten in der Augenhöhe eines mittelgroßen Mannes mehrere kleine Löcher (von circa 3—4 Mm. Durchmesser) haben, um das vorliegende Terrain übersehen zu können; einzelne, wenigstens je eines rechts und links, könnten für das nächste Terrain größer (von circa 2—4 Cm. Durchmesser) sein, müßten aber nach abwärts gerichtet und mit einem entsprechenden Deckbleche versehen sein. In der Höhlung des Mantels sollten ungefähr 30 Cm. von der Mitte desselben nach außen auf jeder Seite über einander zwei starke Eisenstangen angebracht sein, welche in horizontaler Richtung beweglich wären. Die obere müßte in Schulterhöhe angebracht sein und circa 8 Cm. von ihrem Ansatze eine nach abwärts hohle Einbiegung zur Aufnahme der Schulterhöhe haben und an ihrem Ende mit einer senkrechten runden Hülse von circa 3 Cm. Durchmesser versehen sein [3]; die untere Stange sollte in der Höhe der Hauptstangen des Karrens angebracht sein und hätte nur den Zweck, mittelst eines an ihrem freien Ende angebrachten, rechtwinkelig nach abwärts gehenden runden Zapfens, der in einem entsprechenden Oehre am Ende der Hauptstange ruhen müßte, Karren und Mantel gesichert verbunden erhalten zu helfen. [4]) Die obere Stange dürfte eine Länge von 100 Cm. und die untere eine solche von 60 Cm. nothwendig haben.

An der inneren Mantelfläche sollten unten seitlich vom Rade je zwei ziemlich dicke Zapfen von der Länge des Radhalbmessers und mit einer aufgesetzten stumpfen Spitze derart befestigt sein, daß selbe nach Art der Taschenmesser sowohl am Mantel belassen, als auch aufgeklappt und dadurch in die verticale Lage gebracht, nun mittelst Federn in selber festgehalten werden können, um den Mantel aufrecht stehend zu erhalten. Einige Centimeter nach unten innen von der oberen Stange sollte auf jeder Seite des Mantels ein längliches Oehr zur Aufnahme eines starken mit einer entsprechenden Schnalle versehenen Gurtes für die beiden Blessirtentransportirer zum Schieben des Dreirades oder zum Ziehen des Schutzmantels allein angebracht sein. In Beckenhöhe, in der Mitte des Mantels müßte ein circa 35 Cm. langer Griff angebracht sein, um damit als Hebel den Mantel und mit ihm das ganze Dreirad etwas drehen zu können.

Der zur Fortbringung eines einzigen Verwundeten dienende zweiräderige Karren könnte die Form eines modificirten, etwas niedereren und schmäleren Streifkarrens haben, auf welchem eine auf Federn ruhende Lade aus starkem Eisen- oder Stahlblech zur Aufnahme des Blessirten [5]) befestigt wäre; dieselbe sollte ganz aus Schmiedeeisen hergestellt und möglichst leicht sein. Der Karren müßte mit zwei senkrechten (eisernen) Stangen, welche mit einem runden Zapfen zur Aufnahme der gleichseitigen oberen Stange des Mantels versehen sind und mit zwei horizontalen, etwas nach außen abgebogenen Leitstangen, welche an ihrem freien Ende je ein verticales rundes Loch zur Aufnahme des Zapfens an der unteren Mantelstange haben, versehen sein. Die Lade, bezw. der Deckel müßte oben kleine Luftlöcher haben und sollte der Schwerpunkt der ganzen Plattform des Karrens in deren hinteren, nicht mit den Leitstangen versehenen Theil verlegt werden, so daß derselbe den Mantel heben hülfe, auf daß damit auch das Dreirad leicht stark gedreht werden könnte. An der Lade oder dem Lagerrahmen könnte man am freien Ende einen Stützstab anbringen, der zurückklappbar wäre und, aufgestellt, die Lade sammt Plattform in der wagrechten Lage erhalten würde. An beiden Leitstangen könnte auch je ein Oehr zur Aufnahme des Gurtes zum Ziehen des Karrens angebracht werden. Zwei kräftige Männer dürften immerhin eine derartige hinreichend starke Vorrichtung auch auf ziemlich ansteigendem Terrain gut fortbringen können. In manchen Terrainverhältnissen dürfte es nothwendig werden, kurze Strecken mit dem Mantel allein zu machen, um den Blessirten, gesichert vor neuen Verletzungen, versorgen und aufladen zu können.

Als Hilfsplatz dürfte ein halbcylinderischer Schutzmantel von circa 2·5 M. Durchmesser und circa 2 M. Höhe, welche mit einer flachen Halbkuppel als Dach nach oben abschließen könnte, dienen, der, auf einem niederen Wagen untergebracht, eine Art Kibitka bilden würde. Der zum Schutzmantel gehörige Boden sollte gleichfalls aus kugelfestem Bleche hergestellt sein und ganz auf dem leicht entfernbaren Hinterwagen ruhen, so daß nach Entfernung des Vorderwagens, welcher mit einem entsprechend großen Kasten zu versehen wäre, der Hinterwagen auf die Erde niedergelassen werden könnte, womit der Hilfsplatz hergestellt wäre. Auf beiden Seiten besagter Schutzwand könnten dann noch je zwei Stücke Schutzwand entsprechend befestigt aufgestellt werden, um als erweiterter Hilfsplatz zu dienen. Die 4 Mantelstücke, ein Operationstisch und zwei Feldsessel etc. könnten im Hinterwagen, die Instrumente und das Verbandmaterial u. dgl. im Kasten des Vorderwagens untergebracht sein. Hinsichtlich der Wagengestelle und Radhemmungen des Dreirades und des fahrbaren Hilfsplatzes ist wohl eine nähere Ausführung überflüssig. Zwei starke Pferde dürften zur Fortbringung eines solchen fahrbaren Hilfsplatzes ausreichen.

Ein großes Genferkreuz müßte selbstverständlich außer den Reichsfarben auf der äußeren Fläche des Dreiradmantels angebracht werden, während der fahrbare Hilfsplatz seine vorgeschriebenen Fahnen behielte.

Dr. Josef Kirchberger, k. u. k. Stabsarzt d. R.

[3]) Diese Hülse sollte getheilt sein und mittelst eines vorne angebrachten Charniers von innen geöffnet und nach Aufnahme des betreffenden Zapfens auf eine einfache Art fest geschlossen werden können.

[4]) Die unteren Stangen könnten übrigens auch zum Vorwärtsschieben des Schutzmantels allein benützt werden.

[5]) Statt der Lade dürfte eine in einem Rahmen ausgespannte Leinwand zur Auflagerung der Blessirten wegen deren Leichtigkeit besser entsprechen, wobei jedoch ein kugelsicherer hohler Deckel den Blessirten schützen müßte. Der Deckel könnte auch getheilt sein, so daß in Fällen, wo Kugelschüsse von der Seite nicht zu befürchten wären, behufs Lastverminderung der für den oberen Körpertheil bestimmte Theil des Deckels (ca. ein Drittel desselben) abgenommen und auf dem Hilfsplatze belassen werden könnte, da ja der Schutzmantel auch den Blessirten dortselbst mit schützen würde.

Referate und literarische Anzeigen.

J. Mikulicz (Breslau): **Ueber die Exstirpation des Kopfnickers bei musculärem Schiefhals.**

Sowohl die offene Durchschneidung des verkürzten Kopfnickers als auch die subcutane Tenotomie weisen Mängel auf, die hauptsächlich in der Schwierigkeit der Nachbehandlung und in der Gefahr des Recidivs begründet sind. M. hat sich daher („Centralbl. f. Chir.", 1895, Nr. 1) zuerst in einigen Fällen von hochgradiger Verkürzung des Muskels entschlossen, denselben ganz zu exstirpiren. Schon der Erfolg der ersten so operirten Fälle war ein so günstiger, daß M. in der Folge in allen schweren Fällen, auch in solchen, in welchen durch den Inductionsstrom noch eine leichte Erregbarkeit des Muskels constatirt werden konnte, die Exstirpation des Muskels ausführte.

Die Technik dieser Operation ist folgende: Ein Längsschnitt von 3—4 Cm. wird zwischen der Clavicular- und Sternalportion des Kopfnickers durch Haut und Platysma geführt. Indem die Wundränder mit scharfen Haken das eine Mal nach der Sternalportion, das andere Mal nach der Clavicularportion verschoben werden, unterminirt man beide Muskelpartien theils mit dem Messer, theils stumpf, dicht an ihren Insertionsstellen. Während man zum Schutze der darunter liegenden Theile ein Elevatorium unterschiebt, löst man die Muskelenden unmittelbar am Knochen von der Clavicula und dem Sternum ab; ist dies geschehen, so faßt man jedes Ende mit einer Arterienklemme und zieht es kräftig nach oben; theils stumpf theils mit dem Messer schabend, löst man jede Portion bis an die Vereinigungsstelle aus ihrer Umgebung. Während bisher der Kopfnicker durch entsprechende Stellung des Kopfes mäßig gespannt wurde, wird der Kopf bei der Herauslösung des gemeinsamen Muskelstückes so weit als möglich in der pathognomonischen Richtung geneigt. So gelingt es, von derselben kleinen Wunde aus den Muskel bis an den Processus mastoideus herauszulösen; hier wird er nun möglichst nahe am Warzenfortsatz mit der Scheere abgetrennt, mit Ausnahme der hinteren obersten Partie, durch die der Ast des Nervus accessorius dringt.

Nach Exstirpation des Muskels streckt man den Kopf so weit als möglich nach der entgegengesetzten Seite. In der Regel spannen sich jetzt noch einzelne Faserzüge, die der Muskelscheide angehören und oft bis dicht an die Scheide der großen Gefäße reichen; auch diese werden sorgfältig herauspräparirt und entfernt.

Bei der Exstirpation des Muskels muß man sich vor zwei Nebenverletzungen in Acht nehmen: vor der Verletzung der Vena jugularis interna und vor der Verletzung des den Muskel durchsetzenden Astes des Nervus accessorius Nach Vollendung der Operation wird die Wunde vollständig vernäht (ohne Drain); leichter Compressivverband; Fixirung des Kopfes in wenig corrigirter Stellung.

Auf diese Weise wurden 17 Fälle von musculärem Schiefhals operirt, und zwar wurde der Muskel 8mal partiell, 9mal total exstirpirt. In Bezug auf die Nachbehandlung wurde anfangs auch bei der Totalexstirpation orthopädisch vorgegangen. In der letzten Zeit ist aber M. davon immer mehr abgekommen, da es scheint, daß sich auch ohne jegliche orthopädische Nachbehandlung die normale Stellung von Hals und Kopf wieder herstellt, soweit ihr nicht schwere secundäre Veränderungen in den Halswirbeln im Wege stehen. Immerhin dürfte selbst in den nicht complicirten Fällen eine Nachbehandlung durch Massage und redressirende Bewegungen die Herstellung normaler Verhältnisse beschleunigen. Der Enderfolg war in allen Fällen, die M. Gelegenheit hatte, längere Zeit nach der Operation zu untersuchen, ein so vollkommener, wie er ihn nach der einfachen Tenotomie nur selten gesehen hat. In Bezug auf die Stellung des Kopfes wurden absolut normale Verhältnisse wieder hergestellt.

Als einziger Nachtheil der Methode in cosmetischer Hinsicht muß die durch den Wegfall des Kopfnickers bedingte Abflachung des Halses gelten. Aus diesem Grunde empfiehlt M. das Verfahren nur für die schwereren Fälle, zumal wenn sie durch eine orthopädische Behandlung oder durch die einfache Tenotomie nicht zu heilen sind. In den 17 Fällen von Exstirpation des Muskels war eine derartige Behandlung ohne Erfolg vorangegangen. Bs.

Sophie Gomberg (Bern): **Ueber die Belebungsversuche beim Chloroformtode.**

Anläßlich eines Chloroformcollapses in Folge von Herzsynkope auf der Kocher'schen Klinik in Bern, der durch die Transfusion beseitigt wurde, nachdem alle anderen Methoden sich als nutzlos erwiesen hatten, studirte Sophie Gomberg („D. Ztschr. f. Chir.", Bd. 39, Heft 5/6) von Neuem die noch immer strittige Wirkung, ob der Chloroformtod vom Herzen oder vom Athmungsapparat ausgehe. Bei Versuchen mit 9 Kaninchen, 6 Hunden und 1 Katze erfolgte ein einziges Mal Herzsynkope, die durch Salzwasserinfusion behoben wurde, ein einziges Mal gleichzeitig Herz- und Athmungsstillstand; in allen übrigen Fällen stand die Athmung still bei noch schlagendem Herzen, und zwar durchschnittlich nach 5—11 Minuten, einmal erst nach 44 bei einem besonders gut genährten Institutshunde. Die eine Herzsynkope war nach 8 Minuten, der gleichzeitige Herz- und Athmungsstillstand nach 21 Minuten eingetreten. Die physiologische Wirkung des Aethers als Anästheticum stimmte im Allgemeinen mit derjenigen des Chloroforms überein, der Unterschied war nur ein gradueller, d. h. um dieselbe Wirkung, wie beim Chloroform zu erreichen, brauchte man stärkere Concentration. Lid- und Nasenreflexe verschwanden bei Aetherathmung meist später, als bei Chloroform; Athmungsstillstand trat bei Aetherisirung erst nach 12—23 Minuten ein.

Hinsichtlich der Behandlung ergaben die Experimente, daß die mit 25% und 50% Chloroformdampf narkotisirten Thiere nach gefahrdrohendem Collaps durch Luftathmung wieder belebt werden konnten; bei Athmung von mit Chloroformdampf gesättigter Luft (100%) blieben die Resultate der Wiederbelebungsversuche mit Luft, Massage, Transfusion fruchtlos. Die Kochsalzinfusion ergab bei lebensgefährlich betäubten Thieren zweifelhafte Resultate. Auch den Aethertod verhinderte die Salzwasserinfusion nicht. Da Stillstand der Athmung die häufigste Ursache des Narkosencollapses war, dieser Zustand aber durch Asphyxie der Gewebe ein tödtlicher ist, so ist es verständlich, daß im Allgemeinen dem tödtlichen Ausgang durch künstliche Athmung vorgebeugt werden kann, wie es ja auch Cushny stets glückte, daß aber die Infusion ohne diese in der Regel nicht helfen wird. R. L.

R. Kobert (Dorpat): **Ueber den jetzigen Stand der Frage nach den pharmakologischen Wirkungen des Kupfers.**

K. gibt zunächst („D. med. Woch.", 1895, Nr. 1 u. 3) einen kurzen geschichtlichen Abriß über die therapeutische Verwendung der Kupfersalze, welche gewiß bis in das zweite Jahrtausend vor Beginn unserer Zeitrechnung zurückreicht. Eine Zeit hindurch gänzlich vergessen, fand das Kupfer in den letzten Jahren in verschiedenen Ländern wieder Lobredner. Die von neueren Autoren für den internen Gebrauch des Kupfers in nicht Brechen erregender Dosis als geeignet bezeichneten Krankheiten sind: acute und chronische Erkrankungen des Darmes, verschiedene Hautkrankheiten, Tuberculose, Chlorose und andere Anämien, Syphilis, nervöse Erkrankungen.

K. versucht nun, den durch die Kupfermedication unzweifelhaft bedingten günstigen Resultaten eine physiologische Grundlage zu geben. Er zieht zu diesem Zwecke die Erfahrungen mit dem Kupfer bei Pflanzen heran (das Kupfer ist für viele Mikropflanzen giftig, für viele Makropflanzen aber hat es die Bedeutung eines normalen Bestandtheiles oder mindestens eines Tonicums), bespricht ferner die Bedeutung des Kupfers für Thiere, bei welchen das Kupfer theils als Federfarbstoff, theils als Blutfarbstoff vorkommt. Für unsere Hausthiere kann ein minimaler Kupfergehalt des Organismus als wenn auch nicht gerade zum Leben nöthig, so doch in keiner Weise schädlich und nicht selten vorhanden bezeichnet werden. Was nun die Erfahrungen beim Menschen betrifft, so ist das Kupfer in den Organen von Menschen, welche dasselbe nicht arzneilich ein-

genommen hatten, schon zu wiederholten Malen gefunden worden, wofür der Kupfergehalt der Nahrung als Ursache anzusehen ist.

Um nun festzustellen, in welchen Geweben oder Organen sich das Kupfer ablagert, was bisher nicht bekannt war, ließ K. durch seinen Schüler KLEMPTNER Versuche mit intravenöser Einspritzung von weinsaurem Kupferoxyd-Natron anstellen. Es ergab sich, daß wenige Stunden nach den Einspritzungen das Serum des Blutes wieder völlig kupferfrei war, dagegen fand sich unzweifelhaft Kupfer in den Blutkörperchen. Es bildet sich eine constant zusammengesetzte Verbindung von Kupfer und Hämoglobin, die, in sehr geringen Mengen neben normalem Hämoglobin vorhanden, die Vitalität des Blutkörperchens offenbar nicht stört, während bei ihrem Ueberwiegen im Blutkörperchen letzteres zur Uebertragung des Sauerstoffes unbrauchbar wird, seine Vitalität verliert und in der Leber eingeschmolzen wird, die daher bei jeder Kupfervergiftung kupferhaltig wird. Es ist nicht unmöglich, daß auch andere Gewebe des thierischen und menschlichen Körpers chemisch constant Kupferverbindungen eingehen. Es ist nun denkbar, daß der normale Mensch zwar von der Anwesenheit kleiner Kupfermengen in seinem Organismus keinen Vortheil hat, wohl aber der kranke Mensch. Vielleicht wirken aber selbst auf den gesunden Menschen wie auf den gesunden Weinstock die kleinen Kupfermengen tonisch. Beim Kranken lassen sich von kleinen Kupfermengen namentlich antiparasitäre und tonische Wirkungen erwarten, und zwar bei Tuberculose, Scrophulose, Lupus, Lues, Eczem, Chlorose etc.

Als das zu diesem Zwecke geeignetste Präparat bezeichnet K. eine von ihm hergestellte Verbindung von Kupfer und Hämoglobin, das Kupferhämol, welches vom Darmcanal aus ohne irgend welche Indigestionsstörungen resorbirt wird. Der Kupfergehalt desselben beträgt 2%. Es empfiehlt sich folgende Verordnung:

Rp. Haemoli cuprat. . . . . 0·1
Pastae cacao arom. . . . . 0·5
M. f. p. d. t. d. Nr. 20.
S. 3mal täglich 1 Pulver.

Als Maximaldose kann 3 × 0·5 Kupferhämol gelten. Die ersten Vergiftungserscheinungen würden in Uebelkeit, Salivation, Erbrechen, Durchfall und Muskelschwäche bestehen. K. verfügt bezüglich dieses Mittels bereits über eine Reihe von Erfahrungen am Krankenbette. s—s.

Leitfaden der gerichtlichen Medicin für Studirende und Aerzte. Von Dr. **K. J. SEIDEL**, a. o. Professor an der Universität und gerichtlichem Physikus in Königsberg i. Pr. Berlin 1895, S. Karger.

Das vorliegende, 296 Seiten starke Buch bezieht sich lediglich auf die deutsche Strafproceßordnung, und nur ein einzigesmal (beim Kindesmord) wird der österreichischen Strafgesetze Erwähnung gethan. Trotzdem ist die Lectüre desselben auch für uns von Interesse, da ja der Stoff im Großen und Ganzen sich über alle wissenswerthen Fragen der gerichtlichen Medicin verbreitet.

Auffällig ist die höchst stiefmütterliche Behandlung des 2. Abschnittes (der sich mit der Geschlechtssphäre befaßt), während die Abschnitte über Vergiftungen und über die Leichenschau, respective Oeffnung, mit exactem Fleiße durchgearbeitet sind.

Zu erwähnen ist ferner der Mangel selbst der nothwendigsten Illustrationen (als: Genitale eines Zwitters, Blutspectrum, Schädelfissuren beim Neugeborenen u. dgl.) und die oft zu weit gehende Voraussetzung specieller Kenntnisse (z. B. mikroskopisches Bild des Secale corn.), wodurch sowohl der Studirende, als der Arzt wiederholt genöthigt sein dürften, ein größeres Lehrbuch zu Rathe zu ziehen.

Den Schluß des Leitfadens bildet ein lehrreiches Capitel über „kunstwidriges Verfahren der Aerzte“.

Möge der Wunsch des Verfassers, der durch sein Buch das Interesse für gerichtliche Medicin in Deutschland heben will, recht bald in Erfüllung gehen, wir Oesterreicher aber wollen nach wie vor aus unsererem HOFMANN lernen! PILZ.

Aetiologie und Pathogenese der epidemischen Diphtherie. Von **Prof. Dr. Theodor Escherich** in Graz. I. Der Diphtheriebacillus. Mit 2 Tafeln und 6 Holzschnitten. Wien 1894, A. Hölder.

Die klinische Forschung der Gegenwart steht ohne Zweifel unter dem Zeichen der Bacteriologie. Mächtige und fruchtbare Impulse, wie die ätiologische Gruppirung der Krankheiten, die Benützung der Bacillen zur Diagnose, das Suchen nach specifischen Heilmitteln sind von den stillen Arbeitsstätten der bacteriologischen Laboratorien ausgegangen und manche andere Fragen, die sich aufdrängen, wird der Kliniker in Zukunft nur unter Mitwirkung der Bacteriologie zu lösen vermögen. Ein besonders lehrreiches Beispiel hiefür liefert die Entwicklung der Lehre von der Diphtherie seit der Entdeckung des LÖFFLER'schen Bacillus und die ungeahnt großen und weittragenden Fortschritte, die im Anschlusse an jene Entdeckung in der Kenntniß dieser Krankheit in ätiologischer, diagnostischer und therapeutischer Richtung gemacht worden sind. Es ist daher als eine dankenswerthe Bemühung anzusehen, wenn nunmehr der Versuch gemacht wird, die Summe der neugewonnenen Kenntnisse zu ziehen und darzulegen, welch' bedeutsame Umwälzung dadurch die Klinik erfahren hat. In dem vorliegenden Werke unternimmt E. diesen Versuch, und die Art und Weise, wie er seiner Aufgabe gerecht wird, muß als eine sehr glückliche und durchaus gelungene bezeichnet werden. Es dürfte auch kaum jemand Anderer mehr berufen erscheinen, dieses Gebiet in der angeführten Weise zu bearbeiten, als gerade ESCHERICH, der selbst an vielen einschlägigen Fragen werkthätig mitgearbeitet hat, und der überdies in der Pädiatrie sowohl wie als Bacteriologe eine gleich autoritative Stellung einnimmt.

Der vorliegende erste Theil des Werkes enthält in sieben Capiteln alles Wissenswerthe, was in der Literatur über den Diphtheriebacillus bekannt ist: die Geschichte seiner Entdeckung, seine Morphologie und Biologie, die Toxine des Diphtheriebacillus, die Virulenzschwankungen desselben (Cap I—IV). Ein eigenes Capitel wird dem HOFMANN LÖFFLER'schen Pseudodiphtheriebacillus und verwandten Arten gewidmet, das sechste enthält die Verbreitung des Diphtheriebacillus in- und außerhalb des menschlichen Körpers, das letzte endlich die Bedeutung des Bacillus für die Aetiologie der Diphtherie. Ein ausführliches Literaturverzeichniß mit 220 Nummern macht den Schluß.

Die im Wesentlichen referirende Darstellung ist geschmackvoll gruppirt, klar und vornehm gehalten, die Kritik streng sachlich. Eine besondere Würdigung ist den Arbeiten von ROUX und YERSIN gewidmet, die bekanntlich zuerst den directen Nachweis der Toxine des Diphtheriebacillus erbracht und damit erst die ätiologische Bedeutung des letzteren für die Diphtherie einwandsfrei erwiesen haben. Die eigenen Untersuchungen des Verf. sind in den Rahmen der Darstellung entsprechend eingefügt, in Tabellen zusammengestellt und beschäftigen sich vorzugsweise mit den dem klinischen Gebiete näher liegenden Fragen. Der Leser findet in dem Buche überhaupt alles zum Gegenstande Gehörende und Wichtige ausführlich dargelegt, so daß nicht allein der Neuling, der dieses Gebiet zum ersten Male betritt, sondern auch der Bacteriologe und Kliniker, welcher den einschlägigen Forschungen nicht gerade in allen Einzelheiten gefolgt ist, sich nunmehr leicht und fast mühelos auf einem Gebiete zu orientiren vermag, das heute im Mittelpunkt des Interesses steht.

Der vorliegende Band bildet, wie bemerkt, blos den ersten Theil eines größeren Werkes über Diphtherie, in welchem, nach Angabe des Autors, ein zweiter der Disposition und ein dritter der Analyse und Synthese der Symptome der Diphtherie gewidmet sein wird. Nach der gediegenen Arbeitsleistung, welche den ersten Theil auszeichnet, darf dem Erscheinen der übrigen Theile nur mit dem lebhaftesten Interesse entgegengesehen werden.

Ausstattung und Druck, Holzschnitte und Tafeln lassen nichts zu wünschen übrig.

Das Werk ist dem Lehrer des Autors, CARL GERHARDT, in Dankbarkeit gewidmet. UNGER.

Carcinosis, ein neues Krankheitsbild. Von **Dr. Vopelius.** München 1895, Seitz & Schauer.

Der Erfinder der „inneren Antisepsis" hat wieder einmal eine großartige Entdeckung gemacht, von der er selbst sagt, daß sie „eine der epochemachendsten auf klinischem Gebiete sei, seitdem man Diagnosen zu stellen und Krankheiten zu heilen versucht". Er verkündet der staunenden Welt das Dogma, daß die Carcinosis die häufigste und relativ unschuldigste Krankheit des Organismus sei, einen parasitären Ursprung habe und stets als Miliarcarcinosis beginne. Ja noch mehr! Das Räthsel des Morbus Brightii ist gelöst; denn nach dem Lesen des Buches bleibt auch „für den glaubensschwächsten Thomas" kein Zweifel übrig, daß der Morbus Brightii identisch sei mit der Nierencarcinosis. Auch die meisten Apoplexien beruhen auf Carcinosis; Cervicaldrüsenindurationen im Kindesalter, Enuresis nocturna, Epistaxis, Epileptoid, Bleichsucht, Neurasthenie, Impotenz, Teleangiectasiegürtel in der Zwerchfellgegend sind charakteristische Symptome der ersten Periode der Carcinosis. Aber zur Beruhigung der durch diese Entdeckung aufgeregten Welt fügt VOPELIUS hinzu, daß die Carcinosis heilbar sei, und daß als Specificum das Lysol angesehen werden müsse, von dem der Verfasser bis zu 30 Grm. pro die gibt. „Prophylaktisch dürfte das Verbot, daß Krebskranke Kinder zeugen, das einzige Mittel sein." Sapienti sat. w.

Kleine Mittheilungen.

— Als Ersatz für die Salicylsäure und das salicylsaure Natron wurde bekanntlich seinerzeit das Salol in die Therapie eingeführt. Wegen der verhältnißmäßigen Giftigkeit des letzteren Mittels hat man, von diesem ausgehend, eine Reihe von Präparaten dargestellt, die sich aber im Allgemeinen als unzuverlässig oder verhältnißmäßig noch giftiger wie Salol selbst erwiesen haben. Eine Ausnahme hievon scheint das **Salophen** zu machen. Es ist dies ein Salicylsäureester (Acetylparaamidophenolsalicylat), welcher 51% Salicylsäure enthält, ein weißes krystallinisches Pulver darstellt, geruch- und geschmacklos, unlöslich in kaltem, wenig löslich in warmem Wasser, in Alkohol und Aether leicht löslich ist. Es wird im Magen nicht zersetzt und verursacht nicht die geringste Reizung. Im alkalischen Darmsaft wird es gelöst und zersetzt sich nach und nach in seine Componenten, welche alsdann resorbirt werden. Die antirheumatische Wirkung des Salophen, speciell bei acutem Gelenkrheumatismus, wurde bereits vielfach erwiesen. Es kommt ihm aber auch eine ganz besondere schmerzlindernde Wirkung zu, worauf die DDr. DE BUCK und VANDERLINDEN („Allg. med. Ctrl.-Ztg." 1895, Nr. 1) hinweisen. Sie versuchten das Mittel in 23 Fällen von verschiedenen nervösen, mit Schmerzen einhergehenden Affectionen und hatten Erfolg bei 3 Cephalalgien 2mal, bei 2 Fällen von Ischias 1mal, bei 3 Fällen von Odontalgie 3 Heilungen, bei 7 Fällen von Gesichtsneuralgien 6 Heilungen, bei 4 Fällen von Lumbo-Abdominal-Neuralgien 3 Heilungen, bei 2 Fällen von Intercostalneuralgie 1 Heilung, bei 2 Fällen von Pleurodynie 1 Heilung. Die angewendete Dosis betrug in der Regel 3 Grm. pro die, zuweilen genügen kleinere Dosen. Unangenehme Nebenwirkungen oder Störungen seitens des Magens oder Darms wurden nie beobachtet.

— In der Behandlung der Hornhauttrübungen bildet die Massage der Cornea bekanntlich einen wichtigen Factor. Dieselbe wurde bisher immer bei geschlossenen Augenlidern vorgenommen. Nun empfiehlt Dr. MORTON in „The Med. News" (1. Sept. 1894) die **directe Massage der Cornea bei Hornhauttrübungen.** Er geht in der Weise vor, daß er zunächst die Cornea mittelst einer 10%igen Cocaïnlösung anästhesirt. Der Kopf des Pat. liegt auf dem Knie des Arztes, die Lider werden mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand auseinandergehalten, während die rechte Hand einen „Massagelöffel" hält. Mit demselben wird die Cornea sanft gerieben, und zwar abwechselnd in circulärer und radiärer Richtung ein bis drei Minuten hindurch. Diese Procedur wird so oft wiederholt, als es der specielle Fall erheischt. Von Wichtigkeit ist, daß die Massage sich nicht blos auf die getrübten Stellen erstrecke, sondern auch auf die Ciliarzone der Sclera ausgedehnt werde. Nach der Massage erfolgt eine Knetung des Bulbus mit den beiden Daumen in zarter, aber gründlicher Weise. Auf diesem rationellen Wege will M. eine Reihe günstiger Erfolge erzielt haben. Er ist überzeugt, daß diese Methode der Massage durch das Lid hindurch weit überlegen ist; die durch den Humor aqueus geschützte Linse und die nöthige Geschicklichkeit des Operateurs machen die Gefahr einer Läsion der Linse zu einer höchst unwahrscheinlichen.

— v. SEHLEN empfiehlt („Monatsh. f. prakt. Dermat.", Juli 1894) **Ichthyol-Zinkpaste bei Eczem des weiblichen Genitale.** Die Paste hat folgende Zusammensetzung:

Rp. Icthyol. ammon. . . . . 10—20
Amyl. tritici.
Flor. Zinci. . . . . aa. 12·0
Vaselin. . . . . 25·0
Mf. Pasta
S. Ichthyol-Zinkpasta.

Gegen das intensive Jucken leistet oft eine hochprocentige Calomelsalbe gute Dienste.

— Ueber die **elektrische Behandlung der Urethralstricturen** berichtet Dr. GILLES (Marseille) in der „Revue internat. d'Electrothér." (October 1894). In Fällen von Urethralstricturen, welche auf reinem Spasmus beruhen, sowie bei den Stricturen nach einfachen Entzündungsprocessen wendet er mit Vortheil die allmälige Dilatation mittelst schwacher constanter Ströme an. Zu diesem Zwecke bedient sich G. einer metallenen Olive, welche mit dem negativen Pol eines galvanischen Apparates durch einen in der Axe einer Bougie verlaufenden Draht verbunden wird, während der andere Pol mit einer Zinnelektrode von 10 Quadr.-Cm. Größe, welche mit Rehleder überzogen ist, in Verbindung steht. Letztere wird auf den Oberschenkel aufgesetzt. Die angewendete Stromstärke variirt zwischen 2 und 5 M.-A. Der Strom darf erst geschlossen werden, wenn die Olive im Contact mit der Narbe ist, und soll langsam verstärkt und wieder abgeschwächt werden. Man beginnt mit der Olive von kleinstem Caliber und sieht zu, welche Zeit nothwendig ist, daß die Olive bei sanftem Drucke das Hinderniß passire. Wenn bei leichten Fällen 6 Minuten, in schwereren Fällen 20 Minuten verstrichen sind, hält man inne, und verschiebt die nächste Sitzung auf vier Tage. Die Dauer der einzelnen Sitzung soll 3/4 Stunden nie überschreiten. Auf diese Weise kann man auf einmal Heilung erzielen, doch sind in der Regel 2—4 Sitzungen nothwendig. Die Behandlung ist absolut unschädlich, gänzlich schmerzlos und braucht nicht vom Katheterismus gefolgt zu sein. Nach der Sitzung stellt sich ein geringfügiger Ausfluß von Chocolatfarbe ein, welcher nach wenigen Stunden wieder verschwindet. Bei fibrösen und constringirenden Narben empfiehlt G. die lineare Elektrolyse in Chloroformnarkose.

— Die Trichloressigsäure wurde bereits vielfach bei allerlei Erkrankungen des Rachens, der Nase, der Kehle und des Ohres empfohlen und angewandt. Dr. W. N. OKUNEFF (St. Petersburg) berichtet nun über sehr günstige Resultate mit dem **Acidum trichloraceticum bei chronisch-eitrigen Entzündungen des Mittelohres,** welche oft schon stark vernachlässigt waren („Monatschr f. Ohrenheilkunde. etc.", 1895, Nr. 1). O. gebraucht zur Cauterisation einen gewöhnlichen Eisendraht, welcher am Ende in Form einer kleinen Schlinge gebogen ist. In diese Schlinge wird ein kleiner Säurekrystall gebracht und 1—2mal über das Glas einer brennenden Lampe geführt. Der Gang der Cauterisation ist gewöhnlich folgender: Zunächst werden 5—8 Tropfen einer vorher erwärmten, 10%igen salzsauren Cocaïnlösung durch einen Ohrtrichter in das Ohr des Pat. gebracht, wobei sich der Kopf des letzteren in horizontaler Lage befinden muß. In dieser Lage verbleibt Pat. durch 2—3 Minuten, während welcher Zeit man 2—3 Spritzen mit lauwarmem Wasser füllt und die Schlinge mit dem Krystall bereit macht. Der Säurekrystall muß recht klein sein und das Herführen über der Lampe muß, der leichten Schmelzbarkeit wegen, sehr rasch vor sich gehen. Nachdem mehr als 8 Tropfen Cocaïn eingetropft worden sind, trocknet man den äußeren Gehörgang mit Watte, sodann führt man unter Reflectorbeleuchtung die Schlinge mit dem Krystalle bis zum Mittelohre und berührt leicht die Stellen, deren Cauterisation nothwendig erscheint. Nach der Cauterisation bedeckt sich die Mittelohrschleimhaut und der Rand der Trommelfellperforation mit einem weißen Schorfe. Um das Auseinanderfließen der

Säure zu verhüten und die überflüssige Menge derselben zu entfernen, wird schließlich der äußere Gehörgang rasch durchspritzt, mit Watte getrocknet und Aristol, Borsäure etc. eingeblasen. Diese Procedur wird in der Regel 1—2mal wöchentlich vorgenommen. In solchen Fällen aber, in welchen man durch die Cauterisation das Zuwachsen einer Trommelfellperforation beabsichtigt, darf man nicht öfter als alle 8—9 Tage cauterisiren. In den Zwischenräumen zwischen den Cauterisationen werden Einspritzungen mit verschiedenen Desinfectionsmitteln gemacht, oder das Ohr bleibt ganz ohne Behandlung. Diese Methode wandte O. zunächst bei chronisch-eitrigen Entzündungen des Mittelohres an, und hauptsächlich dort, wo bedeutende Perforationen des Trommelfelles vorhanden waren. Es waren dies meist Fälle, in welchen die Behandlung mit anderen Mitteln resultatlos geblieben war. Ferner fand das Mittel Anwendung in Fällen, in welchen sich auf dem Trommelfelle oder den angrenzenden Wänden des Gehörganges granulöse oder polypöse Wärzchen fanden, und endlich in Fällen, wo man die überhäuteten Ränder der Perforationen durch Cauterisation beleben mußte, um deren Vernarbung herbeizuführen — im Ganzen in 42 Fällen. In allen Fällen verschwand die Otorrhoe und der üble Geruch. Die Infiltration der Schleimhaut verlor sich bald und sie erhielt eine hellrosa Schattirung. Die Granulationen verschwanden schnell von der Schleimhaut des Mittelohres und die letztere wurde eben und glänzend. Ebenso verschwanden kleine Polypen und Verdickungen der Schleimhaut, während bei mittelgroßen Polypen die Cauterisation resultatlos blieb. Perforationen mit überhäuteten Rändern konnten durch systematische Cauterisation in kürzerem Zeitraume, als durch andere Mittel, zur Vernarbung gebracht werden. O. glaubt, daß man im Alter von 5—25 Jahren auf dem Wege der Cauterisation mit der Trichloressigsäure stets das Aufhören der Otorrhoe, die Vernarbung der Perforationen und der Defecte des Trommelfelles, sowie die Wiederherstellung der Gehörsfunction erreichen kann.

— Die DDr. PASTERNATZKI und KULBIN (St. Petersburg) haben von der **intrarectalen Application von Eisstückchen** zu therapeutischen Zwecken gute Erfolge gesehen. Sie verwendeten dieses Verfahren bei entzündeten Hämorrhoiden, Periproctitis, Schwäche des Sphincter analis nach lang dauernden Diarrhoen und Prolapsus recti, bei Ulcerationen und Krebs des Rectums, endlich bei Collapsen in Folge von Vergiftung mit Opium, Morphin, Chloroform, Alkohol und analogen Substanzen. Die Eisstückchen, welche in das Rectum eingeführt werden, haben eine conische Form und ein Volumen von 20—30 Ccm. Sie verbleiben im Darme eine Zeit von 4 bis 6 Minuten hindurch. Man kann 2—10 Stücke per Tag und nach Bedürfniß selbst mehr einführen. Diese intrarectale Application von Eis erzeugt im ersten Momente ein etwas unangenehmes Gefühl, begleitet von Contractionen des Sphincter; aber sie wird meist gut vertragen. Das Eis übt auf den Darm eine hämostatische, antiphlogistische und beruhigende Wirkung aus und stellt ein sehr kräftiges Palliativmittel gegen Tenesmus und die vielfach vom Rectum ausgehenden unangenehmen Sensationen dar. Bei Fiebernden bewirkt es einen Abfall der Temperatur und dadurch Besserung des Allgemeinbefindens. Endlich stimulirt es auf reflectorischem Wege das Herz und die Athmung und erhöht den Blutdruck, wodurch sich die günstige Einwirkung dieser Applicationsweise bei Collapszuständen erklärt.

— Wir haben bereits früher über 2 Fälle von schwerer Malaria-Cachexie berichtet, die mit günstigem Erfolge mit subcutanen Injectionen von Arsen behandelt wurden. Dr. J. PACETTI (Ancona) empfiehlt nun **subcutane Injection von Arsen bei Behandlung der Chloroanämie** („La sem. méd.", 1894, Nr. 55). Derselbe bedient sich zu diesem Zwecke einer wässerigen Lösung von Natrium arsenicosum von 0·25%, wovon er jeden zweiten Tag eine ganze PRAVAZ'sche Spritze voll injicirt. Nach circa 60 Injectionen beobachtet man in der Regel eine ganz bedeutende Besserung und kann von da an die subcutane Anwendung des Arsens durch die innerliche in kleinen Dosen ersetzen. Bei dieser Behandlung darf die chronische Obstipation, welche in der Regel bei Chloroanämischen besteht, nicht vernachlässigt werden. Gegen dieselbe und ihre Folgen wendet P. mit Erfolg täglich Masseneirrigationen von Acidum tannicum-Lösungen an, welche einerseits den Darm entleeren, andererseits antiseptisch wirken. Schließlich läßt er täglich ein warmes Bad, welches allmälig abgekühlt wird, nehmen. Durch diese Mittel und durch ein kräftigendes Regime hat P. selbst in den schwersten Fällen von Chloroanämie Heilung erzielt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Wien vom 24.—30. September 1894.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XVI.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für Unfallheilkunde.

MÜLLER (Berlin): **Ueber die manuelle Behandlung von Gelenksteifigkeiten und Muskelschwund.**

Die Nachbehandlung Muskelverletzter stellt an die Aerzte eine Menge neuer Anforderungen. Es handelt sich zumeist um Beseitigung der nach Verletzungen an Knochen und Weichtheilen fast stets zurückbleibenden Gelenkssteifigkeit und Muskelschwund, zwischen welchen eine gewisse Reciprocität besteht. Diese Behandlung nimmt sehr viel Zeit in Anspruch und kann deshalb weder vom praktischen Arzte, noch von den Krankenhäusern übernommen werden. Deshalb haben sich hiefür besondere Institute und Krankenhäuser gebildet, in welchen zwei Methoden zur Anwendung kommen, entweder die manuelle, resp. vorwiegend manuelle, oder die maschinelle. Unter letzterer nimmt die ZANDER'sche die hervorragendste Stelle ein. Trotz des glänzenderen und bestechenderen Aeußern eines ZANDER-Institutes ist doch der manuellen Methode der Vorzug zu geben, da zur Ausführung der Massage der Tastsinn der geübten Hand unerläßlich ist, ferner für passive Bewegungen theilweise versteifter Gelenke die normalen Bewegungstypen, wie lineare, elliptische und kreisförmige Bewegungen, ausreichend sind, und weil schließlich der durch den beschwerten Hebelarm an der ZANDER-schen Maschinerie gegebene Widerstand theoretisch zwei oder drei Phasen der Muskelcontraction Rechnung trägt, bei der Anwendung jedoch nicht immer mit ihnen isochron ist. Für jedes einzelne Gelenk müssen passive, sowie active und passive Widerstandsbewegungen angewendet werden, was schon aus technischen Gründen nicht mit Maschinen ausführbar ist. Wenn demnach auch der manuellen Methode der Vorzug gebührt, so gibt es doch eine Anzahl recht brauchbarer Apparate, besonders bei passiven Bewegungen, welche die manuelle Behandlung sehr wohl unterstützen und ergänzen können.

Discussion:

THIEM (Cottbus) hat zwar neben anderen Apparaten in seinem Institut nur ZANDER'sche Nachbildungen, muss aber doch die Zanderianer vor dem Vorwurf verwahren, daß sie an Stelle der behandelnden Aerzte mit Dampf oder Elektricität betriebene Maschinen setzen wollten. Das hat ZANDER selbst niemals behauptet, und seines Wissens nach üben alle ZANDER'schen Apparate-Institute, die sich mit der Behandlung von Unfallverletzten befassen, in ausgiebiger Weise Massage, manuelle, passive und Widerstandsbewegungen. Uebrigens werden, so viel er wisse, keine ZANDER-schen Apparate mit Dampf betrieben, da der Dampf bei der Schwankung seiner Spannung eine ganz ungeeignete Betriebskraft sei. Im Uebrigen haben doch die ZANDER'schen Apparate gegenüber den durch den Gymnasten bewirkten Bewegungen doch auch manchen Vorzug, zum Beispiel, daß sie den Widerstand objectiv dosirbar haben, während der vom Gymnasten geübte Widerstand stets subjectiv ist. Er wolle aber überhaupt nicht, daß ein Vorzug der einen oder anderen Methode proclamirt werde. Die Methoden sollen sich nicht bekämpfen, sondern ergänzen.

MÜLLER begrüßt die Versicherung THIEM'S, daß in den ZANDER-Instituten auch manuelle Massage und Gymnastik getrieben werde, mit großer Genugthuung, da hiedurch der beste Beweis für die MÜLLER'schen Anschauungen erbracht werde, nämlich daß die

2*

ZANDER'schen Maschinen oder, besser gesagt, überhaupt Maschinen allein nicht genügen.

Daß eine Maschine den Widerstand objectiv gibt, hält MÜLLER nicht für einen Vorzug, da nach seiner Erfahrung die Zunahme der Muskelkraft nicht gleichmäßig von Tag zu Tag fortschreitet, vielmehr mancherlei Schwankungen unterworfen ist. Diese kann der bewegungsgebende Arzt merken und ihr Rechnung tragen, nicht edoch die Maschine.

Redner wollte durch seine Ausführungen nur der in letzter Zeit durch die ZANDER'schen Maschinen etwas in den Hintergrund gedrängten manuellen Methode zu ihrem Rechte verhelfen. O.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 25. Januar 1895.

HANS ADLER demonstrirt einen seltenen Fall von Verletzung des Bulbus mit Splitterbruch des unteren Orbitalrandes und doppelter Scleralruptur, wodurch es schließlich zur Schrumpfung des Bulbus kam.

ALBERT stellt einen Knaben mit auffallender Kleinheit des Unterkiefers und Ankylostoma vor. Derartige Abnormitäten kommen entweder angeboren vor — LANGENBECK hat einen solchen Fall operirt, der als Unicum galt, und ALBERT hat einen analogen Fall beobachtet — oder diese Verkleinerung entwickelt sich erst nachträglich, wie in dem vorgestellten Falle, wo sie im Anschluß an einen entzündlichen Proceß in den ersten Lebensmonaten, als deren Residuen eine Narbe zu constatiren ist, aufgetreten ist.

Discussion über die Heilserumtherapie der Diphtherie.

(Fortsetzung.)

DRASCHE liest die Zusammenstellung einer Reihe von Daten, welche, aus der Literatur der letzten Zeit zusammengetragen, geeignet sind, als Argumente gegen die Heilserumtherapie gebraucht zu werden. Unsere Leser finden den Bericht über alle diese Fälle in den von uns bisher veröffentlichten Referaten über die Heilserumtherapie. Ueber eigene Beobachtungen verfügt D. nicht, sondern er hat an jenen GNÄNDINGER'S (s. den Bericht über die vorwöchentliche Sitzung) participirt.

MAX GRUBER weist zunächst auf den traditionell gewordenen kritischen und skeptischen Geist der Wiener medicinischen Schule hin, von welchem Standpunkte aus er den Ausführungen KASSOWITZ' sympathisch gegenüberstehe. Gleichwohl müsse er gegen denselben auftreten, und zwar zunächst der Vorwürfe wegen, welche KASSOWITZ den grundlegenden bacteriologischen und experimentellen Forschungen BEHRING'S gemacht habe. Daß der LÖFFLER'sche Bacillus in jenen Fällen von Diphtherie, in welchen er gefunden wird, auch der Krankheitserreger sei, darüber könne kein Zweifel bestehen. Ebenso feststehend sei es, daß man empfängliche Versuchsthiere gegen Diphtherie immunisiren könne, und daß man von diesen die Immunität auf andere normale Thiere übertragen könne. Allerdings sei diese letztere Immunität, die passive Immunität, vergänglich, im Gegensatz zur ersteren, zur activen Immunität. Endlich ist mit Sicherheit constatirt, daß man im Stande ist, Thiere, welchen Diphtherie inoculirt wurde, nachträglich zu heilen. Vom Standpunkt des Thierexperimentes ist die Serumtherapie vollkommen begründet und ihre Urheber verdienen nach dieser Richtung nicht den geringsten Vorwurf.

Was das Uebertragen der Versuchsresultate auf den Menschen betrifft, so muß zugegeben werden, daß sich die Dinge nicht genau so verhalten müssen, wie beim Versuchsthier. Auch der Einwand sei stichhältig, daß sich das Material der Spitäler und damit die Statistik geändert haben könne, und schließlich sei es eine berechtigte Forderung, daß sich der Erfolg der neuen Therapie nicht blos in relativen Zahlen, sondern auch in dem absoluten Mortalitätsverhältniß geltend mache. Aber heute sei die Statistik überhaupt noch nicht maßgebend, und der einzige Weg, sich ein vorläufiges Urtheil zu bilden, sei der, sich auf das Urtheil erfahrener Kliniker zu verlassen.

KOLISKO berichtet über die Erfahrungen, welche er bei 75 Sectionen von Kindern, welche mit Heilserum behandelt worden waren, sammeln konnte, nachdem er seit dem Jahre 1882 weit über 1000 Diphtheriefälle obducirt hat. Im Allgemeinen konnte K. selbst am Secirtische eine wesentlich günstige Beeinflussung des diphtherischen Processes durch die Serumbehandlung constatiren. Dieselbe bestand in einer Ablösung der Membranen in solcher Gleichmäßigkeit und Ausdehnung, wie er sie niemals vor der Serumbehandlung gesehen hat. Allerdings mußte eine genügende Zeit zwischen der Injection und dem Tode — wenigstens 20 Stunden — verstrichen sein, und die injicirte Menge durfte nicht zu gering gewesen sein. Dies gilt vorzugsweise für das croupöse Stadium.

Nicht unwichtig für die Beurtheilung der Heilserumtherapie ist die von K. und PALTAUF schon vor Jahren gefundene Thatsache, daß der diphtheritische Proceß local an irgend einer Stelle Tage hindurch bestehen kann, ohne schwere Erscheinungen zu verursachen, um sich dann plötzlich auszubreiten und eventuell zu einem raschen Ende zu führen. Solche Fälle dürften der Beurtheilung, an welchem Tage der Erkrankung die Serumtherapie in Angriff genommen wurde, Schwierigkeiten gegenüberstellen.

Von Erscheinungen an den Nieren hat K. nichts gesehen, was man nicht hätte auch vor der Serumperiode beobachten können. Parenchymatöse Degenerationen und Nephritis sind dieselben geblieben, sowohl was den Grad, als die Zeit ihres Auftretens betrifft. Die Erfahrung, daß man an Diphtheritisleichen Wochen hindurch keine Nephritis findet und daß eine Periode hindurch jeder Fall mit Nephritis complicirt ist, hat sich auch während der Heilserumzeit wiederholt. Fälle, welche mit hohen Dosen Heilserum behandelt wurden, zeigten keine Nephritis, und solche mit geringen Dosen wiesen die Nierenerkrankung auf.

Die Erscheinungen an der Injectionsstelle variirten von minimaler Röthung bis zu ausgedehnten hämorrhagischen Infiltraten. Von Erythemen war am Sectionstische wenig zu sehen. In den spärlichen Fällen fiel das angestellte Culturverfahren negativ aus.

PALTAUF wendet sich zunächst entschieden gegen die Einwürfe KASSOWITZ', welche dieser den fundamentalen Grundsätzen der Heilserumtherapie gegenüber vorbrachte. Dieselben sind völlig unhaltbar, wenn man nur die in der Literatur enthaltenen Thatsachen in Betracht zieht. P. führt übrigens, um zu beweisen, daß die von BEHRING angegebenen Thierversuche gelingen, so oft man nur will, 7 Kaninchen vor, welche alle tracheotomirt und mit Diphtherie auf der Schleimhaut der Trachea inficirt wurden. Fünf von diesen Thieren wurden vor einer Woche operirt und inficirt, und theils gleich, theils nach wenigen Stunden, theils erst am anderen Morgen mit Heilserum geimpft. Sie sind alle frisch und zeigen eine weiche Tracheotomienarbe, während die beiden letzten Kaninchen, vor 4 Tagen nur inficirt und nicht behandelt, sich demgemäß in einem kläglichen Zustand befinden, abgemagert sind, trachealstenotisches Rasseln und ein enormes Infiltrat am Halse aufweisen.

Bezüglich der Nachtheile, welche der Heilserumtherapie zugeschrieben werden können, werden stets die Erscheinungen seitens der Haut zunächst genannt. Daß dieselben mit einer Infection nichts zu thun haben können, geht daraus hervor, daß sich das Heilserum stets als steril erweist. Es handelt sich vielmehr um eine Nebenwirkung des Heilserums, welche man zu vermeiden wird suchen müssen. Eine wirklich einwandsfreie Angabe einer Infection durch die Heilseruminjection konnte bis jetzt trotz der Massenfabrikation nicht gemacht werden.

Vom theoretischen Standpunkt sind somit die Vorwürfe gegen das Heilserum ungerechtfertigt. Sache der Praktiker wird es sein, die Methode weiter zu prüfen und Manches zu eruiren, was noch, wie die Dosirung, gar nicht feststehend ist.

V. WIDERHOFER bemerkt in seinem Schlußworte zunächst, daß er bisher 230 Fälle von Diphtherie der Heilserumtherapie unterzogen habe, und daß 16 Fälle darunter mit in Wien dargestelltem Serum behandelt wurden. Von letzteren ist ein Kind an catarrhalischer Pneumonie gestorben, die übrigen sind in voller Reconvalescenz.

Redner geht sodann auf die Ausführungen der Vorredner näher ein. Die vier von GNÄNDINGER angeführten Fälle, welche als

von der Heilserumtherapie ungünstig beeinflußt angesehen werden können, findet er nach dieser Richtung hin durchaus nicht einwandsfrei.

Gegen MONTI'S Eintheilung der Diphtherie in fibrinöse, gemischte und gangränöse Formen lasse sich zwar nichts einwenden, doch hält v. W. die Eintheilung in leichte, schwere und schwerste Formen besonders für die Indicationen der Serumtherapie für praktischer. Die enorme Anzahl von Paralysen in frühen Stadien finde bei keinem Beobachter ein Analogon. Die Albuminurie als ein Vergiftungssymptom des Heilserums anzunehmen, dafür liege kein Beweis vor. v. W. habe in seinen ersten 100 Fällen schon bei der Aufnahme 25mal leichte, 9mal schwere Albuminurie, und bei den zweiten hundert Fällen bei der Aufnahme 40mal und später 16mal Albuminurie constatirt.

Auf die Ausführungen KASSOWITZ' übergehend und diesem scharf entgegentretend, wirft v. W. demselben zunächst die Inconsequenz vor, mit welcher er einmal die Heilserumtherapie als entschieden schädlich verwerfe und dann zu ausgedehnten Versuchen auffordere. Dies sei unvereinbar, wenn KASSOWITZ von dem, was er gesagt habe, überzeugt sei.

Bezüglich der Präventivimpfungen behauptet K., daß „zahlreiche" Fälle, welche derselben unterzogen wurden, trotzdem an Diphtherie erkrankten. Demgegenüber führt v. W. aus seiner eigenen Erfahrung an, daß er in 53 Fällen, arme Familien in schlechten sanitären Verhältnissen betreffend, deren ein oder mehrere Kinder mit schwerer Diphtherie im Spital behandelt wurden, Präventivimpfungen vorgenommen habe. Davon erkrankte nur ein Kind und war nach wenigen Tagen wieder geheilt. Wenn K. behauptet, es existire kein Beweis, daß durch die Präventivimpfung Jemand vor der Erkrankung bewahrt wurde, so könne dieser Beweis überhaupt nicht erbracht werden. So viel stehe fest, daß die Präventivimpfung in keinem Falle Schaden angerichtet habe, und es sei Pflicht, sie dem Publicum anzurathen, obgleich der Werth derselben auch für den Vortr. noch eine offene Frage ist.

Was den Einwurf betrifft, daß „zahlreiche" Fälle trotz der frühen Behandlung und trotz der hohen in Anwendung gekommenen Dosen, letal verliefen, so stimmen fast alle Beobachter in den günstigen Resultaten bei Fällen, welche in den ersten Tagen der Erkrankung in Behandlung kamen, überein. Daß das Material der Kinderspitäler sich geändert habe, trifft für das St. Anna-Kinderspital nicht zu. Daselbst seien seit Anfang November fast ausschließlich schwere und meist verschleppte Fälle zur Aufnahme gekommen.

v. W. wendet gegenüber KASSOWITZ noch ein, daß er seine Kritik nicht auf eigene Beobachtung stützen könne, da er seine 8 Fälle theils nach BEHRING, theils nach LÖFFLER behandelt habe, somit sich selbst das Bild klarer Beurtheilung in den wenigen Fällen verwischt habe. v. W. hofft, daß das Zutrauen zur BEHRING'schen Methode, welches die Ausführungen KASSOWITZ' zu erschüttern geeignet waren, dadurch nicht leiden werde. Die Thesen, welche v. W. seinerzeit aufgestellt hat, hält er nach wie vor aufrecht.

KASSOWITZ verwahrt sich ganz entschieden dagegen, daß er in seinem Vortrage von einer S c h ä d i g u n g d u r c h d a s H e i l s e r u m gesprochen habe; er habe dieses Wort absichtlich vermieden, vielmehr einfach Thatsachen vorgebracht, die nicht zu Gunsten der Heilserumtherapie sprechen. Da sich aber wichtige und bedeutende Männer für die Sache einsetzen, so habe er empfohlen, die Versuche fortzusetzen. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 16. Januar 1895.

Vorsitzender: Dr. TELEKY.

Dr. G. SINGER demonstrirt einen Pat. aus der Abtheilung des Doc. PÁL. Bei demselben bestehen die Reste eines auf den Streckseiten der Unterschenkel und der Vorderarme localisirten E r y t h e m a m u l t i f o r m e, das zur Zeit der Aufnahme des Pat. aus Urticariaquaddeln und zum Theil hämorrhagisch suffundirten Flecken sich zusammensetzte. Schleimhautblutungen waren nicht vorhanden. Der Pat., ein 17jähriger junger Mann, leidet an einer hochgradigen Stenose des linken venösen Ostiums und Insufficienz der Mitralklappe, welche bereits zur Compensationsstörung geführt hat. Nach der Anamnese ist derselbe zum ersten Male vor kaum einem Jahre an polyarticulärem Gelenksrheumatismus erkrankt, welcher nach zwei Monaten recidivirte. Mit diesem Recidiv trat gleichzeitig das polymorphe Exanthem auf, das seither in wiederholten Nachschüben unter gleichzeitigen Gelenksschmerzen exacerbirte. Auf Salicyl und Bettruhe zeigte sich eine rasche günstige Beeinflussung des früher sehr hartnäckigen Ausschlages. Aus dem Verhalten und dem klinischen Verlaufe müsse man dieses Erythem unter diejenige Gruppe des Erythema multiforme einreihen, welche ihre V e r w a n d t s c h a f t z u m a c u t e n G e l e n k s r h e u m a t i s m u s aus einer Reihe von Momenten erkennen läßt. Im vorgeführten Falle hat die hochgradige Ausbildung des Klappenfehlers, die in schon verhältnißmäßig kurzer Zeit zu Compensationsstörungen geführt hat, den Gedanken nahegelegt, daß mit den einzelnen Recidiven des Exanthems, das als r h e u m a t i s c h e s A e q u i v a l e n t aufzufassen ist, auch endocarditische Nachschübe auftraten, was durch die nachträgliche Mittheilung des behandelnden Arztes sichergestellt wurde. Dieses unter Fieber und Gelenksschmerzen recidivirende polymorphe Erythem kann als Ausdruck der rheumatischen Infection zu latent verlaufenden Endocarditiden führen, die der Beobachtung entgehen.

D i s c u s s i o n.

Dr. Schein. Es ist interessant, daß diese Affection gerade die Streckseite betreffe. Redner hat in einer Arbeit über Wachsthum der Haut und Haare nachgewiesen, daß auf der Streckseite die Musculatur weniger wächst als auf der Beugeseite und daß in Folge dessen die Haut relativ besser ernährt wird als auf der Beugeseite. Er hat auch seinerzeit an der Klinik KAPOSI die Localisation der Sommersprossen verfolgt und Fälle gefunden, bei welchen die Sommerprossen auf der Streckseite localisirt waren.

Prof. v. Basch ersucht den Vortragenden, die Vorstellungen über die Vorgänge, die er als Compensationsstörungen bezeichnet, näher anzugeben.

Dr. Singer hat von Compensationsstörungen im gewöhnlichen medicinischen Sinne gesprochen und findet es überflüssig, diesen landläufigen Begriff noch näher zu präcisiren.

Prof. v. Basch erörtert seinen persönlichen Standpunkt in der Frage der „Compensation".

Dr. Teleky frägt, ob Erythema multiforme überhaupt eine Art von Gelenksrheumatismus sei oder nur in diesem Falle. Er selbst hat mehrere Fälle von Erythema multiforme besonders bei Kindern gesehen, wo man nicht an eine rheumatische Erkrankung denken konnte. Es handelte sich da um Affectionen, die nach einigen Tagen zurückgegangen sind.

Dr. Singer erwähnt, daß man unter dem Namen Erythema multiforme eine ganze Gruppe von Hautaffectionen verschiedener Provenienz zusammenfasse und unter diesen gebe es eine Gruppe, die durch ihre Reaction auf Salicylsäure die rheumatische Natur des Processes manifestirt.

Dr. HEINRICH WEISS stellt einen 47jährigen Pat. vor, welcher vor 25 Jahren ein Ulcus hatte, dessen Natur nicht genau bestimmt werden konnte. Vor 4 Jahren traten bei dem Pat. lancinirende Schmerzen, Blasenstörungen, vor 2 Jahren Gehstörungen auf. Pat. bietet derzeit ausgesprochene T a b e s - Symptome dar. Hochgradiger Romberg, vollkommenes Erloschensein der Patellarreflexe, Myosis mit Pupillenstarre, leichte Ataxie in den oberen Extremitäten mit Sensibilitätsstörungen in der Ulnarisgegend, schwere Ataxie der unteren Extremitäten mit v o l l k o m m e n e r h a l t e n e r S e n s i b i l i t ä t i n d e n B e i n e n. Wegen dieses letzteren Umstandes und weil bei dem Pat., der auf 2 Stöcke gestützt, kaum einige Schritte machen kann, demnächst von Herrn Prof. BENEDIKT die blutige Dehnung der beiden N. ischiadic. von der Kniekehle aus gemacht werden soll, wird Pat. heute vorgestellt. Das Resultat der Nervendehnung wird in einer der folgenden Sitzungen demonstrirt werden.

D i s c u s s i o n.

Prof. Benedikt betont, daß der vorgestellte Fall ein außerordentliches theoretisches Interesse biete, und zwar für die pathologische Physiologie der Ataxie. Als DUCHENNE die Krankheit beschrieb, bezeichnete er dieselbe als Kleinhirnerkrankung. Redner hat im Jahre 1862 nachgewiesen, daß die Ataxie DUCHENNE's identisch ist mit der Tabes dorsalis ROMBERG's. Es hat sich damals darum gehandelt, zu erklären, wie die Ataxie zu Stande komme. BROWN-SÉQUARD durchschnitt die hinteren Wurzeln bei Hunden — und diese wurden ataktisch. Daraufhin acceptirte LEYDEN die Theorie, daß die Anästhesie die Ursache der Ataxie sei. Redner ist dieser Angabe entgegengetreten, indem er die Unmöglichkeit derselben betont hat. Es sei klar, daß bei Anästhesie viele Symptome der Ataxie gesteigert werden, es hat sich aber gezeigt, daß zwischen Anästhesie und Ataxie gar keine Proportion besteht. Die physiologische Pathologie der Ataxie ist sehr complicirt. Man konnte sich nicht vorstellen, wie eine Bahn, die mit der willkürlichen Bewegung nichts zu thun hat, eine Störung der Bewegung hervorrufen kann. In den letzten Jahren ist die Lehre,

daß die Anästhesie die Ursache der ataktischen Störungen sei, gefallen, seit wahrscheinlich gemacht worden ist, daß der Ausgangspunkt in den Wurzeln zu suchen sei. Der Grund, warum diese Theorie sich so schwer Geltung gemacht hat, liegt darin, weil man alle Krankheitserscheinungen der Motilität als Hyperkinesen ansieht. — Redner hat nun CYON angeregt, Versuche über die Durchschneidung der Hinterstränge anzustellen. Derselbe hat gefunden, daß die Aufnahmsfähigkeit für Reize an den vorderen Wurzeln vermindert wird, wenn die hinteren durchschnitten werden. Für die Ataxie sagen diese Versuche gar nichts.

Es gibt nun für die Ataxie eine Reihe von Experimenten von HARLES. Dieser hat die vorderen Wurzeln bei intacten hinteren Wurzeln gereizt: er bekam da eine langsame Zusammenziehung des Muskels. Nun durchschnitt er die hinteren Wurzeln und bekam jetzt eine zuckende Zusammenziehung, und das ist die Ataxie. Bei Reizung des peripheren Endes der hinteren Wurzeln bekam HARLES eine normale Zuckung.

Redner betont, daß es unklinisch ist, die Anästhesie als Ursache der Ataxie anzusehen; es ist unklinisch, weil die hinteren Wurzeln zuerst erkranken. In den hinteren Wurzeln verläuft eine Innervation, deren Ausfall bewirkt, daß der Muskel bei willkürlichen Bewegungen zuckt, anstatt sich langsam zusammenzuziehen.

Prof. v. Basch demonstrirt eine neue, sehr vereinfachte Form des Sphygmomanometers. Der Vortragende schickt voraus, daß die Anregung, zur Schaffung einer Methode, den Blutdruck des Menschen zu messen, bei ihm ursprünglich einem rein physiologischen Interesse entsprang. Er wollte erfahren, ob die Druckänderungen, die man im Thierversuche beobachtet, sich auch beim Menschen kundgeben. Die Messung sollte die Schätzung, die man durch den Finger beim Pulsfühlen gewinnt, unterstützen. Damals zweifelte er nicht an der Richtigkeit der Schätzung. Nach vieljähriger Erfahrung und vielfältiger vergleichender Prüfung kam er erst zur Ueberzeugung, daß die Schätzung vielfach zu Irrthümern Veranlassung gebe, und daß sich namentlich bei derselben keine Uebereinstimmung in dem Urtheile verschiedener Beobachter erzielen lasse. Als Beleg hiefür führt er Daten vor, die zeigen, daß verschiedene Beobachter über die Spannung des Pulses von einem und demselben Individuum ganz differente Angaben machen. In dem Maße nun, als der Werth der Schätzung sinkt, muß der Werth der Blutdruckmessung, die zu übereinstimmenden Urtheilen führt, steigen. Schon aus diesem Grunde ist sie in der Praxis unentbehrlich. Denn sie bietet die Gewähr für ein sicheres Urtheil über die Pulsspannung. Durch einige Beispiele erläutert der Vortragende den speciellen praktischen Werth der Blutdruckmessung und setzt die physikalischen Gründe auseinander, die darthun, daß die Schätzung unmöglich zu sicherem Resultate führen könne. Von der durch eine große Erfahrung gestützten Ueberzeugung ausgehend, daß die Blutdruckmessung unentbehrlich sei, ging er an die Construction eines Sphygmomanometers, das zunächst durch seinen Preis zu Versuchen mit der Methode der Blutdruckmessung anregen sollte. Erst wenn man sich mit derselben längere Zeit eindringlich beschäftigt, ist man im Stande, ihre Verwerthbarkeit zu würdigen. Solchen Versuchen stand bisher als Hinderniß der hohe Preis des Instrumentes entgegen. Dieses Hinderniß ist jetzt beseitigt. Der Preis desselben beträgt nur 1 fl. 60 kr.*) Diese Summe kann man eventuell auch für eine Idee opfern. Das Constructionsprincip ist das gleiche wie bei dem bisherigen Instrumente. Es unterscheidet sich von letzterem nur dadurch, daß die mit Luft gefüllte Pelotte, mittelst welcher die Arterie comprimirt wird, mit einem Kautschuk-Luft-Manometer — das empirisch geaicht wird — communicirt.

Discussion.

Prof. Benedikt empfiehlt dringendst die Benützung des Sphygmomanometers und die Uebung der häufigen Pulsmessungen, da es eine Reihe von Zuständen gibt, bei denen man nur nach mehreren Pulsmessungen einen Aufschluß bekommt.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

(Sitzung vom 16. Januar 1895.)

Kaposi stellt einen Fall von Zoster fac. gangraenosus et haemorrhagicus vor. Derselbe weist gleichzeitig auch disseminirte Eruptionen coäver Knötchen im Bereiche des Trigeminus sinister (Gesicht, Hals), ferner des fünften linken Spinalnerven bis zur sechsten Rippe herab auf; ferner an der rechten Seite der Zungenspitze ein paar Gruppen von Bläschen, auf dem rechten rückwärtigen Theile des Zungenrückens eine mehrere Millimeter lange und breite hämorrhagische und gangränöse Gruppe, welche den Pat. 4—5 Wochen unter den unsäglichsten Schmerzen hielt, um welche Zeit die Schleimhaut sich in ihrer ganzen Dicke als ein nekrotischer Fetzen abgelöst hatte, worauf Heilung eintrat.

Finger demonstrirt eine Pat., welche auf der Stirne eine Gruppe von bis an die Haargrenze reichenden Knoten aufweist, über deren Diagnose er sich bisher, zumal der histologische Befund noch aussteht, definitiv nicht äußern kann.

ULLMANN glaubt, daß es sich um eine Dermatitis papillaris capillitii handle.

NEUMANN neigt zur Annahme einer Mykosis im Sinne ALIBERT'S.

KAPOSI glaubt mit Sicherheit annehmen zu können, daß es sich um eine Erkrankung der Follikeln handle, was FINGER auch zugesteht; doch bedürfe der Fall ätiologisch der Aufklärung.

Ehrmann demonstrirt an einer Pat. den Erfolg einer theilweisen Therapie von Lupus erythematodes, welche in der flächenweisen Abtragung der afficirten Stellen mit dem Messer bestand. Als Effect der mehrfach unterbrochenen Behandlung ergibt sich gegenwärtig, daß der Lupus erythematodes dort, wo er abgetragen wurde, vollkommen verschwunden und durch eine weiße, sehr weiche Narbe ersetzt ist, während die nicht behandelten Stellen röthlich und schuppend sind.

Lang demonstrirt eine Sitzdouche, welche bei verschiedenen Erkrankungen am Genitale mit Vortheil ihre Anwendung findet. Die Vorzüge derselben bestehen darin, daß der Pat. selbst oder ein Diener den Apparat in Thätigkeit setzen kann, hiebei im Zimmer nichts verspritzt wird und die Vorrichtung leicht transportabel ist.

Derselbe demonstrirt ferner eine Syphonbrause, welche einen mit einer Brause armirten Kautschukschlauch darstellt, der mit dem anderen Ende an einem Syphon befestigt wird. Durch Niederdrücken des Syphonhebels läßt sich eine Douche erzeugen, die bei der leicht irritirenden Wirkung der mitgeführten Kohlensäure bei Alopecia areata, Seborrhoea sicca und ähnlichen Erkrankungsformen in Gebrauch gezogen werden kann. Durch Ansetzen eines feinen Irrigatoransatzes läßt sich ein sehr intensiver Hautreiz hervorrufen, was vielleicht bei Neuralgien, Parästhesien u. s. w. von Werth ist.

Nobl demonstrirt:

1. Ein Präparat, welches von dem in der vorigen Sitzung von Dr. KOHN demonstrirten Knaben (angeborener Naevus hypertrophicus teleangiectodes) durch Exstirpation eines Knotens gewonnen wurde. Die anatomische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Neurofibrom handelte.

2. Einen Fall von Orchitis epidemica, die sich im Anschlusse an Parotitis entwickelt hatte. An dem Tumor participirt außer dem Hoden auch noch der Nebenhode. Es kam zu deutlicher Fluctuation. Die Punction dieser Stelle ergab ein hellgelbes Serum, das mikroskopisch nur spärliche Leukocyten aufwies, bacteriologisch ein negatives Resultat ergab.

EHRMANN berichtet, anschließend an diesen Fall, über eine Beobachtung, die er jüngst zu machen Gelegenheit hatte, wobei ein 13jähriger Knabe, dessen Mutter kurz zuvor eine Parotitis überstanden hatte, an Orchitis erkrankte. Da Gonorrhoe nicht anzunehmen und Gonococcen nicht nachzuweisen waren, mußte man an einen Zusammenhang der Parotitis der Mutter und Orchitis des Knaben denken. Bei dem Knaben ist eine Parotitis nicht vorausgegangen.

HOCK weist darauf hin, daß besonders Individuen in der Pubertätszeit zur Orchitis epidemica neigen und außerdem solche, deren Testikel durch äußere Gründe (Onanie) sich in einem Reizzustande befinden.

Nobl stellt vor:

3. Einen 33jährigen Pat., der mit einem schweren papulösen Exanthem aufgenommen wurde und außerdem eine excessiv entwickelte Paronychie und Onychie, von welcher fast das ganze Nagelglied aller Finger befallen erscheint, aufweist.

4. Einen 48jährigen Pat. mit Carcinom am Penisschafte, das von der durch ein phimotisches Präputium gedeckten

*) Der Apparat wird von Wojtuczek, Westbahnstraße 3, angefertigt.

Glans seinen Ausgang genommen zu haben scheint und in kürzester Zeit zur Perforation der Penisdecke führte.

5. Einen 23jährigen Pat., welcher vor 2 Wochen mit Urethrocystitis blennorrhagica aufgenommen wurde und gegenwärtig eine Epididymitis an einem linksseitigen, im Leistencanal verbliebenen Hoden aufweist.

Behandlung der Psoriasis mit Jodkali in großen Dosen.

Neumann stellt 2 Pat. vor, welche wegen Psoriasis mit großen Dosen von Jodkali behandelt wurden. Bekanntlich hat Haslund nach der Empfehlung des norwegischen Arztes Dr. Greve die Behandlung der Psoriasis mit großen Dosen von Jodkali in 50 Fällen versucht und über ausgezeichnete Resultate berichtet. Die beiden vorgestellten Patientinnen können a's vollständig geheilt betrachtet werden.

Lang bemerkt hiezu, daß er Jodkali bei Psoriasis häufig versucht habe und bis auf 40 Grm. pro die gestiegen sei. In einem Falle konnte er unangenehme, doch vorübergehende Nebenerscheinungen (Anurie durch 24 Stunden) beobachten. Im Allgemeinen habe das Jodkali in einer Reihe von Fällen gute Dienste geleistet, in anderen Fällen wieder im Stiche gelassen.

Schiff hat wiederholt Jodkali gegen Psoriasis angewendet und die Beobachtung gemacht, daß, wenn Idiosynkrasie gegen Jod vorhanden war, auch die Psoriasis durch diese Medication nicht beeinflußt wurde. Dort, wo sie wirkte, wurde auch Jod gut vertragen.

Ueber Pemphigus.

Kaposi stellt drei Fälle von Pemphigus vor, u. zw. je einen Fall von P. vegetans, P. circinnatus und P. foliaceus. Diese Fälle beweisen neuerdings jeder für sich die Polymorphie des Pemphigus in seinen einzelnen Eruptionsstadien und ferner, daß diese Affection doch mit den Mitteln der heutigen Therapie einer Besserung zugänglich ist.

Schiff fragt nach der Therapie, worauf Kaposi erwidert, daß dieselbe so vielgestaltig sei, daß sich ein einheitliches Vorgehen nicht angeben lasse. Neben dem Wasserbett in den schwersten Fällen wird Alles angewendet, was die Haut zu schützen und zu decken im Stande ist.

Neumann stellt einen Patienten mit pustulösem Syphilid an Stamm, Extremitäten und Hohlhand vor, dessen Efflorescenzen eine Aehnlichkeit mit Acne cachecticorum haben, sich von derselben aber durch den Sitz und das Fehlen eines unterminirten Randes unterscheiden.

Ferner demonstrirt derselbe zwei Patienten, Geschwister, mit Herpes tonsurans capillitii.

Ullmann stellt einen Patienten vor, der schon vor 2 Jahren von Neumann als Erythema multiforme in dieser Gesellschaft demonstrirt worden ist. Gegenwärtig handelt es sich bei dem Pat. um eine eigenartige Urticaria und außerdem weist derselbe noch an zahlreichen Stellen der Haut der Extremitäten nahezu symmetrisch vertheilte, schmutzig-braune, flache, auf Druck sehr empfindliche und spontan schmerzhafte Infiltrationen auf, welche leicht eitrig zerfallen; das histologische Bild dieser Infiltrate erinnert an Mykosis fungoides.

Neumann weist darauf hin, daß das Erythema iris keine ausgesprochene Erkrankung ist, sondern, besonders wenn es nicht typisch verläuft, stets auf eine tiefere Erkrankung, wie Carcinomatose, letal verlaufende Pneumonien, Eiterretention u. s. w. hinweist. Es fragt sich nun, um welche dieser Krankheiten es sich im vorgestellten Falle handle.

Kaposi ist der Ansicht, daß es sich um eine Recidive von Erythema iris handle, welches unter dem Einflusse einer tiefgreifenden Cachexie atypisch verlaufe, außerdem weise der Pat. in Folge seiner Cachexie eine Folliculitis cachectica auf.

Kaposi stellt eine Patientin mit einem isolirten Herde von Lupus an der Oberlippe, der seit 4 Jahren besteht, vor; ferner einen Knaben mit ausgebreitetem Lupus serpiginosus, Narben nach vorausgegangener Caries, mit Favus und Andeutungen von Lichen scrophulosorum.

Notizen.

Wien, 26. Januar 1895.

Das Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten.

Soeben ist der II. Jahrgang (pro 1893) dieses im Vorjahre inaugurirten gemeinsamen Jahrbuches der unter Oberleitung der n. ö. Statthalterei stehenden öffentlichen Spitäler Wiens zur Ausgabe gelangt. Die Anerkennung, mit welcher wir die Ankündigung des Erscheinens des ersten Bandes im Vorjahre begleitet, verdient auch sein Nachfolger in gleichem Maße. Erst seit der Schaffung eines gemeinsamen, vorzüglich redigirten Berichtes ist es möglich, ein anschauliches Bild des colossalen Materiales zu liefern, welches unsere Krankenhäuser in dem kurzen Zeitraume eines Jahres beherbergen und dessen wissenschaftlich-statistische Ausbeute nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Statistiker und Hygieniker von großem Werthe ist.

Bei im Wesentlichen unveränderter Anordnung des Stoffes bietet der Bericht diesmal besonderes Interesse durch die ausführliche Darlegung der von der Statthalterei in den Jahren 1892 und 1893 anläßlich der Choleragefahr getroffenen Maßnahmen und Vorkehrungen, die vollauf geeignet erscheinen, das Vertrauen der Bevölkerung zur öffentlichen Sanitätspflege zu heben und zu festigen; vom Wiener k. k. Krankenanstalten-Fonds wurde für die durch die erwähnten Maßnahmen verursachten Herstellungen und Anschaffungen ein Betrag von 71.815 fl. 38 kr. ausgegeben. Eine Beigabe dieses Abschnittes bilden die Beschreibung und die Pläne jener Spitäler, welche im Falle einer Epidemie die Gemeinde Wien dem Krankenanstalten-Fonds zur Benützung übergeben wird.

Einer kurzen Chronik der einzelnen Krankenanstalten, der ein Verzeichniß des Personalstandes, sowie der Krankenabtheilungen und Kliniken beigefügt ist, folgt der wichtigste Abschnitt, die Krankenstatistik, der heuer manche wesentliche Aenderungen zeigt und eine Reihe neuer und interessanter Combinationen des Zahlenmateriales bietet, da er von der k. k. statistischen Centralcommission nach neuen, erweiterten Zählkarten bearbeitet wurde. In zahlreichen einfachen und combinirten Tabellen ist das massenhafte statistische Material über Alter, Beruf, Familienangehörigkeit etc. der Behandelten zur Verwerthung gelangt; detaillirte Ausweise über die zur Behandlung gelangten Krankheiten schließen sich an, und mehrere Tabellen über die Krankenbewegung in den früheren Jahren gestatten interessante Vergleiche über die Frequenz und die Heilerfolge der Spitäler.

Aus dem Jahre 1892 waren in den acht öffentlichen Spitälern 3718 Personen verblieben; im Laufe des Jahres 1893 waren 57.061 Patienten hinzugekommen, so daß insgesammt 60.779 Personen, und zwar 33.372 Männer und 27.407 Frauen in Behandlung gestanden waren. Von diesen blieben am Schlusse des Jahres 1893 4297 in den Spitälern, während 56.482 (gegen das Vorjahr + 5583) in Abgang kamen. 80·75% der Abgegangenen wurden als geheilt oder gebessert und 7·29% als ungeheilt entlassen, während 11·96% mit Tod abgingen. Den größten Heilungserfolg weisen die Krankenanstalt „Rudolph-Stiftung“ und das St.-Rochus-Spital auf, den ausschlaggebenden Percentsatz bei den ungeheilt Entlassenen zeigt das allgemeine Krankenhaus. Von je 100 Abgegangenen standen 10·87 bis zu einer Woche, 39·19 über ein bis drei Wochen, 23·32 über drei bis sechs Wochen, 15·93 über sechs Wochen bis sechs Monate und 0·69 über sechs Monate in Spitalsverpflegung.

Einen breiten Raum beanspruchen die Specialberichte der einzelnen Krankenabtheilungen, die jedoch nichts weniger als gleichmäßig abgefaßt sind. Während einzelne Abtheilungsvorstände — Pál, Neumann, Lang (Allg. Krankenhaus), Kraus, Bamberger, Limbeck, Englisch (Rudolfstiftung), Kovácz (Franz Josef-Spital) — bemerkenswerthe Arbeiten und sorgfältig ausgewählte Casuistik publiciren oder durch ihre Subalternärzte publiciren lassen, Andere — wie Kaposi, Scholz (Allg. Krankenh.), Kliegl, Kumar, Lüttkemüller (Krankenh. Wieden), Mader, Hofmokl, Mraček (Rudolfstiftung), Drozda, v. Pfungen (Franz Josef-Spital), Kogerer, Frisch, Ullrich, Schopf (Elisabeth-Sp.), Tölg (Wilhelminen-Sp.) Rosanes

(Stefanie-Sp.) und FÜNKH (Rochus Sp.) — interessante Krankengeschichten veröffentlichen, begnügen sich Andere mit trockenen statistischen Berichten. Besonders eigenthümlich berühren die Berichte einzelner interner Abtheilungen, die lediglich die daselbst ausgeführten — Operationen enthalten.

Den Schluß des Jahrbuches bildet eine übersichtliche Zusammenstellung der Resultate der meteorologischen Beobachtungen der k. k. Centralanstalt für Meteorologie und Erdmagnetismus, und zwar mit jenen Angaben, die mit dem Krankenstande in gewissem ursächlichen Zusammenhange stehen; besonderes Gewicht ist dabei auf die rapiden Temperaturveränderungen gelegt. Außerdem bietet ein Anhang die Darstellung des Vermögensstandes des Wiener k. k. Krankenanstalten-Fonds und den Ausweis der beim Wiener Krankenanstalten-Fonds in Verrechnung gestandenen Stiftungen, endlich die Sammlung der wichtigsten Gesetze, Verordnungen und Normalerlässe, welche für den Dienst in den Wiener k. k. Krankenanstalten maßgebend sind.

(Die Heilserum-Debatte in der k. k. Gesellschaft der Aerzte.) Die seit Wochen geführte Discussion über das Diphtherie-Heilserum hat in der gestrigen, überaus zahlreich besuchten und ungewöhnlich spät vertagten Sitzung der „Gesellschaft der Aerzte" ihren Höhepunkt überschritten. Wie vor Kurzem in Berlin, sind nunmehr auch in Wien Sprecher aller Schattirungen, glühende Enthusiasten, vorsichtige Warner, offene Zweifler, zum Worte gelangt. Nachdem WIDERHOFER die glänzenden Resultate der Diphtheriebehandlung mit BEHRING's Serum in dem von ihm geleiteten grössten Kinderspitale Wiens vorgelegt und sich zum bedingungslosen Anhänger dieser Therapie bekannt hat, HEIM und UNTERHOLZNER, wenn auch mit Reserve, sich ihm anschlossen und selbst GNÄNDINGER, dessen Spitalserfolge sicherlich geeignet waren, ihn den Gegnern des Serums anzureihen, unter dem allgemeinen Eindrucke, den er von seinen Fällen empfangen hatte, sich sympathisch über die Serumtherapie geäußert, während MONTI, der über die beste Wiener Statistik verfügt, dem Wiener Skepticismus treu blieb, hat KASSOWITZ, der letzte Redner der vorwöchentlichen Sitzung, auf Grundlage der bereits zu colossaler Höhe angewachsenen Literatur scharfe sachliche Kritik an der BEHRING-ROUX'schen Behandlungsmethode, zumal an der Präventivimpfung der Diphtherie, geübt, ohne jedoch — wie WIDERHOFER ihm gestern mit Unrecht vorwarf — zu behaupten, die Methode sei als schädlich zu verwerfen. KASSOWITZ, der Mangels eines klinischen Materials über verwerthbare eigene Beobachtungen nicht verfügt, hat wohl die Effecte der Serumtherapie bezweifelt, so weitgehende Consequenzen aber nicht gezogen. — Von den gestrigen Rednern polemisirten, wie aus dem an anderer Stelle dieser Nummer erscheinenden Berichte hervorgeht, nach einer vollständig deplacirten, recht confusen Zusammenstellung ungünstig lautender Stimmen aus der Literatur, die Hofrath DRASCHE der ungeduldigen Gesellschaft pathetisch vorlas, der Bacteriologe MAX GRUBER, der Pathologe PALTAUF und der Kliniker WIDERHOFER gegen KASSOWITZ, während der pathologische Anatom KOLISKO, welcher über 75 Sectionen von mit Heilserum behandelten Diphtheriefällen verfügt, sich gegen seinen Berliner Collegen HANSEMANN wandte. Soweit die Stellung der Wiener Kliniker der Serumtherapie gegenüber in Frage kommt, hat der bisherige Verlauf der Discussion die dem Heilserum gewiss günstige Thatsache ergeben, daß zur Größe des Materiales, also zur Zahl der Einzelbeobachtungen, das Vertrauen zum Heilserum in geradem Verhältnisse steht. Dieser Umstand ist sicherlich auch für Jene von Bedeutung, welche der Ansicht GRUBER's huldigen, nur eine sehr große Statistik könne über die Berechtigung einer Uebertragung der Ergebnisse der Thierversuche auf den Menschen entscheiden. Wenn ein Arzt von der Beobachtungsgabe und Erfahrung WIDERHOFER's, der viele Tausende diphtheriekranker Kinder gesehen, uns sagt, er habe bei rechtzeitiger Anwendung des Serums in der überwiegenden Zahl der Fälle eine raschere Aufrollung und Abstoßung der Membranen als früher, sowie einen überraschend günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden constatirt, er habe ferner auch von der Immunisirung gute Resultate erhalten; wenn derselbe Redner nunmehr auch auf Grund des zweiten und dritten Hunderts seiner Beobachtungen die von ihm aufgestellte, dem Heilserum so günstige These vollinhaltlich aufrecht erhält, so ist dies ein Moment, welches überaus schwer in die Waagschale fällt. Denn bei einem in der Praxis ergrauten Kinderarzte von WIDERHOFER's Bedeutung kann blinder Enthusiasmus ebenso wenig vorausgesetzt werden, wie kritikloser Nihilismus bei einem Forscher von dem Ernste und der wissenschaftlichen Vergangenheit eines KASSOWITZ. Hier aber entscheidet die Beobachtung am Krankenbette, und diese — so scheint es nach den Erfahrungen im Diphtheriepavillon des St. Annen-Kinderspitales — hat sich bisher für das Heilserum ausgesprochen. Die Zukunft, vielleicht schon die nächste schwere Diphtherie-Epidemie, wird lehren, ob mit vollem Rechte.

(NOTHNAGEL-Stiftung.) Eine große Zahl von Verehrern unseres ausgezeichneten Klinikers, an ihrer Spitze die angesehensten Aerzte der Residenz, hat einen 50.000 fl. übersteigenden Betrag dem Zwecke gewidmet, würdigen Studirenden der Wiener Universität ohne Unterschied der Confession Unterstützung zu gewähren. Die Stiftung wird für immerwährende Zeiten den Namen „NOTHNAGEL-Stiftung" führen, und wird dem Gelehrten, dessen freiem Ermessen die Einrichtung der Stiftung überlassen ist, bei Verleihung der Stipendien ein maßgebender Einfluß gewährt werden. — In sinnigerer Form konnte der Dankbarkeit und Verehrung für HERMANN NOTHNAGEL, den unermüdlichen Vorkämpfer für Frieden und Eintracht, den mannhaften Bekämpfer des Racenhasses und Terrorismus, wahrlich nicht Ausdruck gegeben werden.

(Aus den ärztlichen Vereinen.) Das aus den Delegirten der ärztlichen Bezirksvereine Wiens zusammengesetzte Central-Comité hat sich in seiner Sitzung vom 24. d. M. der in der vorwöchentlichen Nummer d. Bl. reproducirten Resolution der Wiener Aerztekammer gegen die im n. ö. Landtage erfolgte Verunglimpfung des ärztlichen Standes angeschlossen und seiner Entrüstung Ausdruck gegeben. — Ueberdies haben mehrere Bezirksvereine gelegentlich ihrer im Verlaufe der letzten Woche abgehaltenen Vollversammlungen Resolutionen im gleichen Sinne beschlossen.

(Gynäkologen-Congreß.) Der 7. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wird zu Pfingsten d. J. in Wien stattfinden. Als Hauptthemen stehen auf der Tagesordnung: Ruptura uteri (Ref.: FRITSCH, SAENGER); Endometritis (Ref.: v. WINCKEL, RUGE, DÖDERLEIN, BUMM, WERTHEIM, FEHLING).

(Chirurgen-Congreß.) Der 24. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet in der Zeit vom 17.—20. April d. J. unter Vorsitz des Prof. GUSSENBAUER im Langenbeck-Hause zu Berlin statt. Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen sind baldmöglichst an den ständigen Schriftführer der Gesellschaft, Geh. Med.-R. Prof. GURLT (Berlin W., Keithstraße 6), zu richten. Die bis Ende Februar 1895 zu führenden Aufzeichnungen bezüglich der Sammelforschung über Narkosen wollen vor dem 15. März dem obgenannten Schriftführer übersendet werden.

(Auszeichnung.) Dem Stadtarzte in Kaaden, Dr. CAMILL GOLL, ist in Anerkennung seiner vieljährigen, verdienstlichen Berufsthätigkeit der Titel eines kais. Rathes verliehen worden.

(Statistik.) Vom 13. bis inclusive 19. Januar 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6939 Personen behandelt. Hievon wurden 1372 entlassen; 176 sind gestorben (11·37% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 93, egyptischer Augenentzündung 8, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 125, Scharlach 92, Masern 356, Keuchhusten 20, Wundrothlauf 29, Wochenbettfieber 5, Influenza —, Mumps 43. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 619 Personen gestorben (— 43 gegen die Vorwoche).

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung Montag den 28. Jänner 1895, 7 Uhr Abends im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Dr. ERNST FREUND: „Die Principien der Ernährung auf Grund der derzeitigen Kenntnisse des Stoffwechsels."

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 30. Januar 1895, 7 Uhr Abends im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. R. COEN: Ueber Sprachstörungen und deren Behandlung.

Nr. 5. Sonntag den 3. Februar 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Eiterungen der Siebbeinzellen.

Von **Dr. Egmont Baumgarten** in Budapest. *)

Nachdem man auch das Siebbeinlabyrinth als Nebenhöhle der Nase aufzufassen gewohnt ist, so wird man auch wie bei der Kiefer-, Stirn- und Keilbeinhöhle eine acute Eiterung annehmen wollen, doch glaube ich, daß die isolirte acute Eiterung der Siebbeinzellen oft nur vermuthet wird, meist aber sich der Beobachtung entzieht, weshalb ich auch deren Besprechung nicht aufnehme.

Ich will hier nur von denjenigen Eiterungen der Siebbeinzellen sprechen, welche als einzige Ursache einer bestehenden Naseneiterung angesehen werden können und diejenigen Formen, die mit Eiterungen der Stirn-, Keilbein- und Kieferhöhle combinirt waren, außer Acht lassen. Es konnte in letzteren Fällen nur selten bestimmt werden, ob die Eiterung der Siebbeinzellen die Eiterung einer oder mehrerer Nachbarhöhlen bedingte oder von diesen bedingt war, doch die viel häufigere Anzahl von Siebbeinzellenerkrankungen läßt mich darauf schließen, daß — bei uns in Ungarn wenigstens — von allen Nebenhöhlen die Siebbeinzellen am leichtesten erkranken und von da aus die Eiterungen weiter zu schreiten pflegen; doch sah ich auch mehrere Fälle von secundärer Erkrankung des Siebbeinlabyrinthes.

Ich habe ferner nicht berücksichtigt die secundären Eiterungen und Zerstörungen der Siebbeinzellen durch Lues, Lupus und andere Erkrankungen, die von außen her zu verfolgen waren, sowie die Eiterungen bei Ozaena, da ihr Verhältniß zu den Nebenhöhlen noch sehr verschieden gedeutet wird und dies noch eines weiteren Studiums bedürftig ist.

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Laryngologie der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

Bevor ich daran gehe, meine Erfahrungen auf dem Gebiete der Eiterungen der Siebbeinzellen zusammenzufassen, muß ich in größter Kürze einige Krankengeschichten anführen, da diese am besten die unter sich so verschiedenen Formen dieser Erkrankung illustriren und meiner Eintheilung als Grundlage dienen. Bei diesen Fällen ist immer derjenige Befund beschrieben, der bei der ersten Untersuchung vorgefunden wurde.

I. a) Ein älterer Herr kam mit der Klage, seit 2 bis 3 Jahren nach Influenza an Schnupfen zu leiden. Der Ausfluß ist eitrig, es besteht seit längerer Zeit Schmerz in den Nasenbeinen, und tritt oft linksseitige Migräne auf. Patient ist in letzterer Zeit vergeßlich, der Schlaf ist nicht erquickend. Rechte Nasenseite normal. In der linken Nasenseite die mittlere Muschel geschwollen, berührt das Septum, dicker Eiter am oberen Rande der unteren Muschel und am unteren Theile der mittleren Muschel, hauptsächlich aber im mittleren Nasengange aus einer gewulsteten Schleimhautspalte hervorsickernd, die hinteren Antheile der Muscheln frei. Die Sonde stößt im mittleren Mittel der mittleren Muschel durch die Spalte an mehreren Stellen auf cariösen Knochen. Die Berührung ist an einigen Stellen sehr schmerzhaft, wird oft im Auge verspürt. Der Eiter muß einigemale abgewischt werden, um das Sehfeld rein zu behalten. — Es wurde alles Kranke ausgekratzt und mit der Zange entfernt, doch dauerte in diesem Falle die Eiterung noch aus einer Knochenfistel über ein Jahr, da die cariöse Erkrankung auch an der Ansatzstelle des Siebbeines am Oberkiefer mit der Sonde gefühlt werden konnte und erfolgte die Heilung nur nach nochmaliger Abkratzung des kranken Knochens, zu dem erst ein Weg gebahnt werden mußte.

b) Ein junger Mann kam mit geringer Infiltration der Interarytaenoidalschleimhaut zur Untersuchung, im Rachen war ein Eiterstreif zu sehen, der bis hinauf in die Nase verfolgt werden konnte. Lungen normal, im Sputum keine Tuberkelbacillen. Lues war vor 3 Jahren erworben. Nur auf Befragen gibt Patient zu, schon lange an Schnupfen zu leiden, arbeits-

müde zu sein, keine Lust an Vergnügungen zu haben. Der Zustand der Nase belästigte ihn nicht besonders, auch hatte er nie Schmerzen, Kopfweh etc., nur die Kehlkopferkrankung führte ihn zu mir.

In der rechten Nasenseite verlegte die geschwellte untere Muschel das ganze Sehfeld, nach Cocaïnisirung sieht man etwas Eiter im mittleren Nasengange, keinen Schleimhautwulst daselbst, jedoch stößt die Sonde im Nasengange bei dem leisesten Drucke nach mehreren Richtungen knisternde, nekrotische Lamellen durch, was fast gar nicht schmerzhaft ist. Die Eiterung ist sehr gering, soll aber vor einem Jahre stärker gewesen sein.

c) Diesen Fall habe ich in allerletzter Zeit beobachtet und er war mir zur Bestätigung meiner Auffassung besonders willkommen.

Ein Fräulein, wegen eines Ohrenleidens in Behandlung, wird mir zur Untersuchung der Nase zugewiesen, da sie nach der Lufteinblasung oft stark blutet. Bei der Untersuchung finde ich fast normales Nasenbild, nur beiderseits am oberen Rande der unteren Muscheln und in den mittleren Nasengängen etwas Eiter. Linkerseits ist mehr Eiter; nach Cocaïnisirung sieht man im mittleren Gange die Andeutung eines kleinen Schleimhautwulstes, durch die Spalte gelangt die Sonde an mehreren Stellen auf cariösen Knochen. Rechts wenig Eiter, das Bild normal, doch gleitet die Sonde im mittleren Nasengange in einen Hohlraum nach hinten bis zur Keilbeinhöhle, die Wandungen des Hohlraumes sind nekrotisch, hie und da fühlt man noch eine knisternde Lamelle. Patientin erzählt nun, daß sie seit einigen Jahren an Kopfschmerzen, Druck in der Schläfe, Schmerzen im Nasenbeine und in den Augen leidet, oft schlecht sieht, von Zeit zu Zeit treten Schwellungen in der Infraorbitalgegend auf, Röthe des Gesichtes. Das Leiden ist von selbst entstanden.

Im ersten Falle haben wir es mit Caries, im zweiten Falle mit Nekrose des Siebbeinknochens zu thun, im dritten Falle auf der einen Seite mit Caries, auf der anderen mit Nekrose. Jedoch sind in vielen Fällen diese Befunde nicht so ausgesprochen und ist oft Caries und Nekrose gleichzeitig vorhanden und nicht von einander zu differenziren. Da aber der stärkeren Eiterung entsprechend meist Caries gefunden wurde und die Anamnesen ergaben, daß stärkere Eiterungen im Beginne zur Regel gehören, so kann man annehmen, daß Caries meist das Anfangsstadium in vielen Fällen abgibt. Diese Formen sind weitaus die häufigsten und bezeichne ich sie als Caries-Nekrose des Siebbeinknochens. Grünwald nennt diese Formen in seiner bekannten Monographie: „offenes Empyem" und „Caries des Siebbeinknochens". Nachdem ich in so vielen Punkten mit dem Verfasser übereinstimme, wundert es mich, daß er diese beiden Formen von einander trennen will, wo er doch zugibt, bei beiden kranken Knochen zu finden und darin die Ursache der Eiterung zu sehen. Meiner Ansicht nach ist es dieselbe Erkrankung, nur in einem anderen Stadium.

II. Ein Herr hat seit einiger Zeit übelriechenden Ausfluß aus der linken Nasenseite, sonst von der Nase nie Beschwerden, keinen Schnupfen, keine Kopfschmerzen, dagegen von tertiären Symptomen der Lues viel zu leiden, so zuletzt Sehnenverdickungen. Rechte Nase frei. Links berührt die mittlere Muschel das Septum und ist nach oben gedrängt, durch einen haselnußgroßen Tumor im mittleren Nasengange, der auch die untere Muschel theilweise verdrängt. Nach hinten und am Septum Eiterstreifen, der Tumor von scheinbar normaler Schleimhaut überzogen, so daß man ihn den ersten Augenblick für die mittlere Muschel, respective für einen Lappen derselben hält. Der Tumor ist weich, die Sonde gelangt an einer Stelle hinten oben, den Tumor durchstoßend, auf rauhen Knochen, doch entleert sich dabei so pestilenter, rahmartiger Eiter, daß weder ich, noch Patient es aushalten können. Der Tumor bestand aus derbem, schwieligem Gewebe, war mit Eiter erfüllt, wurde mit Mühe entfernt, und obwohl eine große Knochenhöhle im Siebbeine freigelegt wurde und mehrere in Granulationen gebettete Knochenlamellen abgetragen wurden, fand in 3—4 Wochen vollständige Heilung statt.

In einem ähnlichen Falle konnte ich den größeren äußeren Antheil des Tumors abtragen, und befand sich im schwieligen Gewebe eine große Knochenlamelle.

Diese seltenere Form will ich mit Grünwald: „geschlossenes Empyem" nennen, ist aber auch nur Caries-Nekrose des Siebbeinknochens mit einem Eitersacke, der nicht geplatzt ist, und der meist aus einer Auftreibung einer oder mehrerer Siebbeinzellen besteht.

III. Eine Dame leidet seit Jahren an Schnupfen und eiterigem Ausflusse aus der Nase. Aeußerlich war nie etwas sichtbar, es bestand kein Kopfschmerz oder Schmerz in den Nasenbeinen, von Seite des Auges nie Beschwerden. Links in der Nase waren bei der Untersuchung mehrere Polypen zu sehen, die vorderen waren nach der Entfernung als Schleimpolypen zu bezeichnen, die an der Basis flach aufsitzenden waren klein, grau, bluteten leicht und waren Granulationspolypen. Im mittleren Nasengang war ein Schleimhautwulst mit einer Spalte und konnte ich in diese, hoch hinaufdringend, mit der kalten Schlinge mehrere solche Polypen, die gar nicht sichtbar waren, hervorholen. Durch die Spalte war mit der Sonde rauher Knochen zu fühlen. Zweimal Recidive der Polypen in kurzer Zeit, doch mußte die Auskratzung verschoben werden, da die Dame sehr anämisch war, dann eine elende Schwangerschaft hatte und nach der Geburt sich noch lange nicht erholen konnte. Nach der Geburt waren keine Polypen mehr nachgewachsen, aber die Sonde zeigte, daß das Siebbein in großer Ausdehnung krank war. Nach der Radicaloperation trat bald Heilung ein.

Diese Form ist es, welche Woakes als Ethmoiditis necroticans beschrieben hat und die zu vielen Controversen Anlaß gab, da sogar behauptet wurde, daß alle Polypen von Siebbeinerkrankungen herrühren. Bei uns ist diese Form seltener, in England und Amerika scheint sie viel häufiger vorzukommen. Es kommen bei einzelnen Siebbeinerkrankungen Granulationspolypen zu Stande, welche, wenn sie wachsen und frei in der Nasenhöhle liegen, den gewöhnlichen Polypen — ödematösen Fibromen — ähnlich sind, doch an den Ansatzstellen zeigen sie ein anderes Bild, und man kann sich dann überzeugen, daß diese Polypen von Granulationen des cariösen, nekrotischen Siebbeinknochens entstanden sind. Eine große Zahl von Nasenpolypen haben mit dem Siebbeine nichts zu thun, doch muß auch zugegeben werden, daß einzelne Polypen durch Druck und Hineinwachsen Caries und Nekrose des Siebbeinknochens erzeugen können.

IV. Ein Herr, der seit Jahren an Schnupfen und eiterigem Ausflusse aus der Nase leidet, nie krank war und auch bisher keinerlei Schmerzen und Beschwerden hatte, zeigte bei der Untersuchung, daß der vordere Antheil der linken mittleren Muschel cariös erkrankt war. Die Auskratzung gelang nicht, da die kranken Knochenpartien sehr hart waren, und nur mit einer starken Knochenzange konnte man etwas Krankes entfernen. An der operirten Stelle bildete sich ein hartes Gewebe, das von einem fremden Collegen entfernt wurde und als Osteosarcom mikroskopisch bestimmt wurde. Der Proceß schritt weiter nach rückwärts und wurde Patient von mir und von anderer Seite im Auslande operirt, ist aber noch nicht geheilt, da man nicht radical vorgehen kann. Der vordere Theil ist ganz verknöchert. Einmal mußte ich einen knöchernen Hohlraum, Knochencyste freilegen, der aus einer Fistelöffnung Eiter entleerte. Gewisse Manipulationen hatten sofort Oedem des Augenlides und erysipelatöse Schwellung und Röthe der entsprechenden Seite zur Folge.

Diese Form der Caries-Nekrose des Siebbeinknochens ist am seltensten, sie heilt ossificirend. Sich selbst überlassen entstehen aus dieser Form die mehrfach beschriebenen Knochencysten, die bei der Operation im Inneren Eiter, Granulationen oder einen leeren Hohlraum zeigen und manchmal so groß

werden können, daß sie, wie ich einen Fall operirte, die eine Nasenseite total obliteriren können. Solche Knochencysten können natürlich auch an anderen Orten entstehen.

Im Zeitraume, in welchem ich 12 Fälle von einfacher Caries-Nekrose des Siebbeinknochens beobachtete, habe ich 5 Fälle mit Polypenbildung, 3 Fälle mit einem Eitersacke und einen Fall mit Osteophitenbildung gesehen. Mit Eiterungen verschiedener Nebenhöhlen combinirt 8 Fälle.

Wie verschieden in den verschiedenen Ländern das beobachtete Materiale oft ist, zeigt am besten der Umstand, daß während dieses Zeitraumes blos 3 Fälle von chronischer Eiterung der Highmorshöhle behandelt wurden.

(Schluß folgt.)

Zur Serumbehandlung der Diphtherie.

Von **Dr. Alexander Pavlik**, Bezirksarzt in Waag-Neustadtl.

Seit meinem ersten Berichte [1]) habe ich sehr interessante, ja wichtige Erfahrungen gemacht. Vor Allem bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, daß die Immunisirungs-Fähigkeit des Heilserums eine minimale sein dürfte, wenigstens bei der jetzigen Anwendungsmethode, wo man mit einer einzigen Injection von Nr. I ein gesundes Kind vor Ansteckung schützen will. Im Verlaufe von 6 Wochen habe ich sechs gesunden Kindern die übliche Dosis von Serum Nr. I injicirt und von diesen sind nach 12—30 Tagen drei an Diphtherie erkrankt. Ob nun bei diesen Kindern die Incubationsdauer eine längere war, ob die Einspritzung den Ausbruch verzögert, oder ob die Kinder später mit dem Virus in Contact gekommen sind und trotz der „Immunisirung" angesteckt wurden, ist mir eine offene Frage, über die erst größere Erfahrung entscheiden dürfte.

Angeregt durch die pessimistische Ansicht HANSEMANN's und Anderer, verfolgte ich mit der größten Aufmerksamkeit alle injicirten Fälle trotz der constatirten Heilung volle 2 bis 3 Wochen. Und ich fand in keinem einzigen Falle auch nur die Spur einer Nachkrankheit; nur einmal fand ich durch 3 Tage Eiweiß im Urin und in einem zweiten Falle ausgebreitete Vereiterung der Halsdrüsen, wobei sich beim Einschnitte circa 150 Grm. Eiter entleerten, worin blos Streptococcen nachgewiesen wurden. Selbst Lähmungen entwickelten sich niemals. Ich finde diese wichtige Thatsache für plausibel; sobald das Virus, durch das Serum (Antitoxin) neutralisirt, seine Zerstörungsfähigkeit auf Nierenparenchym, auf die Bewegungsnerven etc. verloren hat, kann sich keine Nachkrankheit entwickeln. Ja, ich fand Eiweiß im Urin eines meiner Kranken, aber schon zur Zeit der Injection, und dieses verschwand nach 2 Tagen gleichzeitig mit den Localsymptomen.

Ich will mich aber nicht auf das Gebiet der Hypothesen verirren, sondern im Rahmen einer objectiven Berichterstattung bleiben, und so lasse ich die weiteren mit Serum behandelten Fälle vor der Oeffentlichkeit Revue passiren.

VI. Durch Dr. SZABÓ, Kreisarzt in Csejthe, gerufen, fand ich ein 3 Jahre altes Kind mit schweren Symptomen einer Rachen-Nasen-Diphtherie. Temperatur 40°; Puls 160; Halsdrüsen beiderseits geschwollen; die Gebilde des weichen Gaumens mit einem graulich-schmutzigen Belag bedeckt; die Nase durch ähnlichen Belag verstopft; starker Fötor. Die ganze Dosis Nr. II injicirt. Am nächsten Tage, den 20. December, Temp. 39°, Puls 140; Halsdrüsen stärker geschwollen; der Belag im Rachen nur rechterseits und von der Uvula verschwunden; die Nase vollkommen frei; Fötor andauernd. Nachdem ich diese Symptome auch am 21. December fand, ja die Temperatur Abends 7 Uhr auf 40° gestiegen, machte ich eine zweite Injection Nr. II, volle Dosis. Am 22. December bekam ich von Dr. SZABÓ den Bericht, daß die Rachengebilde vollkommen frei, Temperatur normal, Fötor verschwunden, Halsdrüsen ein wenig abgeschwollen; das Kind verlangt zu essen und will nicht im Bette bleiben. Am 7. Tage fand ich bei der Kochprobe eine Trübung des Urins, welche nach Essigsäurezusatz verschwand, also Phosphate; am 10. Tage war das Kind vollkommen gesund.

Das 6 Jahre alte Schwesterchen dieses Patienten injicirte ich prophylaktisch; dieses Kind ist gesund geblieben.

VII. Am 21. December fand ich das 2 Jahre alte Kind des Glasfabrikanten E. Z., welches ich am 21. November prophylaktisch mit Nr. I geimpft, in schwerer Rachen-Diphtherie. Temp. 39·5°; Puls 150; Halsdrüsen beiderseits geschwollen, beide Mandeln, Gaumenbögen und Uvula mit einem stark anhaftenden grauen Belag versehen. Injection Nr. II, volle Dosis. Am folgenden Tage, also am 22. December, Abends 6 Uhr, Temperatur 37·5°, und nur an der rechten Mandel der Belag noch vorhanden. Am 23. December war das Kind vollkommen gesund.

VIII. Das 5 Jahre alte Kind des Feldbauers M. I. lag am 21. December mit schweren Erscheinungen einer Rachen-Kehlkopf-Diphtherie darnieder. Temp. 40°; Puls 140; Halsdrüsen beiderseits stark geschwollen; schwerer, keuchender Athem; bellender Husten, cyanotisches Gesicht; beide Mandeln, Gaumenbögen, Uvula mit bräunlich-grauem Belag versehen. Eiweiß im Urin. Injection Nr. II. Am 3. Tage sah ich das Kind wieder und fand den Belag theilweise im Abstoßen; Temp. 39°, jedoch noch sehr schwere Athemerscheinungen; Halsdrüsen noch gleich geschwollen; Eiweiß im Urin noch vorhanden. Injection Nr. II. Am 26. December war das Kind vollkommen gesund. Der 7 Jahre alte Bruder wurde prophylaktisch mit Nr. I injicirt.

IX. Am 26. December erkrankte das 2jährige Kind des Glasarbeiters K. in der Fabrik des E. Z. in der unmittelbaren Nachbarschaft des Falles Nr. VIII. Zwei Geschwister dieses Kindes sind bereits an Diphtherie gestorben, und der Vater, ein ziemlich intelligenter Arbeiter, von der Serumbehandlung informirt, hat gebeten, sein drittes Kind mit Serum zu behandeln. Ich constatirte eine Kehlkopfdiphtherie; Temp. 40°; Puls 160; schweres stenotisches Athmen; fahles, bläuliches, mit kaltem Schweiße bedecktes Gesicht. Injection Nr. III, volle Dosis. 24 Stunden später Temp. 39°, das Athmen etwas leichter; feuchte Rasselgeräusche. Das Gesicht blaß, Lippen cyanotisch. Durch ein Brechmittel copiöse Entleerung flockigen Schleimes. Alle Erscheinungen jedoch immer noch so schwer, daß ich mich veranlaßt fand, ganze Dosis Nr. II zu injiciren. Am nächsten Tage haben sich laut Bericht des behandelnden Arztes Dr. DONATH die schweren Erscheinungen gebessert, am 2. Januar und später sah ich das Kind vollkommen gesund.

X. Der im Falle Nr. VIII erwähnte und prophylaktisch geimpfte, 7 Jahre alte Knabe wurde am 5. Januar zu mir mit Rachendiphtherie gebracht. Alle Rachengebilde, der harte Gaumen bis zu 2 Cm. Entfernung von der Zahnreihe mit inbegriffen, mit grauem, stark anhaftendem Belage bedeckt. Temp. 39°; geschwollene Halsdrüsen. Injection Nr. II. Nach 2 Tagen fand ich den Belag nur theilweise abgestoßen; starken Fötor. Injection Nr. II. Am 11. Januar wurde mir durch den Vater mit Dank berichtet, daß der Knabe gesund herumlaufe.

XI. Bei S. A., 7 Jahre altem Mädchen, aus einer Gebirgsgegend zu mir gebracht, wurde am 7. Januar Rachen-Nasen-Diphtherie constatirt. Leichte Erscheinungen. Injection Nr. II. Den 4 Jahre alten Bruder dieses Kindes befahl ich am nächsten Tage zu mir zu bringen, um denselben prophylaktisch zu impfen. Ueber das Mädchen wurde mir am 4. Tage gemeldet, daß es vollkommen gesund ist; den Knaben brachte man mir am 20. Januar, also 12 Tage nach der prophylaktischen Injection, mit Rachen-Diphtherie behaftet. Injection Nr. II. Am 23. Januar mußte ich zu dem Knaben selbst hinaus, nachdem sich sein Zustand verschlechtert. Ich fand Temperatur 40°; Puls 140; aashaften Mundgeruch; trockene blutende Lippen. Der Belag zwar theilweise verschwunden, bräunlich-grau. Injection Nr. III. Heute, am 25. Januar, sah ich den Knaben fieberlos, lustig, mit gierigem Appetit, Rachengebilde frei. Kein Eiweiß.

XII. E. Z. Glasfabrikant in Blumenbach, dessen 2 Kinder mit Serum behandelt worden waren, erkrankte am 5. Januar mit den Symptomen einer schweren Rachen-Diphtherie. Temp. 40°; Puls 100,

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 1.

große Schluckbeschwerden, Rachengebilde mit einem grauen Belag bedeckt. Injection Nr. III, volle Dosis. Am nächsten Tage Patient fieberfrei, Belag vollkommen verschwunden, das beste subjective Befinden. Urin wurde durch 2 Wochen täglich untersucht, öfters Trübung bei der Kochprobe, welche mit Zusatz von 12 Tropfen Essigsäure schwand.

Außer diesen, bacteriologisch nachgewiesenen Fällen injicirte ich 5 Patienten, bei denen ich die Diagnose nicht festgestellt habe.

Erwähnen muß ich, daß ich durch die freundliche Vorsorge und Vermittlung des Dr. v. Thuróczy, Comitatsphysikus, stets frische Füllungen in beliebiger Quantität von der Höchster Fabrik bezogen habe.

Ueber syphilitische, heilbare „Rückenmarksschwindsucht".

Von **Prof. Dr. Adamkiewicz** in Wien.

(Schluß.)

Klinische Analyse.

In allen drei Fällen ist der Verlauf und der klinische Symptomencomplex identisch und äußerst charakteristisch.

1. Klinisches Bild.

Männer in der Blüthe der Jahre werden ziemlich plötzlich von Ataxie mit Schwäche der Unterextremitäten befallen und schnell unter bald mehr, bald weniger deutlich hervortretenden atactischen Erscheinungen ganz oder fast ganz paraplegisch. Dabei schwinden die Sehnenphänomene, es stellt sich eine erhebliche Druckempfindlichkeit in der unteren Wirbelsäulengegend ein und entstehen Parästhesien, Ameisenkriechen in der Sohle, in den Zehen und Fingern, mit oder ohne Gürtelgefühl und Kälteempfindung, genau so, wie bei der gewöhnlichen Tabes. Das Empfindungsvermögen bleibt dabei objectiv vollkommen normal und die elektrische Erregbarkeit erleidet, wiederum wie bei der Tabes, keinerlei Veränderung.

Der Proceß befällt in jedem Fall zuerst die Unterextremitäten, kann aber später auf Blase, Rumpfmusculatur und selbst die Arme übergreifen.

Nimmt der Kopf an der Krankheit Theil, so pflegen die hiehergehörigen Symptome die ersten zu sein, welche klinisch hervortreten. Gewöhnlich bestehen diese Symptome in Kopfschmerz, Pupillendifferenz und Parese einzelner Gehirnnerven, besonders des N. oculomotorius und N. facialis.

Dann bildet sich die Schwäche wieder zurück. Und ebenso schnell, als die Lähmung sich entwickelt hatte, weicht sie wieder einer vollkommenen Besserung, so daß der ganze Proceß in der Zeit von etwa 4—5 Monaten abgelaufen sein kann.

2. Diagnose.

Paraplegien, die in kurzer Zeit sich entwickeln, wie bei unseren Kranken, pflegen durch zwei Processe hervorgerufen werden zu können. Entweder durch acute Entzündungen des Rückenmarkes oder durch krankhafte Processe, welche die peripherischen Nerven oder deren letzte im Rückenmark gelegene Centren ergreifen.

Eine acute Myelitis war von vornherein auszuschließen. Für eine solche sprach nichts, — nicht das Verhalten der gelähmten Muskeln, nicht dasjenige der Sensibilität und der Reflexe, weder das Krankheitsbild, noch der ganze Krankheitsverlauf überhaupt. — Von der Landry'schen Paralyse, mit der die beschriebene Krankheit noch am meisten Aehnlichkeit zeigte, unterschied sie sich nicht nur durch die gut erhaltene Erregbarkeit der Nerven und die cephalischen Symptome, sondern auch durch ihren Ausgang in Genesung.

Gegen eine Neuritis sprach der Mangel jeglicher acut entzündlicher Erscheinungen und objectiver Sensibilitätsstörungen an den gelähmten Beinen, gegen sie sprachen auch: die Gleichmäßigkeit, mit welcher der motorische Nervenapparat der Unterextremitäten in seiner Gesammtheit befallen wurde, die Begleiterscheinungen an den Armen und am Kopfe, das elektrische Verhalten der gelähmten Bezirke u. A. m. Letztere, die angedeuteten Begleiterscheinungen, wie das elektrische Verhalten, genügten gleichfalls, den Gedanken an eine Poliomyelitis auszuschließen. Und so mußte für die Lähmung bei unseren Kranken der besondere Anlaß erst gesucht werden.

Die ausgesprochene Ataxie, die charakteristische Art der Parästhesien an Füßen und Händen, die besonders scharf bei unserem ersten Patienten ausgeprägt war, aber auch bei den anderen nicht fehlte, der Verlust der Sehnenphänomene, das Alles wies auf das klinische Bild der Tabes hin. Was diese Fälle aber von der gewöhnlichen Tabes unterscheidet, das ist indessen Viererlei: das Fehlen objectiver Sensibilitätsstörungen, die große Schwäche in der Musculatur, die Rapidität, mit welcher dieselbe in vollkommene Lähmung übergeht und die schnelle und vollständige Rückbildung aller Erscheinungen, die Rückkehr zur Genesung.

Das Fehlen objectiver Sensibilitätsstörungen ist indessen auch bei der Tabes durchaus nicht selten. Wer viele Tabesfälle zu untersuchen Gelegenheit hat, dem ist diese Thatsache sehr wohl bekannt.

In meinem Buche über die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes [3]) habe ich diese Erscheinung und ihre functionelle Bedeutung aufzuklären versucht.

Auch die motorische Schwäche ist ein Symptom, das dem Krankheitsbilde der Tabes nicht immer fremd ist. Bekanntlich hat Westphal zuerst auf sie aufmerksam gemacht als eine durch Erkrankungen der Pyramidenbahnen im tabisch degenerirten Rückenmark bedingte Erscheinung. — In der That hat er auch durch Sectionsbefunde den Nachweis führen können, daß der Grad der Muskelschwäche, die das gewöhnliche Bild der Tabes complicirt, in directem Verhältniß zur Intensität steht, mit welcher in den betreffenden Fällen die Seitenstränge neben den Hintersträngen degenerirt sind.

Die Richtigkeit dieser Befunde ist seitdem vielfach bestätigt worden, unter Anderen auch von mir. Und ich habe bei dieser Gelegenheit eine Erklärung für das bezeichnete klinische Symptom zu geben versucht, die vielfach Anklang gefunden hat und die ich deshalb auch hier anführen möchte.

Ich habe in früheren Arbeiten [4]) den Nachweis geliefert, daß die normale Muskelfunction auf einer doppelten Innervation beruht, einerseits der Pyramidenbahnen, in denen die Impulse des Willens, andererseits der Burdach'schen Stränge, in denen tonisirende Erregungen verlaufen. Da diese beiden Innervationen antagonistische sind, so gewinnen, je mehr die Pyramidenbahnen leiden und dadurch den Einfluß des Willens auf die Muskeln beschränken, desto mehr die tonisirenden Erregungen der Musculatur das Uebergewicht und rufen neben motorischer Schwäche Spasmus mit erhöhten Sehnenphänomenen wach. Je mehr dagegen die Burdach'schen Stränge erkranken und den zu zügelnden Tonus der Muskeln verringern, desto plumper und roher fällt dann neben einer Verringerung der Muskelspannung und der Sehnenphänomene die jetzt durch den Tonus nicht mehr regulirte willkürliche Bewegung aus.

So wird es klar, wie bei der gleichzeitigen Erkrankung der Hinter- und der Seitenstränge je nach dem Grade der Krankheit, welche die einen oder die anderen Bahnen ergriffen hat, bald mehr die Hypermotion mit Atonie (Degeneration der Hinterstränge), bald mehr die motorische Schwäche

---

[3]) Stuttgart 1888, pag. 103. Ferd. Enke.

[4]) „Zeitschr. f. klin. Med.", Berlin 1881. III. Bd.

(Degeneration der Pyramidenbahnen) mit gesteigertem Spasmus in den Vordergrund treten muß. Und ebenso klar ist es, kann ich hier hinzufügen, daß bei besonders intensiver Degeneration der Seitenstränge die Erscheinungen der motorischen Schwäche das Krankheitsbild beherrschen und selbst die sogenannte Ataxie verwischen muß, die schließlich doch auch nichts Anderes ist, als der Ausdruck einer vorhandenen, wenn auch pathologisch veränderten Function der Pyramidenbahnen.

Wir müssen deshalb schließen, daß wir in den beschriebenen Fällen Affectionen des Rückenmarkes vor uns haben, bei welchen die Hinterstränge und die Seitenstränge zu gleicher Zeit und letztere in besonders hohem Maße in ihrer Function gestört waren.

Diese Störungen hätten wir nach allen bisherigen Erfahrungen auf Degenerationen der betreffenden Bahnen zurückführen müssen, widerspräche nicht dieser Annahme der so charakteristische und eigenartige Verlauf des Leidens.

Und das Charakteristische und Eigenthümliche im Verlauf der beschriebenen Fälle bestand darin, 1. daß sich bei ihnen die motorische Schwäche in so kurzer Zeit zu einer vollkommenen oder nahezu vollkommenen Lähmung entwickelte und 2., daß diese Lähmung wieder schnell vorüberging.

Wie ist nun dieser für die Tabes, die einfache sowohl, wie die combinirte Form derselben, bisher ganz unbekannte Verlauf und Ausgang zu erklären?

So viel steht von vornherein fest, daß beides gegen das Vorhandensein wirklicher Degenerationen in unseren Fällen nicht nur sprach, sondern geradezu ein Beweis war. Denn wirkliche Degenerationen können sich nicht so schnell entwickeln und noch viel weniger in so kurzer Zeit zurückbilden.

Wenn nun dem oben geschilderten Krankheitsbilde allerschwerster combinirter Rückenmarkslähmung wirkliche Degenerationen nicht zu Grunde lagen, wodurch kamen sie denn nun thatsächlich zu Stande?

Darauf gab die bündige Antwort die Therapie, die in beiden Fällen eingeschlagen worden war und die zu so glänzenden Resultaten geführt hat.

In allen Fällen hatte nämlich die Anamnese ergeben, daß die Kranken vor der letzt geschilderten Krankheit an Syphilis gelitten hatten, der erste Patient zehn, die beiden anderen fünf und drei Jahre, bevor die hier beschriebene Krankheit zum Ausbruch gekommen war.

In Folge dieser Thatsache wurde bei allen mit Beginn des Eintrittes der schwereren Lähmungserscheinungen eine energische antiluetische Behandlung eingeleitet.

Mit dem ersten Patienten geschah dies auf der Abtheilung des Primararztes Dr. Paszkowski, der dem Kranken vom 14. April bis 31. Mai 1888 täglich 3 Eßlöffel einer $5^0/_0$igen Jodkaliumlösung gab und so die vollständige Heilung des schwer gelähmten Kranken in der angeführten Zeit erreichte.

Der zweite Kranke wurde in demselben Hospital auf der Abtheilung für Syphilis gegen die Infection behandelt und erhielt 40 Frictionen von Unguent. einer., 4·0 pro die und während derselben Zeit 4·0 Kali jodati täglich.

Dem dritten Pat. endlich wurde in häuslicher Pflege dieselbe Behandlung zu Theil.

Der an ihnen erreichte therapeutische Erfolg gibt eine vollkommene Erklärung für die Natur des Leidens. Sie läßt nicht daran zweifeln, daß letzterem Syphilis zu Grunde gelegen hat.

Pathologische Physiologie.

Wir können hieraus schließen:

Es gibt — in klinischer Hinsicht — eine Tabes syphilitica. Und charakteristisch für dieselbe sind, soweit die bisherigen Erfahrungen reichen, Ataxie, erhebliche motorische Schwäche, die in kurzer Zeit bis zur Lähmung und Paraplegie führt, und Fehlen der Sehnenphänomene wie aller objectiven Sensibilitätsstörungen.

Die Kenntniß von ihrer Existenz ist deshalb von großer Wichtigkeit, weil sie eine vollkommen und in kurzer Zeit heilbare Form der „combinirten Tabes“ und somit ihre rechtzeitige Diagnose von allergrößter Bedeutung ist.

Man hat bisher die Tabes, ob man sie mit Lues in Zusammenhang gebracht hat oder nicht, für ein vollkommen unheilbares Leiden, die antiluetische Behandlung geradezu für schädlich erklärt und der Ansicht gehuldigt, daß nur die Syphilis des Gehirns der Therapie zugänglich sei, nicht dagegen die des Rückenmarkes, dem man im Gegentheil gegen die von der Syphilis in ihm angeregten Processe einen sehr energischen Widerstand zuschrieb.[5])

Die oben mitgetheilten Erfahrungen widerlegen diese Anschauungen auf das Gründlichste und beweisen, daß eine exquisit luetische Affection des Rückenmarkes selbst dann noch heilbar ist, wenn sie zu einer selbst vollständigen Leitungsunterbrechung dieses Organes geführt hat, eine Thatsache, auf die ich einen um so größeren Nachdruck legen möchte, als der Glaube vielfach verbreitet ist, die Paraplegie Syphilitischer beruhe auf einer irreparablen Erweichung des Rückenmarkgewebes.[6])

Für den Erfolg der Behandlung kommt es wesentlich auf zwei Dinge an: 1. auf die richtige Auswahl der zu behandelnden Fälle und 2. auf den richtigen Zeitpunkt des therapeutischen Eingriffes. Nicht jede Tabes braucht bei Individuen, die selbst inficirt gewesen waren, eine luetische zu sein, und dann kann selbstverständlich eine antiluetische Behandlung auch nichts nützen. Hier gegen einen Irrthum in der Diagnose zu schützen, muß bis auf Weiteres die genaue Berücksichtigung der oben mitgetheilten diagnostischen Merkmale verhelfen.

Und dann kann es einem Zweifel nicht unterliegen, daß die Veränderungen, welche die Syphilis erzeugt, nur bis zu einer gewissen Zeit reparabel sind. Wird diese verpaßt, so muß Untergang des erkrankten Organes folgen und jeden therapeutischen Versuch vereiteln.

Als Beweis dafür kann ein Fall gelten, über dessen Geschichte und Sectionsbefund ich in meinem Buche über die „degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes“ [7]) sehr genau berichtet habe und der in klinischer Beziehung, wie ich das bei der Beschreibung der klinischen Symptome der hier mitgetheilten Fälle bereits kurz erwähnt habe, ein vollkommenes Abbild der letzteren war. Auch bei ihm lag zweifellos, wie aus der Anamnese hervorging eine Tabes luetica vor.

Der Mangel einer rechtzeitig eingeleiteten antiluetischen Behandlung hatte es jedoch verschuldet, daß bei diesem Kranken das Leiden continuirlich fortschritt und nach einer Dauer von 3 Jahren, also relativ schnell, mit dem Tode endete.

Was endlich die anatomischen Veränderungen betrifft, die dem Krankheitsproceß unserer Patienten zu Grunde gelegen haben dürften, so müssen wir nach allen Erfahrungen, welche vorliegen, dieselbe als eine gummöse Erkrankung der Gefäße und der Häute des Rückenmarkes ansehen.

Es interessirt uns aber speciell, festzusetzen, auf welche Weise eine solche Erkrankung die Rückenmarkssubstanz selbst ergreifen und zu so schweren Störungen in der Function hat führen können.

Seit den Untersuchungen von Heubner wissen wir, daß die Gefäße es sind, welche durch specifische Veränderungen der Intima verengt oder selbst geschlossen werden.

[5]) Oppenheim, Zur Kenntniß der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. Hirschwald, Berlin 1890, pag. 41, 42.

[6]) Vergl. Thibierge, Artérite syphilitique médullaire. Le concours médical. Paris 1893, pag. 483.

[7]) Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes, Stuttgart 1888, Ferd. Enke.

Da die zur Ernährung der Centralorgane des Nervensystems dienenden Blutgefäße von den diese Organe umhüllenden Häuten ausgehen, so wird es verständlich, wie durch die luetischen Veränderungen der Hüllen und ihrer Gefäße die Centralorgane des Nervensystems durch Circulationsstörungen in ihrer Function beeinträchtigt werden müssen.

Für das Rückenmark habe ich die Gefäße ganz speciell nachweisen können [8]), auf welchen Krankheitsprocesse der Dura auf die Rückenmarkssubstanz gelangen. Und so darf ich aus der Analogie auch für unsere Fälle schließen, daß es sich in ihnen um specifische Alterationen jener Gefäßchen der von mir sogenannten „Vasocorona" gehandelt habe, die von der Pia auf die Hinter- und die Seitenstränge des Rückenmarkes gelangen und über deren speciellen Verlauf ich an anderen Orten [9]) genauere Mittheilung gemacht habe.

Es ist indessen nicht ausgeschlossen, im Gegentheil sogar in hohem Grade wahrscheinlich, daß noch ein besonderes Gefäß bei unseren Kranken ergriffen war, ein Gefäß, dessen Verstopfung vollkommene Lähmungen der in seinem Gebiet gelegenen Nervenapparate rapide herbeiführen muß, die Art. sulci.

Dieses Gefäßchen, das größte unter allen in die Rückenmarkssubstanz eintretenden Arterien, versorgt die Vorderhörner der grauen Substanz und mit ihnen die großen multipolaren Ganglienzellen derselben. Es ist klar, daß die Unterbrechung des Blutstromes zu denselben ihre Function vernichten muß. Da die Vorderhornganglien vor Allem motorisch und wichtige Stationen des ganzen spinalen Apparates der Bewegung sind, so ist es ebenso klar, wie jede Beeinträchtigung ihrer Function zu erheblichen Störungen in der motorischen Function des Rückenmarkes überhaupt führen muß.

Und so dürfen wir aus der Schnelligkeit und Intensität der bei der syphilitischen Tabes auftretenden Lähmungen auf eine specifische Verstopfung von Sulcusarterien schließen und hieraus folgern, wie groß die Gefahren sind, welche dem kranken Organ drohen, wenn nicht schnell und mit aller Energie Hilfe geschaffen wird.

Was nun folgt, wenn letztere ausbleibt, das ist insofern klar, als zweifellos organische Veränderungen destructiver Natur im kranken Rückenmark, speciell in den Hinter- und in den Seitensträngen — unter Umständen auch in den Vorderhörnern — platzgreifen und das ergriffene Gewebe zu Grunde richten.

Diese Destructionen, die im Falle mangelhafter Behandlung der hier beschriebenen Fälle eintreten, bilden noch ein besonderes Argument, welches berechtigt, bei denselben von einer Art von „Tabes" zu sprechen.

Denn wenn ich auch über die Art dieser destructiven Veränderungen im Speciellen zur Zeit aus Mangel an entsprechendem Material nichts Bestimmtes auszusagen vermag, so möchte ich aus den vielen Analogien, welche zwischen Syphilis und Tuberculose bestehen, jedenfalls so viel schließen, daß die definitiven Veränderungen, welche die Lues im Rückenmark hervorbringt, von denen nicht wesentlich abweichen werden, welche die Tuberculose erzeugt, und daß wir demnach im luetisch degenerirten Rückenmark, zumeist in den Hinter- und Seitensträngen, gleichfalls jene Art von Sklerose finden werden, die ich den „chronischen Infarct" [9]) des Rückenmarkes nannte und die, wie ich das früher [10]) auch für manche Tabesformen nachgewiesen habe und den Herren Skeptikern jederzeit zu demonstriren bereit bin, nichts Anderes ist, als eine längs der Gefäßchen der Pia bis in das Rückenmark fortkriechende interstitielle Wucherung des Bindegewebes.

Doch lasse ich es dahingestellt sein, ob sich nicht gelegentlich auch bei der Syphilis einmal die gewöhnliche parenchymatöse Form der Tabes entwickelt. Ich kann diese Möglichkeit vorläufig aus dem Grunde nicht ausschließen, weil in meinem oben citirten Fall, in dem der Kranke aus Mangel an einer antiluetischen Cur zu Grunde gegangen war, das Rückenmark neben Veränderung in den Seitensträngen, die an den chronischen Infarct erinnerten, noch diejenigen der gewöhnlichen „parenchymatösen" Tabes (Degeneration der F-Felder und der GOLL'schen Stränge) in den Hintersträngen aufwies. So viel lehrt dieser Fall aber mit aller Bestimmtheit, daß wir bei der hier beschriebenen Form von Tabes eine combinirte Erkrankung der Hinter- und der Seitenstränge anzunehmen berechtigt sind.

Mit anderen Worten: Als „Tabes luetica" ist eine Erkrankung des Rückenmarkes zu bezeichnen, welche klinisch charakterisirt ist durch atactische Parese, die schnell in Paraplegie übergeht und somit klinisch unter dem Bilde einer combinirten (bifasciculären) Degeneration des Rückenmarkes auftritt. Anatomisch beruht sie auf einer Affection vor Allem der Gefäße, welche die Hinter- und die Seitenstränge mit Blut versorgen. Bei rechtzeitiger antiluetischer Behandlung geht die Affection der Gefäße und damit der Zustand der atactischen Parese vorüber. Im entgegengesetzten Fall dagegen kommt es zur Entwicklung des „chronischen Infarctes" im Rückenmark mit seinen irreparablen Lähmungen.

Bezüglich der Heilbarkeit reiht sich das hier beschriebene Rückenmarksleiden der erst kürzlich von ERB [11]) beschriebenen spastischen Form der Spinalparalyse an. Klinisch aber weicht sie von ihr in sehr wichtigen Punkten sehr wesentlich ab.

[8]) Pachymeningitis hypertrophica etc. Wien 1890, Alfred Hölder.

[9]) Sitzungsber. der k. Akad. d. Wissensch. zu Wien. 1881 und 1882.

[10]) Arch. f. Psych. u. Nervkr. X. Bd., Berlin 1880.

[11]) Ueber syphilitische Spinalparalyse. Neurol. Centralbl. 1892, Nr. 6.

Bacteriologie und Heilkunde.

Von **Dr. Ferdinand Winkler,**

Assistent am embryologischen Institute der k. k. Universität Wien.

(Fortsetzung.)

Wir haben früher von dem Unterschied der Immunisirungstherapie und der Bacteriotherapie gesprochen. Beide Methoden streben demselben Ziele zu, sie suchen es aber auf verschiedenen Wegen zu erreichen. Die Immunisirungstherapie sucht die Kräfte des Organismus freizumachen und sie zur Bekämpfung der Krankheit zu verwenden; die Bacteriotherapie aber greift in den Organismus selbst ein und tritt der Krankheit dadurch entgegen, daß sie deren Erreger anderweitig beschäftigt und auf anderem Kampfplatze unschädlich macht.

In Kleinerem spiegelt sich hier der seit Jahrhunderten in der Medicin wogende Streit zwischen den Physiokraten und den Technokraten wieder. Physiokraten hat man diejenigen Aerzte genannt, welche die Heilkräfte in den physischen Einrichtungen des Organismus suchten; ihr Vorgehen entspricht dem Wesen der Immunisirungstherapie. Technokraten hießen Aerzte, welche die Heilmittel in der außerhalb der Kranken liegenden Natur zu finden glaubten; ihre Heilmethode findet ihr Analogon in der Bacteriotherapie. Der Physiokrat fühlt sich blos als Diener der Natur, der Technokrat aber sucht in ihren Gang einzugreifen; beide aber sind Aerzte und von dem Streben erfüllt, der Menschheit zu nützen.

Aus den zahlreichen Methoden, durch welche die uns heute beschäftigenden therapeutischen Bestrebungen zur Herstellung ihrer Heilmittel gelangen, möchte ich nur einige der wichtigsten in Kürze hervorheben. Jede einzelne dieser Methoden gereicht ihren Erfindern zu hoher Ehre, doch weit über alle ragen die Namen PASTEUR und BEHRING.

Die Verwerthung der Bacteriologie läuft in jener Bahn ab, welche durch die Pockenschutzimpfung betreten wurde. Diese Erscheinung ist umso eigenthümlicher, als wir heute noch nicht den Krankheitserreger der Pocken kennen. Es handelt sich also hier ebenso wie bei dem von LISTER begründeten antiseptischen Verfahren um ein gleichsam instinctives Erfassen des Richtigen, um einen Triumph der Empirie, welche der Theorie vorauszulaufen pflegt. Wir haben es hier mit einer sicheren Infectionskrankheit zu thun, deren Form uns wohl bekannt, deren Wesen aber noch nicht enträthselt ist. Sicher ist, daß wir schon lange zu bedeutenderen Fortschritten in der Heilkunde gekommen wären, wenn Jemand das Princip der Pockenschutzimpfung richtig erkannt und auf andere Krankheiten übertragen hätte. Erst in den letzten Jahren ist man auf Grund theoretischer Erwägungen wieder auf diese Bahn zurückgekommen und hat hier, wenn auch nicht glänzende praktische Erfolge, so doch sehr wichtige theoretische Erfahrungen gesammelt, welche zu praktisch verwerthbaren Resultaten führen dürften. Die Pockenschutzimpfung erbrachte den ersten Beweis für den folgenreichen Satz, daß es möglich sei, ein Gift so abzuschwächen, daß es nur locale Erkrankungen veranlasse, und daß das Individuum nach dem Ueberstehen der localen Krankheit gegen die Infection mit der echten Krankheit unempfänglich sei. Zu Ende des vorigen Jahrhunderts hatte JENNER die Pockenschutzimpfung eingeführt, doch erst 1880 hat PASTEUR den zweiten Schritt auf diesem Wege gemacht. Für die Wissenschaft und für die Menschheit ist es gleich verhängnißvoll, daß es fast hundert Jahre bedurft hatte, bevor man das Princip der Pockenschutzimpfung zu verallgemeinern suchte. Und wieder war es nur ein Zufall, der PASTEUR auf diesen Weg brachte. Er fand, daß die Erreger der Hühnercholera nach mehrmonatlichem Wachsthum auf künstlichem Nährboden nur eine locale Erkrankung der Hühner erzeugen; die Thiere verlieren den Appetit, sträuben die Federn, werden somnolent, erholen sich aber wieder nach längerer oder kürzerer Zeit. Diese Beobachtung war umso auffallender, als sonst die Hühner bei Einimpfung der Hühnercholera ausnahmslos an einer schweren Allgemeinerkrankung, der Hühnercholerasepticämie, sterben; es wurde neuerlich ein Infectionsversuch mit frischen und sehr wirksamen Culturen von Hühnercholerabacillen gemacht, und der Versuch führte zu dem überraschenden Ergebnisse, daß die Hühner, welche früher die locale Erkrankung überstanden hatten, gegenüber der neuen Infection vollkommen immun waren, während die Controlhühner, welche noch keinem Infectionsversuche unterworfen waren, rasch zu Grunde gingen. Es zeigte sich somit, daß die Culturen durch das längere Stehen an ihrer Giftigkeit eingebüßt, an ihrer Virulenz verloren hatten, und daß es möglich sei, künstlich eine Immunität zu schaffen. Nun war auch das Räthsel der Pockenschutzimpfung gelöst; auch hier arbeitet man mit einem abgeschwächten Gift, erzeugt eine locale Erkrankung und verleiht dadurch dem Individuum einen hohen Grad von Immunität gegenüber dem Gift der echten Blattern.

Diese Entdeckung PASTEUR's wies den Weg zu weiterer Forschung, die mannigfachsten Methoden wurden versucht, um die Giftigkeit einer Cultur abzuschwächen. Man fand, daß nicht blos das längere Stehen der Cultur eine Abschwächung hervorrufe, sondern daß auch die wiederholte Uebertragung von einem künstlichen Nährboden auf einen anderen die Virulenz erniedrige; die Durchleitung des elektrischen Stromes, das grelle Sonnenlicht, der Zusatz von Jodtrichlorid, von Kaliumbichromat (1 : 2000—5000), von Carbolsäure (1 : 600) oder von Schwefelsäure (1 : 50), die Einwirkung eines hohen atmosphärischen Druckes oder der comprimirten Kohlensäure sind ebenfalls abschwächende Factoren. Die beiden besten Abschwächungsverfahren sind die Erhöhung der Temperatur und das Durchschicken der Bacterien durch einen ihnen wenig zusagenden Thierkörper. Diese beiden Methoden sind für das Verständniß der gegenwärtigen therapeutischen Strömungen so wichtig, daß eine genauere Besprechung angemessen sein dürfte.

Jede Bacterienart hat ein Temperaturoptimum und ein Temperaturmaximum; das Temperaturoptimum ist jene Temperatur, bei welcher das Wachsthum der Bacterien am besten und üppigsten und die Giftproduction am reichlichsten erfolgt; das Temperaturmaximum ist jener Wärmegrad, über welchen hinaus das Wachsthum der Bacterien überhaupt nicht mehr möglich ist. Zwischen dem Temperaturoptimum und dem Temperaturmaximum liegt eine Temperatur, bei welcher die Bacterien zwar noch gedeihen, aber an Virulenz einbüßen; sie wird als Abschwächungstemperatur bezeichnet.

Je mehr sich die Abschwächungstemperatur dem Temperaturmaximum nähert, desto schneller erfolgt die Abschwächung; aber nur eine langsam erfolgende Abschwächung ist, wie ROUX nachgewiesen hat, dauernd; eine rasch zu Stande gekommene geht bald verloren, indem sich beim Uebertragen auf neues Nährmaterial in den Tochterculturen die ursprüngliche Virulenz wiederherstellt.

Nach KOCH, GAFFKY und LÖFFLER waren bei 42·5° C. 3—4 Wochen nöthig, um Milzbrandculturen, die in neutraler Hühnerbouillon gezogen wurden, vollständig abzuschwächen, bei 43° genügten einige Tage, bei 47° einige Stunden und bei 50° einige Minuten. Züchtet man bei einer Temperatur von 42° C. Milzbrandbacillen während einiger Zeit, so kann man durch Bemessung der Zeitdauer der Züchtung verschiedene Grade der Virulenz erreichen; man kann so aus dem Rindermilzbrand einen Schafmilzbrand, einen Meerschweinchenmilzbrand, einen Mäusemilzbrand und endlich einen ganz ungiftigen Milzbrandbacillus erhalten.

PASTEUR gewann durch methodische Erhitzung von Milzbrandculturen einen Impfstoff, den er zur Immunisirung von Rindern gegen Milzbrand verwendete. Er ließ eine Reihe von Milzbrandculturen durch 12 Tage und eine zweite Reihe durch 24 Tage bei einer Temperatur von 42° C. wachsen. Die erstere Reihe tödtete noch Meerschweinchen und weiße Mäuse, aber nicht mehr größere Thiere; das Gift der zweiten Reihe war noch schwächer, es wirkte blos auf neugeborene Meerschweinchen am ersten Tage ihres Lebens tödtlich. Behufs Immunisirung impft man nun die Rinder zuerst mit dem schwachen Impfstoffe aus den Culturen der zweiten Reihe; die Thiere werden von einem ziemlich heftigen Fieber befallen, das aber nur wenige Tage anhält und sie gegen die schädliche Wirkung des stärkeren Impfstoffes schützt; die Einimpfung des stärkeren Impfstoffes aus den Culturen der ersten Reihe erzeugt bei den vorbehandelten Thieren wiederum nur ein vorübergehendes Fieber. Nach der Erholung von dieser Erkrankung sind die Thiere auch gegen vollgiftigen Milzbrand vollständig gefeit.

Auch Choleraculturen werden durch Erhöhung der Temperatur abgeschwächt. HAFFKINE fand, daß die Züchtung der Choleravibrionen bei 39° C. unter steter Lufterneuerung eine rasche Abschwächung der Bacterien herbeiführe; er gab an, daß die Impfung dieser abgeschwächten Culturen dem Menschen ohne die geringste Gefahr binnen 6 Tagen die größte Immunität gegen die Cholerainfection verleihe. Sie erinnern sich wohl noch des Aufsehens, welches diese Mittheilungen während der letzten Choleraepidemie in Hamburg machten und daß ein sensationssüchtiger Reporter öffentlich bekanntgab, er habe sich von HAFFKINE impfen lassen und werde nun die Gelegenheit zur Cholerainfection suchen; wie Sie wissen, ist der betreffende Reporter thatsächlich gesund geblieben.

Auch die Methode der Abschwächung durch den thierischen Organismus ist von hohem Interesse. Wieder war es PASTEUR, welcher der Forschung diesen wichtigen Weg zeigte. Er fand, daß die Schweinerothlaufbacillen, welche junge Schweine rasch tödten, sich im Kaninchenorganismus zwar vermehren, aber an Virulenz einbüßen; die Kaninchen

gehen nichtsdestoweniger an der Infection zu Grunde. Wenn nun eine Reihe von Kaninchen hintereinander derart inficirt wurde, daß die Uebertragung stets durch die aus dem Körper des vorhergehenden Kaninchens gewonnene Cultur erfolgte, so zeigte sich bei der Rückübertragung auf Schweine, daß nunmehr der Bacillus blos einen localen Krankheitsproceß erzeugt und die Thiere gegen schwere Infectionen immun macht.

In ähnlicher Weise hat SANARELLI durch Injectionen von 5 Dosen zu 3—4 Ccm. von einer Bacillencultur, die durch ein von Thier zu Thier fortgesetztes Uebertragen abgeschwächt war, Immunität gegen Typhus erzeugt.

Neben den jetzt angeführten Methoden der Immunisirung spielt die Einverleibung von Stoffwechselproducten der Bacterien eine große Rolle. Die ersten Versuche waren in der Meinung angestellt, daß die Stoffwechselproducte, denen ein giftiger Einfluß auf die Bacterien zugeschrieben wurde, auch die Bacterien im Organismus tödten müssen. Auf ähnlichen Schlüssen beruhte wohl auch KOCH's Verwendung eines Glycerinextractes aus Tuberkelbacillen, des Tuberculins, und KLEBS' Herstellung eines Antiphthisins zur Heilung der Tuberculose. SALMON und SMITH fanden schon 1887, also lange vor KOCH, daß die bacterienfreien Lösungen der Stoffwechselproducte von Hog-Cholerabacterien, den Erregern der amerikanischen Schweineseuche, im Stande seien, Tauben gegen diese Erkrankung zu immunisiren. Die Stoffwechselproducte werden entweder durch Filtriren mittelst Porzellanfilter oder durch Erhitzen von den lebenden Bacterien befreit.

BRIEGER und WASSERMANN erzielten eine Cholera-immunisirung durch Verimpfung von Cholerabouillonculturen, welche einige Tage nach dem Anlegen durch 15 Minuten auf 60° erhitzt wurden; sie fanden dann die Choleraculturen durch die Hitze so verändert, daß die Giftwirkung zurückgetreten und nur die immunisirende Wirkung erhalten war. Auch KLEMPERER constatirte, daß Culturen, welche durch 2 Stunden auf 70° erhitzt waren, sowohl vom Magen als auch von dem Unterhautbindegewebe aus eine Immunisirung gegen Cholera erzeugen. Aehnliche Erfolge boten sich bei der Pneumonie.

ROUX und VAILLARD berichteten über die immunisirende Kraft der durch die Filtrirung gewonnenen Stoffwechselproducte von Tetanusculturen, und C. FRAENKEL erzielte eine Diphtherie-Immunisirung mittelst Culturen, die durch eine Stunde auf 65° C. erwärmt waren.

Wie Sie sich erinnern, habe ich unter den Methoden der Bacteriotherapie die auf dem Antagonismus der Bacterien beruhende Einverleibung gewisser Mikroorganismen angeführt. Es ist sicher, daß einige Bacterien schädigend auf einander einwirken; diese experimentell gefundene Thatsache wurde nun mit der seit DARWIN so geläufigen Formel Struggle for life verknüpft, und man ging daran, eine Infection durch eine andere zu bekämpfen, eine Bacterienart durch eine andere zu vernichten. Fast scheint es, als wollte man hier Lucifer durch Beelzebub austreiben. Doch handelt es sich dabei nicht um eine directe Wirkung der Bacterienarten auf einander, sondern es werden im Organismus neue Producte gebildet, welche die Wirkung der von der ursprünglichen Infection erzeugten Stoffe paralysiren.

So hat PERRONCITO beobachtet, daß bei den Rindern nach Milzbrandschutzimpfung auch der Verlust an Tuberculose geringer werde, und bei dem Studium des Zusammenhanges der Milzbrandimpfung mit der Tuberculose fand er, daß wirklich die Milzbrandschutzimpfung einen gewissen Schutz gegen die Tuberculose verleihe, und daß der Zustand tuberculöser Thiere nach einer Milzbrandvaccination sich wesentlich bessere.

Solche Beobachtungen, die in der Literatur nicht vereinzelt stehen, führen zum Schlusse, daß den Antitoxinen keine strenge Specifität zukomme. Zeigt sich doch auch, daß die Blatternschutzimpfung einen günstigen Einfluß auf die Keuchhusteninfection ausübe; PIZZOCARO gibt an, auch bei schweren Fällen von Keuchhusten nach der Impfung mit animaler Pockenlymphe in der Zeit von 11 bis 18 Tagen vollkommene Heilung gesehen zu haben. BILLROTH erzielte bekanntlich durch Einspritzung von Tuberculin bei einer actinomykotischen Geschwulst vollständige Heilung.

Unter den Bacterien, denen trotz ihrer eigenen Giftwirkung eine günstige Wirkung auf andere Infectionen zuzukommen scheint, sind besonders die Erysipelcoccen und der Bacillus pyocyaneus hervorzuheben. Mehrere Forscher überzeugten sich von dem heilenden Einflusse, den die Injection von sterilisirten Pyocyaneusculturen auf die Milzbrandinfection und auf die Infection mit dem Pneumoniebacillus ausübt. Für uns ist von größerem Interesse, daß RUMPF durch Pyocyaneusculturen eine Heilung des Typhus bei Menschen herbeigeführt haben will. Aus den Versuchen, welche EMMERICH über die antagonistische Wirkung von Erysipelstreptococcen und Milzbrandbacillen anstellte, zieht er den Schluß, daß die eingeführten Coccen im Organismus in großer Zahl zu Grunde gehen, und daß ein Bestandtheil ihrer Leiber mit dem Eiweiß des Blutes Verbindungen eingehe, welche auf Infectionsstoffe vernichtend einwirken.

Begreiflich ist, daß man diesen Gedanken bei der Behandlung der Tuberculose zu verwerten suchte. Leider sind die bisherigen Versuche negativ ausgefallen. Der Begründer der Bacteriotherapie, CANTANI, war von diesem Gedanken ausgegangen und hatte bei Lungentuberculose die Inhalationen von Bacterium termo versucht; dieser Versuch hatte umso weniger Bedeutung, als das Bacterium termo, wie wir heute wissen, keine einzelne Bacterienart, sondern ein Complex mehrerer nicht parasitärer Bacterien ist. Und vor wenigen Wochen erschien eine neue Arbeit von BACKER, welcher durch Einführung von Hefezellen in den Körper die Tuberculose zu heilen versucht.

Erfolge lassen sich auf diesem Gebiete sicher erzielen. Wenn wir es gelernt haben werden, die zweite Infection in unserer Hand zu halten, und wenn wir das neu einzuverleibende Bacteriengift werden dosiren können, dann wird unsere Therapie reich an Erfolgen sein. Denn die Natur zeigt uns, daß sie selbst auf diesem Wege Heilungen erzielt, Heilungen von Krankheiten, welche unserer Therapie nicht mehr zugänglich sind. Man hat wiederholt den günstigen Einfluß des Erysipels auf gewisse Formen des Carcinoms und auf gewisse Formen des Lupus festgestellt, und auch dem Eingreifen des Arztes ist es bereits einigemale gelungen, durch willkürliche Herbeiführung von Rothlauf eine Heilung von sonst unheilbaren Erkrankungen zu erzielen.

(Schluß folgt.)

Neue Arzneimittel.

Auch im abgelaufenen Jahre ist eine stattliche Reihe neuer Präparate dem Heilschatze einverleibt worden. Obgleich wir in unseren „Kleinen Mittheilungen" die bemerkenswerthesten derselben, ihre Indicationen und Dosirung, soweit bewährte Autoren sie geprüft, zur Kenntniß unserer Leser gebracht haben, wollen wir, den praktischen Bedürfnissen der Letzteren Rechnung tragend, eine Auslese der neuesten Medicamente, nach Merck's Bericht alphabetisch geordnet, Revue passiren lassen.

I.

Acidum cinnamylicum purissimum,
Natrium cinnamylicum purissimum. $C_6H_5CH:CH.CO_2Na$.

Weißes krystallinisches, in Wasser lösliches Pulver.

Wie A. LANDERER („Therap. Monatsh.", 1894, pag. 49) nunmehr mittheilt, kann man die von ihm seinerzeit zur Behandlung der Tuberculose empfohlene Zimmtsäureemulsion durch eine wässerige 5proc. Lösung von Natrium cinnamylicum ersetzen. Diese Lösung muß intravenös injicirt werden. Die Dosen sind für die intravenöse Injection ungefähr dieselbe (0·1—1 Ccm.) oder etwas höher als bei der Emulsion; die Einspritzung kann, wenn nöthig, gleichfalls häufiger

(3mal wöchentl.) applicirt werden. Auch bei der chirurgischen Tuberculose kann an Stelle der Emulsion zimmtsaures Natron (5%) und namentlich zur Einspritzung in Gelenkhöhlen eine Suspension von Zimmtsäure in Glycerin (1 : 20—1 : 10) verwendet werden. Sowohl die Lösung als die Suspension sollen vor dem Gebrauch im Wasserbade mindestens 10 Minuten lang sterilisirt werden und sind in gut verschlossenen Gefäßen wochenlange haltbar. Injicirt wird in die fungösen Massen, in die Gelenkhöhlen und, meist abwechselnd, in die Glutäalmusculatur.

Rp. Natrii cinnamylici puriss. . . . . . . 1·0
solve in:
Aq. destillatae . . . . 20·0
S. Zu intravenösen Injectionen.

Rp. Acidi cinnamylici . . . . 1·0
Glycerini . . . . 10·0—20·0
S. Vor dem Gebrauche tüchtig umzuschütteln.
— Zur Injection.

Acidum jodicum. HJO_3.

Farblose Krystalle, löslich in Wasser, unlöslich in Aether, Glycerin und Alkohol. Die 10proc. wässerige Lösung läßt nach längerem Stehen einen Theil der Säure wieder ausfallen. Reducirende Substanzen, nicht aber Chlorwasser, spalten aus dem Präparate energisch Jod ab.

Natrium jodicum. $NaJO_3$.

Weißes, geruchloses krystallinisches Salz, löslich in Wasser. Aus den concentrirten wässerigen Lösungen wird durch Zusatz von Glycerin oder absolutem Alkohol das Salz in fein krystallinischer Form abgeschieden.

Nachdem schon vor Jahren Binz („Arch. f. experim. Path. u. Pharmak.“, 1881, Bd. 13, pag. 131) die Ansicht ausgesprochen hatte, daß die Jodsäure sowohl innerlich als auch äußerlich zum Ersatze des Jodoforms dienen könnte, wurden neuerdings („Therap. Monatsh.“, 1894, Heft 3 u. 4, und „D. med. Woch.“, 1894, Nr. 24) von J. Ruhemann klinische Versuche mit Jodsäure und jodsaurem Natron angestellt, welche in der That recht günstige Ergebnisse lieferten. Die äußere Application der reinen Säure ist wegen der Schmerzhaftigkeit zu vermeiden. Daher will Ruhemann die Säure auf der äußeren Haut und auf Schleimhäuten nur in der Form des Aetzstiftes, ferner in 5—10proc. wässerigen Lösungen oder ebenso starken Lanolinsalben angewandt wissen. Die Nasenschleimhaut verträgt eine 10proc. Lösung oder gleich starke Salbe ausgezeichnet, der Kehlkopf verträgt noch eine Verdünnung von 1 Theil Jodsäure mit 3—4 Theilen Borsäure; weit empfindlicher sind dagegen die Schleimhäute der Vagina und des Uterus, bei deren Behandlung ½—1proc. Vaginalkugeln empfohlen werden. Der Jodsäure ist auch eine bedeutende hämostyptische Wirkung eigen, besonders wenn man bei der Anwendung der 5—10proc. Lösung einen gewissen Druck verbindet. — Das jodsaure Natron soll wegen der irritativen Einwirkung auf die Wundflächen nur in einer Verdünnung von 1 zu 8 Theilen Acidum boricum und in geringer Menge benutzt werden. Innerlich erstreckt sich der günstige Einfluß des jodsauren Natrons auf scrophulöse Affectionen und Drüsenschwellungen. Vor Allem sieht man bei dem chronischen Bronchialasthma durch länger fortgesetzten Gebrauch ausgezeichnete Wirkungen. Bei interner Darreichung kann man pro die 1 Grm. am zweckmäßigsten in Pillenform verabfolgen; wässerige Lösungen gebe man in Milch nach den Mahlzeiten. In Dosen von 0·05—0·2 Grm. subcutan injicirt, wirkt das jodsaure Natron vortheilhaft auf die Zertheilung von Drüsenschwellungen, narbigen Strängen, ferner auf rheumatische Schmerzen, acute und chronische Neuralgien, Neuritis, Spätsyphilide und Nervensyphilis. Man kann gefahrlos bei einer Cur im Ganzen bis zu 15 Grm. jodsaures Natron injiciren.

Rp. Acidi jodici . . . . 5—10·0
solve in:
Aq. destillatae . . . . 95·0—90·0
S. Aeußerlich.
(Bei Blutungen etc.)

Rp. Acidi jodici . . . . 2·5—5·0
Lanolini . . . . 50·0
M. f. ungt.
S. Aeußerlich.
(Bei Krankheiten der Nase.)

Rp. Acidi jodici . . . . 0·015
Acidi borici . . . . 0·05
Butyr. Cacaonis . . . . 2·0
Misce f. lege artis globus vaginalis.
Dent. tales Nr. V.
S. Abends ein Stück einzuführen.

Rp. Natrii jodici pulverati . . . . 3·0
Acidi borici pulv. . . . . 24·0
S. Aeußerlich.
Streupulver.
(Wunden, Ulcerationen, Ulcus durum et molle.)

Rp. Natrii jodici . . . . 3·0
Mucilag. g. tragacanth. q. s.
M. ut f. pil. Nr. XX.
S. 3mal täglich 1—2 Stück zu nehmen.
(Bronchialasthma.)

Rp. Natrii jodici . . . . 1·0
solve in:
Aquae destillatae . . . . 20·0
S. Zur subcutanen Injection. — 1—4 Spritzen einen um den anderen Tag, später 2mal in der Woche zu injiciren.)
(Bei Drüsenanschwellungen, neuralgischen Affectionen, Blutungen des Magens.)

Acidum sulfanilicum cryst. alb. (Paraamidobenzolsulfonsäure.)

Weiße, nadelförmige, in Wasser schwer lösliche Krystalle.

Natrium sulfanilicum purissimum.

Weiße, glänzende Blättchen, die sich in Wasser leicht lösen.

Die Sulfanilsäure ist schon 1885 von Ehrlich und Kroenig (Charité-Annalen, 1885, Bd. 10) gegen Jodismus empfohlen worden, den sie durch Ueberführung der im Speichel und Nasenschleim gebildeten schädlichen Nitrite in indifferente Diazokörper beseitigt. Wie Valentin („Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte“, 1894, Nr. 7) nunmehr hervorhebt, besitzen wir in diesem Körper auch ein vorzügliches Mittel zur Beseitigung gewisser Symptome der acuten Catarrhe. So werden bei acuter Coryza die Röthung, Schwellung der Nasenmuscheln und die profuse Secretion durch die Sulfanilsäure in wenigen Stunden wesentlich verringert oder gänzlich behoben; bei acuter Laryngitis und bei Otitis media wirkt das Mittel weniger sicher; in letzterem Falle lindert es meist nur die Schmerzen. Die Beeinflussung der catarrhalischen Symptome ist indessen nicht andauernd, weshalb man die wirksamen Dosen von 2—4 Grm. nach 24—48 Stunden wiederholen muß. Man gibt das Mittel am besten nach folgender Formel:

Rp. Acidi sulfanilici cryst. . . . . 10·0
Aquae destillatae . . . . 200·0
Natrii bicarbonici . . . . 8·5
S. Fiat saturatio.
S. 2mal täglich 2—3 Eßlöffel voll zu nehmen,

oder man gibt einfacher eine Lösung des Natronsalzes, wie folgt:

Rp. Natrii sulfanilici puriss. . . . . . . 14·0
solve in:
Aquae foeniculi . . . . 200·0
S. 2mal täglich 3 Eßlöffel voll zu nehmen.

Referate und literarische Anzeigen.

Paul Rosenberg (Berlin): Eine neue Methode der allgemeinen Narkose.

Die Arbeit R.'s, welche derselbe in der „Berl. klin. Woch.“ (1895, Nr. 1 u. 2) veröffentlicht, ist das Resultat eingehender thierexperimenteller und klinischer Beobachtung. Der Verf. constatirt zunächst den großen, durch die Einführung der sogenannten Tropfenmethode errungenen Fortschritt in der Narkotisirungstechnik, und weist bezüglich der Concurrenz zwischen Chloroform- und Aethernarkose darauf hin, daß, wenn man dieselben Vorsichtsmaßregeln und dieselbe Peinlichkeit, die man heute bei Ausführung der Aethernarkose beobachtet und die man bei der Chloroformnarkose schon seit Jahren — vermuthlich in Folge ihrer Popularität — zu vernachlässigen gewohnt ist, auch bei letzterer beobachten würde, man vermuthlich sehr bald ein bei weitem anderes Verhältniß der Unfälle für diese beiden Betäubungsmittel erhalten würde, als es augenblicklich noch den Anschein hat.

Was nun die Gefahr der Narkose betrifft, so ist die hervorragendste die der Herzsynkope. Man ist geneigt, jene Herzlähmungen, welche nach wenigen Zügen Chloroform beobachtet worden sind,

einer in dem speciellen Fall vorhandenen Idiosynkrasie zuzuschreiben. Das ist aber, wie R. beweist, nicht richtig, sondern es handelt sich um eine Reihe von Erscheinungen, welche fast ausschließlich gerade nur zu Beginn der Narkose, und zwar bei jedem Inhalationsanästheticum ohne Ausnahme, eintreten. Wenn man nämlich die Herzcurve eines Thieres, welches durch die Nase Chloroform athmet, aufnimmt, so zeigt sich sofort beim Auflegen der chloroformgetränkten Maske eine große Schwankung der Herzthätigkeit. Dieselbe ist aber nicht durch die Athemstockung bedingt, denn wenn man den Hahn der in die Trachea gebundenen Canüle so stellt, daß das ganze Lumen der Canüle geschlossen ist, das Thier also nicht zu athmen vermag, so bemerkt man allerdings ein sofortiges starkes Sinken des Blutdruckes, aber keine derartigen Unregelmäßigkeiten der Herzthätigkeit, wie bei der Chloroformathmung. Wenn man weiters das Thier durch die Canüle Chloroform inhaliren läßt, so erhält man eine vollkommen normale Curve mit vorübergehender geringer Steigerung des Blutdruckes, und eine Athemstockung tritt nicht ein. Daraus folgt, daß die vorher beobachteten Erscheinungen, Athemstockung und veränderte Herzthätigkeit, lediglich im obersten Theil des Respirationstractes ausgelöst werden; daß sie lediglich von der Nasenschleimhaut herrühren, lehrt der einfache Versuch, wenn man die Nasenschleimhaut mit Cocaïn ordentlich anästhesirt und dann Chloroform durch die Nase inhaliren läßt; dann erhält man eine der normalen Curve fast identische Curve und keine Athemstockung. Aus diesen Beobachtungen folgt somit, daß die Beeinflussung des Herzens und der Athmung Folgeerscheinungen sind, hervorgerufen durch Reiz der Nasenschleimhaut, und zwar derart, daß ein reflectorischer vom N. trigeminus ausgehender Reiz des Herzvagus und des Athmungscentrums in der Medulla oblongata stattfindet, ferner auch, daß dieser Reiz mit seinen Folgeerscheinungen mit Sicherheit durch Cocainisirung der Nasenschleimhaut zu vermeiden ist. Daß die Schwankungen der Herzthätigkeit und der Athmung lediglich durch Reiz der peripherischen Trigeminusendigungen in der Nasenschleimhaut hervorgerufen werden, zeigt auch noch folgender Versuch: Wenn man unter vollständigem Abschluß der Trachea nach oben hin das Thier durch die Canüle athmen läßt und nun die Nasenschleimhaut durch Anblasen mit Chloroformdampf reizt, dann steht die Athmung trotz der freien Canülenathmung sofort still, und die Schwankungen der Herzcurve werden meist noch stärker und nachhaltiger, als wenn das Thier das Chloroform durch die Nase inhalirt.

Die Schwankungen der Herzthätigkeit zeigen sich am stärksten und nachhaltigsten bei der ersten Darreichung des Anästheticums, sie treten aber auch bei jedem weiteren Aufguß auf die Maske, wenn auch vermindert, wieder auf. Von größter Bedeutung ist die Quantität des Aufgusses: Je größer das pro dosi gereichte Quantum, desto größer und nachhaltiger sind auch die Schwankungen der Herzthätigkeit. Schon daraus erhellt der große Werth der Tropfmethode.

Auf diese Thatsachen nun stützt R. seine neue Methode der allgemeinen Narkose. Sie besteht im Allgemeinen in einer ausgiebigen Cocaïnisirung der Nasenschleimhaut und in der Anwendung der Tropfmethode. Der Vorgang ist folgender:

Nachdem der Pat. durch tüchtiges Schnauben die Schleimhäute möglichst von dem sie bedeckenden Schleim gereinigt hat, werden im Sitzen oder Stehen, wie im Liegen, mittelst eines kleinen Sprayapparates 2 Cgrm. einer 10%igen Cocaïnlösung in jedes Nasenloch gespritzt. Der Strahl wird hiebei einmal in der Richtung des unteren Nasenganges, das zweitemal schräg nach oben gerichtet. Das Sprayrohr muß natürlich direct in die Nasenöffnung, nicht vor dieselbe gehalten werden. Auf diese Weise erhält man eine Anästhesie der Nasenschleimhaut, wie man sie vollkommener und namentlich mit geringen Mengen Cocaïn auf keine andere Weise erreichen kann. Nach 3 Minuten wird noch einmal 1 Cgrm. Flüssigkeit in jedes Nasenloch gespritzt und dann die Narkose tropfenweise begonnen. Im Verlaufe länger dauernder Narkosen muß jede halbe Stunde die Cocaïnisirung wiederholt werden. Nach jeder, auch der kürzesten Narkose wird zum Schlusse noch einmal die obige Dosis eingespritzt, wodurch das Erwachen beschleunigt und Unbehagen, namentlich Uebelkeit nach der Narkose, mit Sicherheit vermieden wird.

R. schreibt dem Cocaïn außer der Wirkung auf die Herzthätigkeit auch noch eine antidote oder antitoxische gegenüber dem Chloroform zu, indem durch Cocain die Chloroformwirkung auf's Gehirn fast momentan zu beseitigen ist, und weil Thiere mit Cocaïn mehr Chloroform vertragen, es länger inhaliren können, ehe gefahrdrohende Erscheinungen auftreten, als ohne Cocaïn. Weitere Vortheile, welche die Cocaïnisirung der Nase für die Narkose bietet und die R. in circa 50 Chloroformnarkosen und einer Anzahl Aethernarkosen beim Menschen zu beobachten Gelegenheit hatte, sind folgende:

Die Darreichung des Narcoticums, namentlich des Chloroforms zu Beginn der Narkose, wird viel weniger unangenehm empfunden, als sonst, es erfolgen niemals Abwehrbewegungen. Die Excitation fehlt in vielen Fällen, in allen aber und namentlich bei Potatoren ist sie auf ein Minimum beschränkt. Das Erbrechen während der Narkose ist viel seltener als sonst und geht, wenn es überhaupt eintritt, ohne jede Anstrengung vor sich. Endlich fehlt nach der Narkose jede Spur von Unbehagen, und auch die sonst in vielen Fällen Tage lang bestehende Empfindung, daß in der Umgebung des Pat. Alles nach Chloroform oder Aether riecht, entfällt.

Bei allgemeiner Anwendung dieses Verfahrens glaubt R., daß man in Zukunft wohl noch in wenigen Fällen von einem Tod in der Chloroformnarkose, aber nicht mehr von einem Chloroformtod sprechen werde. Ba.

F. CANTRU (Paris): **Complications nerveuses de l'Entérite muco-membraneuse.**

Bisher wurde bereits eine Reihe von nervösen Complicationen der Enteritis oder besser Colitis muco-membranacea beschrieben, wie: Dyspnoische Krisen, Angina pectoris, allgemeines Zittern während der Verdauung, Unfähigkeit zur Arbeit, Cephalea, Aphasie, vorübergehende Amnesie, Convulsionen bei Kindern, Coma, excessive Reizbarkeit, Melancholie, Verfolgungsideen, Arthralgien, verschiedenste Neuralgien etc. Dieser Reihe fügt nun C. („La méd. mod.", 1895, Nr. 4) vier Beobachtungen an, in welchen theils Epilepsie, theils Chorea als Complication zu constatiren war. In allen 4 Fällen handelte es sich um Kinder im Alter von 10—14 Jahren. Die nervösen Erscheinungen hatten sich in allen Fällen spontan entwickelt und gingen erst mit der Heilung der Darmerkrankung definitiv zurück.

Aus diesen Fällen schließt C., daß man in allen Fällen von Epilepsie, Chorea oder anderer schwerer nervöser Erscheinungen, deren Ursache unaufgeklärt bleibt, auf den Darm Rücksicht nehmen müsse, um dort eventuell die Ursache zu finden. In diesem Falle ist der Gebrauch der Brompräparate, was auch die Beobachtungen des Autors beweisen, ein Fehler, da dieselben die Complicationen nicht nur nicht heilen, sondern die ursächliche Erkrankung durch ihre reizende Wirkung auf die Darmschleimhaut verschlechtern. s—s.

FRITZ BERNDT (Stralsund): **Zur Diagnose der Darmruptur.**

Erfolgreiche Behandlung der Darmrupturen ermöglicht allein exacte Diagnose; es ist bekannt, welche großen Schwierigkeiten dieselbe bietet. Das Verschwinden der Leberdämpfung braucht nicht sofort einzutreten; der Schmerz, der nach BECK spontan sein soll, ohne auf Druck zu wachsen, hängt von der Empfindlichkeit des Pat. und der Ausdehnung der Verletzung ab. BERNDT („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 39, Heft 5/6) macht auf ein Symptom aufmerksam, dessen Fehlen zwar nicht gegen Darmruptur spricht, dessen Vorhandensein aber nach erlittener Contusion des Unterleibes stets auf Darmruptur hinweist, d. i. häufiges, resp. unstillbares Erbrechen vornehmlich galliger Massen. Das ist leicht erklärlich; während bei einfacher Contusion der auf die sensiblen Nerven ausgeübte Reiz, der reflectorisch Erbrechen erzeugt, vorübergehend ist, üben die bei Darmruptur durch die Oeffnung sich durchdrängenden Koth- und Gasmassen einen dauernden Reiz aus. Bei der Wichtigkeit der Sache faßt B. die Punkte der Diagnose so zusammen: 1. Das Fehlen der Leberdämpfung nach einer Contusion ist als sicheres Zeichen einer Darmruptur zu betrachten. 2. Häufiges, resp. unstillbares Erbrechen nach Contusion des Abdomens ist ebenfalls als sicheres Zeichen einer Darmruptur

anzusehen. 3. Spontane Schmerzhaftigkeit des Abdomens nach Contusionen ist für die Diagnose Darmruptur mit Vorsicht zu vermehren. 4. Das Auftreten von Peritonitis nach Contusion des Abdomens ist ebenfalls ein sicheres Zeichen von Darmrupter, falls andere Verletzungen (Nieren-, Blasen- etc. Ruptur) ausgeschlossen sind. Bei sicherer Diagnose ist sofort zu laparotomiren; Probelaparotomien bei Contusion des Unterleibes sind im Allgemeinen zu verwerfen, bei unklarer Diagnose ist besser exspectativ zu verfahren. Treten bald nach der Verletzung Erscheinungen von Sepsis auf (keine Temperaturerhöhung bei schwerer Störung des Allgemeinbefindens!!) ist von einem Eingriff abzusehen. Bei der Operation kommt es auf Schnelligkeit und Zartheit der Manipulationen an; daher großer Bauchschnitt, rasches, systematisches Absuchen des Darmes, ohne zu zerren oder zu drücken, möglichst keine Darmresection, sondern LEMBERT'sche Naht oder keilförmige Excision der Rupturstelle mit einfacher, fortlaufender Serosa-Muscularisnaht, Aufsaugen von Flüssigkeit durch sterile Gaze, keine Spülung mit antiseptischen Flüssigkeiten!

Ich bemerke, daß ich (Ref.) eine durch Section erwiesene Darmruptur in Folge Hufschlages gegen das Abdomen vor Jahresfrist behandelte, bei der allerdings das unaufhörliche, selbst durch Eis und Cocaïn kaum zu stillende Erbrechen galliger Massen ein ebenso quälendes, als auffälliges Symptom war. R. L.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Med.-chir. Handwörterbuch für praktische Aerzte. Unter Mitwirkung von 148 Fachgenossen herausgegeben von **Prof. Dr. Albert Eulenburg** in Berlin. Dritte, gänzlich umgearb. Auflage. V. Band. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt und Farbendrucktafeln. Wien und Leipzig 1895, Urban und Schwarzenberg.

Nur wenige Monate sind seit dem Erscheinen des ersten Heftes der dritten Auflage dieses größten deutschen medicinischen Werkes der Gegenwart verflossen, und schon liegt der fünfte, die Lieferungen 41—50 umfassende, die Artikel Cnidosis—Digestion enthaltende Band vor uns. Die Vorzüge der EULENBURG'schen Encyclopädie sind den Aerzten so wohlbekannt, die Begeisterung, mit welcher das Werk von der Fachpresse aufgenommen wurde, ist eine so allgemeine, daß wir uns bei der Anzeige des neuesten Bandes wohl darauf beschränken dürfen, die hervorragendsten und wichtigsten Artikel desselben hervorzuheben. Zu diesen gehören die Artikel Coca (VOGL-Wien), Coccygodynie (SEELIGMÜLLER-Halle), Coffeïnum, Colchicin, Coniin und Curare (SCHULZ-Greifswald), Colik (EICHHORST-Zürich), Colloid-Entartung (MARCHAND-Marburg), Colotomie (ALBERT-Wien), Compression (WOLZENDORFF-Wiesbaden), Concrementbildungen (MUNK-Berlin), Condylom (ZEISSL-Wien), Congestion (SAMUEL-Königsberg), Conjunctivitis (REUSS-Wien), Contractur (SEELIGMÜLLER-Halle), Conträre Sexualempfindung (HALBAN-Krakau), Croup (B. FRÄNKEL-Berlin), Cylindrom (BIRCH-HIRSCHFELD-Leipzig), Cysticercus (SOMMER-Greifswald und KÖNIGSTEIN-Wien), Dammnaht (SCHAUTA-Wien), Darm (ROSENHEIM-Berlin), Darmblutung, Darmcatarrh, Darmentzündung, Darmgeschwür und Darmstenose (EICHHORST-Zürich), Darmfistel (ALBERT-Wien), Darminfusion (MOSLER-Greifswald), Darmgeschwülste und Darmneurosen (ROSENHEIM-Berlin), Degeneratives Irresein (ZIEHEN-Jena), Delirium (MENDEL-Berlin), Dentition (METNITZ-Wien), Desinfection (WERNICH-Berlin), Diabetes (EWALD-Berlin), Diät (KISCH-Prag).

Die vorstehende Auslese gibt einen beiläufigen Begriff von dem reichen Inhalte auch dieses Bandes und den hervorragenden Autoren, die sich der Mühe unterzogen haben, die übernommene Aufgabe mit großer Gründlichkeit und sorgfältiger Benützung der neuesten Literatur durchzuführen.

Herausgeber und Mitarbeitern gebührt die volle Anerkennung für ihre unübertreffliche Leistung, der Verlagsbuchhandlung der Dank für die mustergiltige Ausstattung des Riesenwerkes. R.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Auf Grund der 8. Aufl. des Buches von **Prof. A. Vogel** ganz neu bearbeitet von **Dr. Philipp Biedert.** Elfte, sehr vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 2 lithogr. Tafeln und 60 Holzschnitten im Text. Stuttgart 1894, Ferd. Enke.

In der vorliegenden 11. Auflage des VOGEL'schen Lehrbuches, das BIEDERT nunmehr mit vollem Rechte als sein Eigenthum in Anspruch nimmt, war der Verf. bemüht, den Fortschritten der Kinderheilkunde nach allen Richtungen hin gerecht zu werden; Beweis dessen die ungemein sorgfältige Benützung und Verwerthung der einschlägigen Fachliteratur und die objective Hervorhebung seiner eigenen reichen Erfahrung.

Die Vorzüge des VOGEL'schen Lehrbuches in der BIEDERT-schen Bearbeitung sind gelegentlich des Erscheinens der 10. Auflage im Jahre 1890 in diesen Blättern eingehend gewürdigt worden. Wir beschränken uns daher, darauf hinzuweisen und wollen nur Einzelnes aus der neuen Auflage hervorheben:

Eine eingehende Bearbeitung hat namentlich die moderne Lehre von den Infectionskrankheiten erfahren (Blutserumtherapie), desgleichen die Blutkrankheiten (Bluntuntersuchung), die Diphtherie, Croup, Influenza, Keuchhusten und manche andere Capitel. — In der Ernährungsfrage, auf welchem Gebiete B. bekanntlich so verdienstvoll mitgearbeitet hat, finden sich manche neue Zusätze; in dem Capitel der Krankheiten des Nervensystems vermissen wir hingegen die neueren Arbeiten über die cerebrale Kinderlähmung, die eine wesentliche Bereicherung und Vertiefung unserer Kenntnisse über diese interessante Krankheitsform gebracht haben. — In der Dentitionslehre steht B. auf dem Standpunkte von VOGEL und HENOCH, daß Dentitionsbeschwerden in gewissem Sinne existiren.

Die Darstellung ist knapp und kurz, aber durchaus verständlich und trägt eine Reihe guter Abbildungen im Text wesentlich dazu bei.

Die Ausstattung entspricht dem Rufe der Verlagshandlung. UNGER.

Kleine Mittheilungen.

— In der Sitzung der Pariser „Soc. de Biol." vom 12. Januar d. J. machte Dr. RICHET Mittheilungen über seine Versuche der **Heilserumtherapie bei Tuberculose und bei Syphilis.** Schon im Jahre 1889 konnte R. im Vereine mit HÉRICOURT über Versuche berichten, welche zeigten, daß Seruminjectionen im Stande sind, die Entwicklung der Tuberculose beim Kaninchen aufzuhalten. In einer neuerlichen Versuchsreihe beim Meerschweinchen wurden 20 dieser Thiere, nachdem sie alle mit virulenten Tuberkelbacillenculturen vom Menschen geimpft worden waren, in 5 Serien von je 4 getheilt. Die Thiere der ersten Serie dienten als Controlthiere; die der zweiten Serie erhielten normales Serum vom Esel, die dritte Gruppe Serum von einem gegen Tuberculose immunisirten Thier, die vierte Serie wurde mit der Milch einer Eselin geimpft, welcher Tuberculin inoculirt worden war, und die letzte Gruppe erhielt das Serum eines Esels, welcher kurz zuvor mit Tuberculin geimpft worden war. Die Thiere dieser letzten Gruppe starben äußerst rasch, fast ebenso rasch die Thiere der vorausgehenden Gruppe. Bei den mit normalem Serum geimpften Thieren wurde der Ausbruch der Tuberculose nur hinausgeschoben. Die 4 Thiere endlich, welche das Serum der immunisirten Thiere erhalten hatten, haben die Controlthiere überlebt und leben noch, obwohl die letzteren schon vor 20 Tagen gestorben sind. Diese Versuche wurden auch zweimal auf den Menschen übertragen. Schon vor 5 Jahren hat HÉRICOURT ein tuberculöses Individuum mit Serum vom immunisirten Hund behandelt und geheilt, und ein sehr befriedigendes Resultat wurde noch in einem zweiten Falle erhalten. — Zum Zwecke der Serumtherapie bei Syphilis bediente sich R. des Serums eines Hundes, welchem er 8 Tage zuvor das Blut eines Syphilitikers injicirt hatte. Dieses Serum wurde dann einer Pat. injicirt, welche vor 20 Jahre Syphilis acquirirt hatte und nervöse Erscheinungen tabetischer Natur zeigte. Diese Erscheinungen sind in Folge der Injectionen vollkommen geschwunden. In einem zweiten Falle handelte es sich um eine 18 Monate alte Syphilis, welche sehr

2*

ausgebreitete gummöse Ulcerationen aufwies, die keinerlei specifischen Behandlung wichen. Nach 7 Injectionen des Serums vom immunisirten Hunde waren vier Fünftel der Ulcerationen zurückgegangen.

— Der bei Alkoholikern regelmäßig der Excitationsperiode folgende Zustand von Depression ruft bei ihnen ein Stadium der Apathie und der Hypochondrie hervor, welches sie immer wieder dem Alkoholmißbrauch zuführt. Es resultirt daraus ein Circulus vitiosus, aus welchem den Trinker zu retten, die Aufgabe des Arztes wäre. Allerdings ist es vorher nöthig, die Localisation dieses Dranges zu kennen. Prof. ZDEKAUER in Petersburg ist nun durch einen glücklichen Zufall auf die richtige Spur gekommen. Er behandelte einen Pat. mit chronischem Säufercatarrh des Magens und verschrieb ihm:

Rp. Aq. chlori . . . . 8·0
Decoct. Althaeae . . . . 165·0
Sacch. alb. . . . . 8·0
S. 2—3stündl. 1 Esslöffel zu nehmen.

Unter dieser Medication wurde nicht blos die Gastritis geheilt, sondern der Appetit kehrte zurück, das hypochondrische Stadium verschwand, und gleichzeitig zeigte sich der Kranke von dem mächtigen Drange, zu trinken, welcher ihn seit Jahren beherrscht hatte, befreit. Dasselbe Resultat erzielte Z. bei anderen Kranken, und zwar in 40 Fällen. Z. schloß aus diesen Erfahrungen, daß die unmittelbare Ursache des Alkoholbedürfnisses bei Alkoholikern, welche eine Gastritis aufweisen, in einer Irritation der Nervenplexus des Magens zu suchen sei, und er fordert die Collegen auf, **Aqua chlori bei chronischem Alkoholismus,** besonders wenn derselbe mit alkoholischer Gastritis einhergeht, zu versuchen. Bei schwächeren Pat. würden sich als Dosis 15 Tropfen, 3—4mal täglich in irgend einem schleimigen Decoct, empfehlen.

— Die Thatsache, daß einerseits die Citronensäure ein kräftiges mikrobicides Mittel ist, und daß andererseits der Gonococcus auf saurem Nährboden nicht gedeiht, hat Dr. PELISSIER („Revue intern. de Méd. et de Chir. prat.", 1895, Nr. 1) veranlaßt, **Acidum citricum bei Gonorrhoe,** und zwar in 15 Fällen, welche jeder anderen Behandlung widerstanden hatten, zu versuchen. Bei Urethritis anterior verwendete er Injectionen oder Irrigationen der Harnröhre, bei Urethritis posterior Ausspülungen der Blase. Für die Injectionen kam eine Lösung von 1 Grm. Acid. citr. auf 100 Grm. Aq. commun., für die Ausspülungen eine Lösung von 8 Grm. Acid citr. auf 1000—1500 Grm. Wasser zur Verwendung. Zum Zwecke der Harnröhreneinspritzung bedient sich P. einer Glasspritze von 10 Ccm. Inhalt mit conischem Ende. Nachdem der Pat. urinirt hat, entleert man die Spritze unter leichtem Druck in die Harnröhre und wiederholt dies 6mal des Tages. Auf diese Weise sah P. in der Regel nach 10 Tagen, manchmal schon nach 8 Tagen Heilung eintreten. Für die Blasenspülungen, welche P. bei Urethritis posterior anwendet, bedient er sich eines Irrigators und des Katheters. Er läßt 400 Grm. der obigen Lösung in die Blase einlaufen, worauf der Katheter zurückgezogen wird und der Kranke urinirt. Dieses Manöver wird wiederholt, bis der 1500 Grm. haltende Irrigator leer ist. Die Injectionen und Spülungen erzeugen keinerlei locale Reaction, die Kranken klagten niemals über unangenehme Sensationen. In seinen 15 Fällen hat P. niemals eine unangenehme Complication gesehen. Bei zwei Kranken bestand eine Epididymitis, was nicht hinderte, diese und die Blennorrhoe zu gleicher Zeit zu behandeln. Nach 8 Tagen waren beide Pat. geheilt.

— Dem Praktiker dürfte es willkommen sein, ein Verfahren kennen zu lernen, nach welchem die Patienten ein Dampfbad im Hause selbst in höchst einfacher Weise improvisiren können. Die Anweisung hiezu gibt Prof. WINTERNITZ, indem er **das Dampfbad in der Badewanne** beschreibt („Blätter f. klin. Hydrotherapie", 1895, Nr. 1). Wer eine Badewanne besitzt und sich 20—25 Liter eines 80—90° C. heißen Wassers zu hitzen vermag, kann sich ein vollkommen entsprechendes Dampfbad bereiten. Zu diesem Zwecke bedarf es nur eines Holzrahmens, der die Form der inneren Lichtung der Badewanne hat, und der mit querlaufenden Gurten überspannt ist. Dieser Rahmen ruht auf etwa 10 Cm. hohen Füßen. Außerdem kann man einen schmäleren, ähnlich bespannten, länglich viereckigen Rahmen am Kopfende der Badewanne als Stütze für Kopf und Rücken etwas schräge aufstellen. In die so montirte Badewanne legt sich der Badende, worauf über den oberen Rand der Wanne zwei oder drei Brettchen und darüber eine Wolldecke oder mehrere Leintücher gelegt werden. Natürlich muß der Kopf von letzteren gut umschlossen werden, damit dem Dampf oder der Wärme kein Abfluß möglich sei. Nun läßt man das heiße Wasser langsam in die Badewanne einströmen. Selbstverständlich muß der Einlauf am Boden der Wanne unter dem Roste, auf welchem der Badende sitzt, stattfinden. Wo das nicht der Fall ist, wird an dem Wasserzulauf ein Kautschukschlauch angebracht, der bis gegen das Kopfende der Wanne reichen kann. Zulauf und Ablauf des heißen Wassers müssen so eingerichtet sein, daß das Wasser nur den Boden der Wanne in einer 1—2 Cm. hohen Schicht bedeckt. Wenn mit dem Wasser nicht gespart werden muß, so thut man gut, Zu- und Ablauf während der ganzen Badezeit vollständig offen zu lassen. Hat man das Wasser nur in Töpfen gehitzt, so wird das Gefäß mit dem heißen Wasser an das Fußende der Wanne auf einen Sessel gestellt und mittelst eines Kautschukschlauches durch Heberwirkung in die Wanne eingeleitet. Das in dünner Schichte über den Boden der Wanne hinrieselnde heiße Wasser gibt einen großen Theil seiner Wärme ab, erwärmt rasch die Luft in der durch die Decken abgeschlossenen Wanne, die alsbald auch mit Wasserdämpfen gesättigt und erfüllt ist. Die Temperatur in der Wanne steigt rasch auf 60—70° C. In kurzer Zeit befindet sich der Badende in profuser Transspiration. Man kann das Bad, so lange es wünschenswerth, oder so lange der Vorrath an warmem Wasser reicht, währen lassen und beendet dasselbe, wie üblich, durch eine Abkühlung, die in derselben Wanne in verschiedener Weise bewerkstelligt werden kann, entweder durch Uebergießungen mit kaltem Wasser nach Entfernung der die Wanne bedeckenden Tücher, oder dadurch, daß man, wenn das möglich ist, kaltes Wasser weiter zulaufen und ein beliebig lange ausgedehntes Abkühlungsbad mit oder ohne weitere Uebergießungen nehmen läßt.

— Der Versuch, Oel oder Fette per clysma zu Ernährungszwecken zu appliciren, ist bisher stets daran gescheitert, daß es auf diesem Wege zu keiner Resorption, sondern nur zu einer purgirenden Wirkung gekommen ist. Prof. REVILLOD in Genf und sein Assistent Dr. ZOPPINO haben nun **Nährklystiere mit Oelemulsionen** in Verwendung gezogen und in einer großen Anzahl von Fällen eine ganz beträchtliche Vermehrung des Körpergewichtes und eine Besserung des Allgemeinbefindens erreicht. Die Emulsionen, deren sich die Autoren bedienten, waren von folgender Zusammensetzung:

Rp. Ol. jecor. asell. . . . . 600·0
Vitell. ov. . . . . Nr. 2
Aq. calid. . . . . 600·0

Unter Umständen empfiehlt sich ein Zusatz von Kochsalz. Um die Irritabilität der Schleimhaut zu vermindern, bedient man sich folgender Zusammensetzung:

Rp. Ol. jecor. asell. . . . . 600·0
Gummi tragacanth. . . . . 2·5
Gummi arabic. . . . . 0·5
Calc. hypophosphor. . . . . 2·5
Aq. calid. q. s. ad emuls. . . . . . . 1000·0

Der Leberthran kann vielleicht ohne Nachtheil durch Oleum amygdalar. dulc. ersetzt werden. Dieser Emulsion können auch medicamentöse Substanzen, wie Creosot etc., zugesetzt werden. Die Nährklystiere aus Oelemulsion sollen womöglich des Abends gegeben werden, nachdem der Pat. den Darm entleert und sich in's Bett gelegt hat. Man bedient sich einer Spritze von 150 Ccm., an welche man ein weiches Darmrohr von ungefähr 15 Cm. Länge ansetzt. Der Pat. bleibt auf dem Rücken liegen, bis die durch die Injection hervorgerufene Empfindung verschwunden ist. Im Anfang injicirt man 60—70 Grm., um allmälig auf 100, 150 und selbst 200 Grm. überzugehen. Die Kranken vertragen die Klystiere in der Regel gut. Im gegentheiligen Falle, was selten vorkommt, fügt man dem Clysma Opium bei. Wenn die Pat. das Clysma die ganze Nacht behalten, ist am anderen Morgen der größte Theil des Oeles resorbirt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 23. Januar 1895.

Vorsitzender: Prof. OBERSTEINER.

Dr. H. SCHLESINGER demonstrirt einen Fall von **Akromegalie**[1]) mit Augensymptomen, welch letztere unter antiluetischer Behandlung zurückgingen. Es bestanden noch im vergangenen Sommer: Ptosis, complete Oculomotoriuslähmung und eine eigenthümliche graue Atrophie der Papille (Befund von der Augenklinik erhoben) mit bitemporaler Hemianopsie und Einschränkung des Gesichtsfeldes der empfindenden Netzhauthälfte. Gegenwärtig ist die Ptosis zurückgegangen, die anderweitige Oculomotoriuslähmung bedeutend gebessert, das Gesichtsfeld ist wieder normal bis auf ein Skotom für Blau am linken Auge, die Papille hat nahezu normales Aussehen.

Redner bezeichnet dieses Verhalten als ein ganz außergewöhnlich seltenes. Ob das Quecksilber hier einen luetischen Proceß beeinflußt habe (gar kein sonstiger Anhaltspunkt für Lues), oder auf den hier supponirten Tumor der Hypophyse rückbildend gewirkt habe, wagt Redner nicht zu entscheiden.

Discussion:

Doc. Dr. Königstein fragt, wie sich die Papille heute verhält. Auf dem Naturforschertage, wo er den Pat. gesehen, war vollständige Atrophie vorhanden.

Dr. Schlesinger: Die Papille ist heute vollständig normal.

Doc. Dr. Königstein: Das macht den Fall überaus merkwürdig; es gibt nämlich Fälle, wo bei vollständiger Atrophie das Sehvermögen auf eine Schmiercur sich bessert, aber die Atrophie bleibt trotzdem sichtbar.

Dr. Heinrich Weiß fragt, ob der Harn Zucker enthalte.

Dr. Schlesinger: Der Harnbefund bietet gar keine Anomalien.

Prof. BENEDIKT: Ueber Krampf.

Um den richtigen Begriff von Krampf zu bekommen, müsse man den ganzen complicirten Apparat der Bewegungsleistungen in Betracht ziehen.

Vorauszuschicken ist, daß die Natur immer nur mit einem Theil der Kraft im thierischen Organismus arbeitet, weil die Organe als Dauerorgane angelegt sind und bei voller Verwendung die Destruction eintreten würde.

Ein weiterer wichtiger Satz ist, daß man im Centralnervensysteme eine secundäre Degeneration nicht wie bei peripherer Leitungsstörung a priori dahin deuten kann, daß der degenerirte Theil eine directe Fortsetzung des kranken sei oder überhaupt nothwendig in einem physiologischen Zusammenhange mit letzterem stehe. Vielmehr sind im Centralnervensysteme Theile in einem trophischen Connexe, die weder im Verhältnisse der Contiguität, noch der Continuität, noch des Leitungszusammenhanges stehen. Das Verhältniß findet seinen Typus in der symptomatischen Neuroretinitis. Man hat freilich in ganz ungerechtfertigter Weise bei der Neuroretinitis von „Gehirndruck" gesprochen. Allein der Mißbrauch eines so complicirten Begriffes zu leichtfertigen Erklärungen beweise nur ein Vacuum im Gehirne des Erklärers.

Ein weiterer Satz, der hervorgehoben werden muß, ist, daß das Thier sich vom Menschen dadurch unterscheide, daß ersteres sehr wenige isolirte willkürliche Bewegungen besitze, während dies beim Menschen so vielfach der Fall ist. Dadurch ist der Mensch zu den vielen Fertigkeiten befähigt.

Da der Begriff der Lähmung sich correcter Weise nur auf den Mangel der willkürlichen Verkürzungsfähigkeit der Muskeln bezieht, so ist klar, daß beim Thiere Lähmungen in diesem Sinne für einzelne Muskeln schwer zu constatiren sind, und daß z. B. die Bewegungsstörungen, die WORIGOLOF bei Durchschneidung der Seitenstränge des Rückenmarkes constatirt hat, die Bedeutung von Astasie und Abasie, aber nicht von Lähmungen im Sinne der menschlichen Pathologen haben.

Die Kraft bei der Muskelaction hängt von der in Anspruch genommenen Größe des Querschnittes des Muskels ab. Die Größe der Verkürzung des Muskels einerseits und die in Anspruch genommene Größe des Querschnittes andererseits werden nach den Thatsachen unseres Bewußtseins von zwei getrennten Innervationswellen in Anspruch genommen. Der Ausfall der letzteren bedingt Kraftlosigkeit bei normaler Verkürzung. Die pathologische Beobachtung zeigt, daß die dynamisirende Welle durch das Kleinhirn hindurch in's Rückenmark abfließt.

Der dritte Factor in der WALL'schen Formel bildet die Ausdauer. Auch dieser liegt ein complicirter nervöser Apparat zu Grunde: 1. Ein „Speisungsnervenapparat", der den Erfolg des Stoffwechsels beschleunigt. 2. Ein „Schichtenapparat", der die verschiedenen Schichten des Muskels bei der Abnützung einzelner alternirend eintreten läßt.

Die Bahnen für diese beiden Innervationen sind unbekannt, die echte dürfte eine Reflexbahn sein.

Eine wichtige Thatsache ist, daß eine große Reihe von Muskelactionen, wie Gehen, Stehen, Sitzen, wenn sie einmal eingeleitet sind, automatisch fortdauern, bis sie gebremst oder nuancirt gestimmt werden. Von diesem centralen Einhängeapparat der Bewegungen kennen wir einige Bruchstücke, nämlich den Streifenhügel und das Kleinhirn. Eine Erkrankung dieser Theile inclusive der Kleinhirnschenkel bewirkt die statischen Krämpfe.

Ebenso sind die Formen der Chorea, besonders der Chorea minor, durch Erkrankung von Gehirntheilen bedingt, die mit den Centren und den Bahnen der willkürlichen Einzelbewegungen nichts zu thun haben.

Die Convulsionen sind an die Leistung der sogenannten psycho-motorischen Centren der Rinde gebunden, die ebenfalls mit der willkürlichen Muskelzusammenziehung nichts zu thun haben.

Die Contractionen sind an Leitungsstörungen der Pyramiden gebunden, und es ist hoffentlich die Zeit nicht mehr ferne, in der es allgemein anerkannt sein wird, daß diese mit der willkürlichen Bewegung nichts zu thun haben.

Für viele Fälle von Krämpfen vom Typus des Tic convulsif und des Torticollis ist die Erkenntniß gesichert, daß sie von local latent bleibenden Reizungen sensibler Nerven ausgehen.

Man sieht, daß für die große Majorität spastischer Affectionen der Satz feststeht, daß sie nicht in jenen Centren und Bahnen zu Stande kommen, deren Ausfallsleistung Lähmung bedingt. Es ist also für die Mehrheit der Krämpfe sicher, daß sie nicht Hyperkinesen sind, d. h. so aufzufassen sind, wie die Muskelcontractionen, die bei Reizung des peripheren Endes eines durchschnittenen peripheren motorischen Nerven zu Stande kommen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzungen vom December 1894.

FRANK berichtet über einen Fall von Sectio alta wegen Blasenstein, der sich in Form einer mächtigen Phosphatincrustation um einen 6 Cm. langen, 1 Cm. dicken Gasgummischlauch gebildet hatte. Aus den Angaben geht hervor, daß der Gummischlauch dem Pat. in trunkenem Zustande offenbar mit sehr starker Gewalt in die Harnröhre gepreßt worden war. Bald darauf hatten sich Blasenbeschwerden, stetig sich steigernde Schmerzen, schließlich eine schwere Blutung und Abgang, sowie Einklemmung kleinerer Steinchen in der Regio bulbi eingestellt, welche Erscheinungen die Operation nothwendig machten.

OLSHAUSEN: Ueber intrauterine Behandlung.

Die Gefahren der intrauterinen Behandlungsweisen sind seit Einführung der Antisepsis zwar wesentlich verringert, aber keineswegs völlig beseitigt.

Selbst die einfache Sondirung des Uterus erfordert auch heute noch die größte Vorsicht und soll auch jetzt noch möglichst eingeschränkt werden. Die jedesmal möglichst sorgfältig vorzunehmende Desinfection der Vagina läßt sich in der Praxis nicht immer durchführen, muß aber in wichtigen Fällen stets die Regel bilden. Jede Verletzung muß durch möglichst subtile Führung der Sonde umgangen werden.

[1]) Derselbe ist bereits am Naturforschertage zu Wien vom Vortr. vorgestellt worden.

Injectionen von Flüssigkeiten in den Uterus (Jodtinctur, Chlorzink etc.), sowie Ausspülungen desselben schließen eine geringere Gefahr in sich, wohl aus dem Grunde, weil die eingeführten Keime sogleich wieder herausgespült, bezw. vernichtet werden. Dagegen stellen sich nicht selten nach beiden Methoden sehr unangenehme, oft stundenlang anhaltende Uterincoliken ein, die freilich nicht gefährlich sind und nach einer Morphiuminjection schnell verschwinden. Aenderungen in der Form dieser Einspritzungen oder in der Art der Application haben das Eintreten der Coliken nicht zu verhindern vermocht. Das einzige Mittel bleibt, nichts von der Flüssigkeit im Uterus zurückzulassen und daher ist es rathsam, nach Einführung der Canüle im Rinnenspeculum diese nicht eher herauszuführen, als bis die ganze Flüssigkeit entleert oder, was noch vorzuziehen ist, mit der Spritze wieder aufgesogen ist. — Sehr viel seltener, aber auch viel unangenehmer, sind die oft einige Stunden später in der Gegend des Tubenostiums auftretenden, zuweilen mit Fieber verbundenen peritonitischen Schmerzen, welche beweisen, daß die Peritonitis zweifellos durch den Eintritt von Flüssigkeit in die Tube, bezw. in die Bauchhöhle hervorgerufen wird. Endlich kann die Einführung von Flüssigkeiten, resp. Instrumenten in den Uterus Contractionen der Tuben bewirken und dadurch ihr event. infectiöser Inhalt in die Bauchhöhle gepreßt werden.

Auch die Application von Medicamenten mit der PLAYFAIR-schen Sonde ist für die Erkrankung des Corpus uteri ungeeignet; dagegen empfiehlt sich die Anwendung der von SÄNGER construirten äußerst dünnen und biegsamen silbernen Sonde, welche, selbst mit Watte umwickelt, durch das Orificium internum hindurchgleitet, ohne das Medicament abzustreifen.

Zum Zweck der artificiellen Dilatation des Uterus kommen heute nur noch zwei Methoden in Betracht, die Erweiterung durch Laminaria und die durch eingestopfte sterilisirte Jodoformgaze. In den meisten Fällen unbrauchbar ist die Erweiterung durch stumpfe Instrumente. Zur Entfernung intrauteriner Polypen eignet sich am besten die Incision der Portio. Die Dilatation des Cervix mittelst Jodoformgaze ist zwar das geeignetste Verfahren, aber keineswegs ungefährlich. Redner selbst hat 4 Fälle von unzweifelhafter Sepsis bei diesem Vorgehen erlebt, zwei mit letalem Ausgang. In dem einen Falle wurde 26 Stunden nach Entfernung eines Uteruspolypen wegen der drohenden Sepsis die Exstirpation des Uterus mit günstigem Erfolge ausgeführt. Trotz sorgfältiger Desinfection der Instrumente, der Gaze und der Vagina kann es zur Sepsis kommen, weil die Vagina nie völlig frei von Keimen ist und diesen durch die Einführung der Gaze vielleicht ein Weg in den Uterus gebahnt wird. Freilich wird man die Erweiterung des Cervix nicht ganz entbehren können, aber man wird sie bei richtiger Würdigung der Gefahr möglichst einschränken.

Gefährlicher ist die Gebärmuttererweiterung durch Laminaria, die schwer zu desinficiren ist, leicht durch ihre schnell rauh werdende Oberfläche die Schleimhaut verletzt und dadurch die Infection begünstigt. Die Laminaria ist daher möglichst selten anzuwenden.

Die gefährlichste intrauterine Behandlung ist das Curettement. Wenn auch nicht zu leugnen ist, daß das Curettement eine äußerst segensreiche Manipulation ist, so kommt es nach der Meinung des Vortr. viel zu häufig zur Anwendung. Nur zwei Indicationen, nämlich eine diagnostische und eine curative, läßt Redner für die Vornahme der Curettirung gelten. Zu diagnostischen Zwecken ist das Curettement gestattet, wenn man eine Wucherung der Uterusschleimhaut vermuthet, gekennzeichnet durch langdauernde Blutungen, auffallende Succulenz der Portio etc. Während man bei den hyperplastischen Processen der Uterusschleimhaut durch das Curettement die hyperplastischen Massen fortschaffen kann, ist dieses Verfahren bei einfachem Catarrh des Corpus uteri zu verwerfen, noch viel mehr aber beim Catarrh des Cervix. Was nun die Gefahr der Perforation des Uterus anbetrifft, so ist wohl zu beachten, daß beim puerperalen Uterus die Musculatur in fettigem Zerfall begriffen ist und die weichen Wandungen sich mit dem bloßen Finger durchdrücken lassen. Diese hochgradige Mürbheit der Wandungen kann bei verzögerter Involution monatelang fortbestehen und leicht zur Perforation durch die Sonde Veranlassung geben. Schwerer als mit der Sonde ist eine Perforation des Uterus mit der Curette, die schon wesentlich härter und unvorsichtiger gehandhabt werden muß, um den Uterus zu perforiren. Bekanntlich macht die bloße Perforation des Uterus mittelst Sonde oder Curette wenig oder gar keine Erscheinungen, und selbst die eine Perforation andeutenden Symptome lassen sich durch einige Gaben Opium während weniger Tage beseitigen. Wird dagegen die Perforation nicht sofort erkannt und weiter im Uterus herumgekratzt, so sind die Folgen furchtbare, meist zum Tode führende. Zum Schutz gegen diese Gefahren empfiehlt Redner, von der Anwendung stählerner Curetten, die sich wegen ihrer Starrheit nicht den Wandungen des Uterus anpassen, ganz abzusehen und nur ein leicht biegsames Instrument zu verwenden. Ob man die Portio mit der Kugelzange anhakt oder nicht, ist unwesentlich, nur bei hochgradiger Anteflexio ist die Hakenzange unentbehrlich. Die schweren Folgen des Curettement wird nur ein Operateur mit leichter, weicher Hand verhindern lernen, der sich immer bewußt ist, daß er gleichzeitig operiren und sondiren soll. Nicht jeder Arzt ist geeignet, das Curettement auszuführen. Eine Perforation des Uterus ist nicht ohne Weiteres ein Kunstfehler, wohl aber dann, wenn sie unbemerkt bleibt und die Auskratzung fortgesetzt wird. —r.

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Académie de Médecine.

Sitzung vom 22. Januar 1895.

Exstirpation des Larynx und eines Theiles des Pharynx.

PÉAN stellt einen 50jährigen Pat. vor, bei welchem er die Totalexstirpation des Larynx, die Exstirpation des vorderen seitlichen Theiles des Pharynx und der dem Larynx anliegenden Partie des Oesophagus ausgeführt hat. Bei der laryngoskopischen Untersuchung erschien die linke Hälfte des Larynx von einem carcinomatösen Tumor eingenommen, weshalb P. ursprünglich die partielle Exstirpation des Kehlkopfes vornehmen wollte. Bei der Operation stellte sich aber heraus, daß das Neoplasma den ganzen Kehlkopf ergriffen hatte und auch auf den Oesophagus und den Pharynx übergegangen war. Nach Entfernung alles erkrankten Gewebes wurde das obere Ende des Oesophagus im Wundwinkel fixirt, die Trachea an die Haut angenäht und eine TRENDELENBURG'sche Canüle eingeführt. Die Operation dauerte 2 Stunden und war von dem besten Erfolge für den Kranken begleitet. Derselbe ist heute vollkommen geheilt und befindet sich, Dank eines Doppelapparates, der ihm gestattet, die Nahrung durch den Mund einzuführen und durch die Nase zu athmen, in einem erträglichen Zustande. Die Prothese hat ihm auch einen Theil der Stimme und Sprache wiedergegeben.

Ueber die rhythmischen Tractionen der Zunge als Wiederbelebungsmittel.

LABORDE vertheidigt seine Methode der rhythmischen Tractionen der Zunge als Wiederbelebungsmittel bei Neugeborenen*) gegenüber der Statistik PINARD's. Dieselbe umfaßt 50 Fälle von „scheinbarem Tod" bei Neugeborenen, von welchen aber nur 12 für die Frage in Betracht kommen, da nur bei diesen die Methode L.'s in Anwendung gekommen ist. In diesen Fällen war 6mal der Tod kein scheinbarer, sondern ein wirklicher, so daß nur die restlichen 6 Fälle discutabel sind. Aber selbst in diesen Fällen wurden die Tractionen der Zunge nur 2, 3, 4 oder 5 Minuten geübt, während L. im Durchschnitte 10 Minuten für nothwendig hält, und die Grenzen, innerhalb welcher man auf Erfolg rechnen kann, 3 bis 30 Minuten betragen. Man kann somit keine sicheren Schlüsse ziehen, wenn man die Tractionen nicht wenigstens durch 10 Minuten fortgesetzt hat. Hingegen beweisen die zahlreichen Thatsachen, über welche L. verfügt und welche von einer großen Anzahl von Beobachtern bestätigt werden, daß die rhythmischen Tractionen der Zunge, richtig und durch eine genügend lange Zeit angewendet, die Respiration und das Leben der Neugeborenen im Stadium der Asphyxie oder des Scheintodes wieder hervorrufen, u. zw. auch in

*) S. „Wiener Med. Presse", 1894, pag. 1125.

allen jenen Fällen, in welchen die herkömmlichen Mittel, die Insufflation mit einbegriffen, versagt haben.

GUÉNIOT gibt zu, daß die rhythmischen Tractionen der Zunge ein ausgezeichnetes Wiederbelebungsmittel sind, daß aber nichts beweist, daß sie der Insufflation überlegen sind. Er selbst hat mehrere Fälle beobachtet, in welchen die Methode LABORDE's versagte und die Insufflation zum Ziele führte. Auch konnte er beobachten, daß bei Insufflation die Herzthätigkeit sich rascher einstellte als beim Tractionsverfahren.

PINARD führt einen seit seiner letzten Mittheilung beobachteten Fall an, bei welchem die durch 5 Minuten fortgesetzten Tractionen der Zunge erfolglos blieben, während die Insufflation Respirationsbewegungen hervorrief. P. will nicht behaupten, daß die eine oder die andere Methode die bessere sei, aber es sei sicher, daß in Fällen, in welchen die Methode LABORDE's im Stiche lasse, die Insufflation noch von Erfolg begleitet sein könne.

Société de Biologie.

Sitzung vom 19. Januar 1895.

Zwei Fälle von familialer sogenannter essentieller Polyurie.

MARINESCO berichtet über zwei Fälle von sogenannter essentieller Polyurie, zwei Knaben, Geschwister, betreffend, aus deren Anamnese hervorzuheben ist, daß das Leiden von frühester Kindheit datirt und daß ihre Mutter während der Schwangerschaft an einem gewissen Grad von Polyurie gelitten hatte. Die täglich entleerte Harnmenge betrug im Mittel 28 Liter. Die Untersuchung des Urins ergab keinerlei abnorme Bestandtheile, nur die Menge der Chlorverbindungen war vermehrt. Eines dieser Kinder starb an Meningitis cerebralis und bei der Section war Gelegenheit, das Nervensystem genauer zu untersuchen. Makroskopisch erwies sich der vierte Ventrikel ödematös oder vielmehr gelatinös. Die histologische Untersuchung ergab keine Veränderungen in den Vaguskernen, hingegen fand sich in den Wänden des vierten Ventrikels eine Hypertrophie der Neuroglia und ein Faserschwund in der Ventrikelwand. Außerdem fanden sich kleine Hämorrhagien in der Umgebung der Vaguskerne.

Heilversuche mit dem Serum von Flecktyphusreconvalescenten.

LEGRAIN berichtet über seine Heilversuche bei Typhus exanthematicus mit Blutseruminjectionen. Zu diesem Zwecke wurde das Serum von Typhus exanthematicus-Reconvalescenten, welche seit circa einer Woche geheilt waren, Typhuskranken, die eine schwere Prognose darboten, subcutan injicirt. Die injicirte Menge schwankte zwischen 2 und 20 Ccm. Der fast constante Effect der Injectionen war ein Abfall der Temperatur, proportional der eingespritzten Menge. Nach ungefähr 40 Stunden begann die Temperatur wieder zu steigen. Manchmal wurde auch eine Vermehrung der Urinsecretion beobachtet. Besonders gut waren die Resultate in jenen Fällen, in welchen tiefes Coma bestand. In diesen Fällen bewirkte eine Injection von 10 Ccm. ein Verschwinden des Comas im Verlaufe von 10 Stunden. Versuche mit künstlichem Serum gaben ein negatives Resultat. Im Allgemeinen ist ein günstiger Einfluß der Seruminjectionen auf den Ablauf der meisten schweren Erkrankungen unverkennbar. Während zu Beginn der Epidemie die Mortalität 25% betrug, ist von den 39 auf diese Weise behandelten Kranken nur ein einziger gestorben, welcher mit einer schweren Malariacachexie behaftet war.

Wirkung der Massage auf die Drüsensecretion.

CH. COLOMBO konnte auf Grund einer größeren Versuchsreihe bei Hunden constatiren, daß die Massage bei localer, dem Sitze der verschiedenen Drüsen (des Magens, der Speicheldrüsen, der Thränendrüsen, der Schweißdrüsen, der Leber, der Nieren, der Testikeln u. s. w.) entsprechender Application, die Function des Drüsenepithels direct beeinflußt, indem sie einen vermehrten Blutandrang zu den betreffenden Drüsen hervorruft. In Folge der Massage constatirt man eine Vermehrung der secernirten Flüssigkeit im Allgemeinen, wobei sowohl die jeder Drüse eigenthümlichen chemischen Elemente, als auch die Flüssigkeit, welche sie in Lösung erhält, vermehrt erscheinen.

Société médicale des Hopitaux.

Sitzung vom 18. Januar 1895.

Die Gefahren der Schilddrüsenfütterung.

BÉCLÈRE macht darauf aufmerksam, daß man trotz der Vortheile der Schilddrüsenmedication deren Gefahren nicht übersehen dürfe. Der Schilddrüsensaft stellt in hohen Dosen ein Gift für das Herz dar, was die Fälle von plötzlichem Tod durch Herzlähmung nach Darreichung von Schilddrüse des Schafes beweisen. B. hat dies auch im Thierversuch gesehen. Man könne deshalb nicht eindringlich genug auf großer Vorsicht bei der Schilddrüsentherapie bestehen. Der Puls ist in diesen Fällen der beste Führer und er muß Gegenstand täglicher Controlle sein. Eine nützliche Maßregel besteht darin, den Pat. im Bett oder wenigstens im Zimmer zu halten, ihm jede Anstrengung zu verbieten, welche die Herzarbeit erhöhen könnte. Diese Maßregeln sind auch nach beendetem Heilverfahren noch einzuhalten, denn der Schilddrüsensaft scheint dieselbe cumulative Wirkung zu besitzen wie die Digitalis. CH.

Notizen.

Wien, 2. Februar 1895.

(Zur Organisirung des Gemeinde-Sanitätsdienstes in Niederösterreich.) Der Bericht des Landesausschusses über die Bestellung von Gemeindeärzten und die Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes in Niederösterreich im Jahre 1894 constatirt, daß sich gegenüber dem Jahre 1893 eine Vermehrung um 15 subventionirte Sanitätsgemeinden und 18 Gemeindeärzte und eine Erhöhung der bewilligten Subventionen von 56.400 fl. auf 61.950 fl. ergibt. Obgleich hiemit ziffermäßig schon der im Voranschlage für 1894 für gemeindeärztliche Subventionen eingestellte Credit von 60.000 fl. um den Betrag von 1950 fl. überschritten ist, so zeigt sich in Folge des Umstandes, daß in 29 subventionirten Sanitätsgemeinden Aerzte noch nicht bestellt, die Subventionen also noch nicht angewiesen sind, für 1894 eine thatsächliche Ersparniß von 7350 fl. Dessenungeachtet glaubt der Landesausschuß an den Landtag mit dem Ersuchen um die Bewilligung eines erhöhten Subventions-Credites von 70.000 fl. für das Jahr 1895 herantreten zu sollen, da sich bei Durchführung der in ihren Grundzügen nunmehr festgelegten Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes in Niederösterreich voraussichtlich die Nothwendigkeit einer namhaften Vermehrung, bezw. Erhöhung der einzelnen Subventionen ergeben wird. Auch dürfte es zweckmäßig sein, die mit Beschluß des Landtages vom 8. November 1889 für gemeindeärztliche Subventionen festgesetzte Maximalgrenze von 600 fl. für Ausnahmsfälle auf den Betrag von 700 fl. zu erhöhen. In manchen armen Gegenden können die Gemeinden thatsächlich keine oder doch nur so geringe Beiträge zur Honorirung des Arztes leisten, daß eine ausgiebigere Unterstützung erwünscht erscheint. Der statistischen Gesammtübersicht zufolge zählt Niederösterreich 466 selbstständige Sanitätsgemeinden, von denen 186 die erwähnte Subvention in Anspruch nahmen. Die Zahl der subventionirten Aerzte belief sich Ende 1894 auf 157. Abgesehen von den Fortschritten auf dem Gebiete des Gemeinde-Sanitätsdienstes ist das abgelaufene Jahr für diesen wichtigen Zweig der Verwaltung insofern von grundlegender Bedeutung, als in diesem Jahre durch die n. ö. Statthalterei im Einvernehmen mit dem Landesausschusse nach dem Gesetze von 21. December 1888 die Bildung von Sanitätsgemeinden in ganz Niederösterreich durchgeführt wurde. Nach der gegenwärtigen Gestaltung der in Rede stehenden Organisation ist einem Gemeindearzte durchschnittlich ein Areale von circa 42 Quadr.-Kilom. zugewiesen; 40% sämmtlicher Sanitätsgemeinden sind mit Landessubventionen in der durchschnittlichen Höhe von 333 fl. jährlich ausgestattet.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte.) Mittwoch, 6. Februar, Abends 6 Uhr, findet die feierliche Enthüllung der im Gesellschaftshause errichteten Marmorbüste des verewigten Präsidenten THEODOR BILLROTH statt. Die Festrede wird Hofrath ALBERT halten.

(Wiener medicinisches Doctorencollegium.) In der dieswöchentlichen wissenschaftlichen Versammlung stellte Prim. Dr. HANS ADLER zwei Fälle von Exophthalmus in Folge von Tu-

moren der Orbita vor. Ferner sprach Dr. ERNST FREUND über die „Principien der Ernährung auf Grund der derzeitigen Kenntnisse des Stoffwechsels“.

(Aus Prag) wird uns berichtet: In der Landtagssitzung vom 17. d. M. hat der Landesausschuß eine Vorlage betreffend die Abänderung der Gemeindewahlordnung eingebracht, welche unter Anderem die Bestimmung enthält, daß in Hinkunft die Gemeinde- und Districtsärzte in den Gemeindeausschuß und in Consequenz davon auch in die Bezirksvertretung wählbar sein sollen. Um den möglichen Collisionen hinsichtlich der Beeidigung, der Ausübung der Disciplinargewalt u. s. w. für den Fall vorzubeugen, daß ein Gemeinde- oder Districtsarzt zum Gemeindevorsteher oder Bezirksobmann gewählt werden sollte, wurde in dem Gesetzentwurfe die Bestimmung aufgenommen, daß die zu Mitgliedern des Gemeindevorstandes oder des Bezirksausschusses gewählten Gemeinde- und Districtsärzte für die Zeit der Mitgliederschaft dieser Organe ihre Dienstesobliegenheiten durch einen beigestellten und vom Gemeinde-, resp. Bezirksausschusse genehmigten Stellvertreter verrichten lassen müssen. Unterläßt der gewählte Arzt die Bestellung eines Vertreters binnen einer bestimmten Frist, oder entspricht derselbe nicht den betreffenden Bestimmungen des Gesetzes vom 23. Februar 1888, so ist der Gemeinde-, resp. der Bezirksausschuß verpflichtet, einen befähigten Stellvertreter zu bestellen und zu bestimmen, ob die damit verbundenen Kosten von dem Gemeinde-, resp. Districtsarzte oder aus Gemeinde-, resp. Bezirksmitteln zu bestreiten seien. — Durch letztere Alternative wird offenbar die den Gemeinde- und Districtsärzten zuerkannte Wählbarkeit in die betreffenden Vertretungen illusorisch gemacht und mit der anderen Hand genommen, was die eine gegeben hat. Denn entweder müßte der gewählte Arzt das ihm durch das Vertrauen seiner Mitbürger übertragene Mandat theuer bezahlen, oder es ist der Gunst und der Willkür der bezüglichen Vertretungen anheimgegeben, ob der gewählte Arzt sein Mandat ausüben könne oder nicht. Dieser monströse Entwurf illustrirt so recht deutlich das Wohlwollen der gesetzgebenden Körperschaften gegen den ärztlichen Stand. Aufgabe des Centralvereines deutscher Aerzte in Böhmen und der am 26. d. M. zu constituirenden Aerztekammer wird es sein, gegen diesen dem ärztlichen Stande zugedachten Affront Stellung zu nehmen.

(Aus Budapest) schreibt man uns: In der Sitzung der „Gesellschaft der Aerzte“ führte A. HAVAS einige Kranke vor, bei denen er die Bubonen ambulatorisch nach Prof. E. LANG mit einem früher nie erreichbaren Erfolge operirt hatte. Bekanntlich besteht diese Methode darin, daß man den Bubo mittelst einer etwa 1 Cm. weiten Incision entleert. Hierauf 1—2 Ccm. einer 1%iger Silbernitratlösung in die Absceßhöhle einspritzt und dann den Verband anlegt. Der Verband wird jeden 2. Tag gewechselt, die Wundränder mit 1‰ Sublimat gewaschen und wieder Argent. nitric. eingespritzt. Schon nach dem ersten Verbandwechsel findet man die Eitersecretion beträchtlich vermindert, am 3.—4. Tag fließt bereits reine Lymphe aus, die cyanotische Verfärbung der Haut verschwindet, die Wundränder verkleben, die Kranken fühlen keine Schmerzen mehr und in 7—8 Tagen ist vollständige Heilung erfolgt. Vortr. empfiehlt diese Methode, welche er bei schwer arbeitenden Personen, die dabei nicht einen Augenblick in ihrem Erwerbe gestört waren, stets mit solch glänzendem Erfolge angewendet hatte, auf das Wärmste. — G. H. SZIGETI zeigt 2 Präparate von polizeilichen Sectionen. Das eine zeigte eine durch einen Selbstmörder ausgeführte förmliche Ausrottung des Kehlkopfes; das zweite war eine bis in die Bronchien dritter Ordnung mit Mehl erfüllte Lunge, herrührend von einem Mühlenarbeiter, der durch Hinabstürzen in den Mehlschacht im Mehl erstickte. — G. J. JUSTUS hielt einen Vortrag: „Ueber die durch Syphilis verursachten Blutveränderungen, mit besonderer Rücksicht auf Diagnose und Therapie.“ Schon in einem im vorigen Jahre gehaltenen Vortrage wies J. nach, daß zu Beginn der antiluetischen Quecksilbercur das Hämoglobin abnimmt, dann nach jeder folgenden Quecksilberinjection oder Inunction die Abnahme eine immer geringere wird, bis mit der Besserung der syphilitischen Erscheinungen das Hämoglobin eine allmälige Zunahme erfährt, so daß dessen Gehalt nach der Heilung sogar ein höherer ist, als vor Beginn der Behandlung. J. überzeugte sich, daß dies nicht etwa auf eine Verdünnung des Blutes zurückgeführt werden könne, bedingt vielleicht durch eine vermehrte Flüssigkeitszuströmung zum Blute in Folge der circulirenden Quecksilberverbindung; denn er fand das specifische Gewicht des Blutes nicht verringert, beziehungsweise zeigte die Curve des specifischen Gewichtes keinen Zusammenhang mit der des Hämoglobingehaltes. Bei Gesunden zeigen Quecksilberinjectionen auf den Hämoglobingehalt keinen Einfluß. Der vermehrte Gehalt des Harns der Kranken an Urobilin, der des durch Centrifugiren gewonnenen Blutserums an Blutfarbstoff, welches Serum auch gelber ist, als das gesunde, lassen keinen Zweifel darüber, daß es sich hier um den Zerfall rother Blutkörperchen handelt. Man kann aber diesen Zerfall der rothen Blutkörperchen der Syphilitischen direct nachweisen, wenn man solches Blut unter dem Mikroskop direct mit Quecksilbersalzen zusammenbringt, wobei die Blutkörperchen rasch verblassen, während gesundes Blut sich als vollkommen widerstandsfähig erweist. Es findet also zweifellos durch das einverleibte Quecksilber eine Zerstörung der durch die Syphilis weniger widerstandsfähig gewordenen Blutkörperchen statt, und es verbleiben nur die weniger afficirten. — Der Landesverband der Kreisärzte in Ungarn hat einen Gesetzentwurf über die Verstaatlichung der Kreisärzte ausgearbeitet und den Abgeordneten G. THOMAS PÉCHY betraut, denselben dem Abgeordnetenhause zu überreichen. Die Kosten sind mit jährlich 2 Millionen Gulden beziffert. Wir betrachten dies als die einzig richtige Lösung dieser sowohl die öffentliche Gesundheitspflege, als auch die Aerzte betreffenden hochwichtigen Frage. Früher oder später wird man sie acceptiren müssen. Möge man daher durch eine Verzögerung derselben dem öffentlichen Wohle keine weiteren Wunden schlagen.

(Hygiene in der Kirche.) Die Nothwendigkeit, beim Abendmahl für jeden Theilnehmer einen besonderen Kelch zu nehmen, um eventuelle Uebertragung einer infectiösen Erkrankung zu verhüten, ist in Amerika schon früher betont worden. HOWARD S. ANDERS weist nun in „The med. and surg. Rep.“ nochmals auf das Dringliche dieser Forderung hin und sucht in ausführlicher historischer Darstellung den Beweis zu erbringen, daß auch dogmatische Bedenken dem nicht entgegenstehen. Er weist darauf hin, daß auf LEONARDO DA VINCI'S Darstellung des Abendmahls jeder seinen eigenen Kelch hat. Untersuchungen durch FORBES haben gelehrt, daß in dem Weinrest eines von so Vielen gebrauchten Kelches sich Epithelialzellen des Mundes, Bacillensporen und verschiedene Bacterien und Schleim fanden, während der ungebrauchte Wein steril war. Verfasser hat bei eigenen Untersuchungen dasselbe Resultat erhalten. F. berichtet auch von einer Diphtherie-Epidemie in 24 Familien in Rochester, die auf die Benutzung eines gemeinsamen Trinkgefäßes zurückgeführt werden konnte. An den Rändern des Gefäßes wurde der LÖFFLER'sche Bacillus gefunden. Leichter wird noch die Infection möglich sein, wenn einer der Trinkenden an einer infectiösen Erkrankung der Lippen oder des Mundes leidet. In Rochester hat man diesen Gedanken schon praktisch durchgeführt; jeder Kelch wird nach dem Gebrauch in einem Drahtkorbe sterilisirt und dann in sauberen Räumen in geschlossenen Schränken aufbewahrt.

(Statistik.) Vom 20. bis inclusive 26. Jänner 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6892 Personen behandelt. Hievon wurden 1370 entlassen; 142 sind gestorben (10·36% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 67, egyptischer Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 110, Scharlach 69, Masern 307, Keuchhusten 30, Wundrothlauf 36, Wochenbettfieber 6, Influenza — Mumps 33. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 676 Personen gestorben (+ 57 gegen die Vorwoche).

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung Montag den 4. Februar 1895, 7 Uhr Abends, im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Prof. Dr. Ritter von BASCH: Methode der Blutdruckmessung. Casuistik. Demonstrationen

---

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 6. Februar 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. ANTON BUM: Ueber die mechanische Behandlung der Hemikranie.

Nr. 6. Sonntag den 10. Februar 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum**, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Epilog zur Diphtherieheilserum-Debatte.

Von **Prof. Dr. Max Kassowitz** in Wien.*)

Meine Herren! Ich werde mir erlauben, auf die Ausführungen der Herren Vorredner, so weit sie meinen ersten Vortrag tangirt haben, der Reihe nach zu antworten.

Herr Hofrath Drasche hat sich als ein noch entschiedenerer Gegner der Serumtherapie bei der Diphtherie bekannt als ich selber. Denn während ich einstweilen noch auf mildernde Umstände plaidirte, hat er über dieselbe ein Todesurtheil sans phrase ausgesprochen.

Zum Unterschiede von mir hat aber Drasche den Schwerpunkt auf die mannigfachen Schädigungen gelegt, welche immer häufiger als Folgen der Seruminjectionen beobachtet werden. Auch mir ist selbstverständlich diese Seite der Frage nicht entgangen und es waren mir sämmtliche von Drasche citirten Beobachtungen ganz genau bekannt. Ich weiß auch, daß von mehreren Seiten selbst Todesfälle auf die Wirkung des Serums zurückgeführt werden. Jedenfalls hat sich die von Behring behauptete absolute Unschädlichkeit des Mittels ebenso wenig bewahrheitet, wie so viele seiner anderen Behauptungen. Dennoch habe ich es in meinem ersten Vortrage absichtlich vermieden, auf die Nachtheile einzugehen, um die Frage nicht noch mehr zu compliciren. Denn meiner Ansicht nach muß vor Allem die Hauptfrage entschieden werden, ob nämlich das Serum bei der menschlichen Diphtherie eine Heilwirkung entfaltet oder nicht. Würde diese Frage im positiven Sinne entschieden, dann müssten wir uns eben mit den nachtheiligen Folgen der Behandlungsmethode, so gut es geht, abzufinden trachten. Wird es sich aber, wie ich fürchte, herausstellen, daß man diese Frage verneinen muß, dann wird man die Serumbehandlung auch ohnedem wieder aufgeben.

*) Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 31. Jan. 1895.

Mit Rücksicht auf diesen meinen, wie ich glaube, durchaus correcten Standpunkt, hat mich in der Rede Drasche's hauptsächlich derjenige Theil interessirt, in welchem er uns mittheilte, daß er an den Beobachtungen des Herrn Prim. Gnändinger im Rudolfs-Kinderspitale theilgenommen habe, welche, wie Sie wissen, ein so wenig günstiges Resultat für die Serumbehandlung der Diphtherie ergeben haben. Die Mittheilung dieser ungünstigen Ergebnisse der Serumbehandlung folgte, wie Sie sich wohl erinnern, unmittelbar auf die dithyrambische Verherrlichung der neuen Therapie durch Hofrath Widerhofer, und sie wäre wohl geeignet gewesen, selbst bei den enthusiastischesten Bewunderern derselben Bedenken zu erregen. Denn es war ein ehemaliger Schüler und langjähriger Assistent Widerhofer's, ein Mann, der seit Jahren einem großen Kinderspitale vorsteht und in diesem, sowie in seiner ausgebreiteten Praxis gewiß ausreichende Gelegenheit gehabt hat, den gewöhnlichen Verlauf der Diphtherie zu studiren; und dieser Mann trat nun vor uns hin und berichtete, gewiß nicht in der Absicht, seinen ehemaligen Lehrer zu kränken, sondern einzig und allein, um der Wahrheit die Ehre zu geben, daß in seinem Spitale die Mortalität durch die Serumbehandlung fast gar nicht herabgesetzt worden sei, daß frühzeitig behandelte Kinder sterben, daß der Proceß im Rachen fortschreite, daß sich trotz der Behandlung absteigender Croup entwickle, daß die Kinder an der specifisch diphtheritischen Herzlähmung zu Grunde gehen, daß trotz reichlicher Seruminjectionen binnen kurzer Zeit Recidiven auftreten, mit einem Worte, daß eine Menge von Erscheinungen zur Beobachtung kommen, die mit der antitoxischen Wirkung des Serums durchaus nicht in Einklang zu bringen sind.

Das Gewicht dieser Aussage wird aber noch dadurch um ein Erhebliches vermehrt, daß sie auch von anderer sehr maßgebender Seite ihrem vollen Inhalte nach bestätigt wurde. Es geschah dies nämlich in einem Berichte, den vor wenigen Tagen Professor Soltmann, Vorstand der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig, an die Oeffentlichkeit gebracht hat und in welchem er auf Grund von 89 mit Serum behandelten

Diphtheriefällen folgende wichtige Thatsachen constatiren konnte:

In der Mehrzahl der Fälle erfolgte ganz gewiß keine raschere Ablösung der Belege und Membranen in Nase, Rachen und Kehlkopf.

Nicht weniger als 13mal entwickelte sich descendirender diphtheritischer Croup bis in die feinsten Bronchien und bis in die Alveolen hinein unter Bildung ausgedehnter pulmonaler Entzündungsherde.

Die Temperatur sank sehr selten rasch ab, in der Mehrzahl der Fälle wurde vielmehr ein allmäliges, lytisches Abklingen in 6—14 Tagen beobachtet.

Der Puls blieb — im directen Gegensatze zu WIDERHOFER, der ein rasches Absinken der Frequenz bald nach der Injection beobachtet zu haben glaubt — fast in allen Fällen auch nach der Einspritzung schnell und schwach.

Von einem tonisirenden Einfluß auf das Herz war keine Rede. In vier Fällen kam es unerwartet bald nach der Einspritzung zu tödtlichem Collaps.

Es wurden multiple und ernste postdiphtheritische Lähmungen bei seruminjicirten Kindern beobachtet.

Unter den Serumtodesfällen gehörten fast die Hälfte solchen Kindern an, die mit annähernder Sicherheit in den ersten vier Tagen injicirt wurden. Dagegen wurde eine Reihe von Kindern am Leben erhalten, die erst am 6. bis 10. Tage mit Serum behandelt wurden.

Bei den Obductionen fand man so häufige und hochgradige Degenerationen an Herz, Leber und Nieren, wie man sie sonst niemals zu Gesichte bekommt.

Diese Degenerationen, sowie die häufigen postdiphtheritischen Lähmungen lassen aber — nach SOLTMANN — die supponirte Antitoxinwirkung zum mindesten sehr zweifelhaft erscheinen.

Ich frage nun, meine Herren, was fangen die Bewunderer und Enthusiasten des Heilserums mit diesen Thatsachen von GNÄNDINGER und SOLTMANN an, die sich ja doch nur wieder an die bereits in meinem ersten Vortrage erwähnten Beobachtungen vieler Anderer anreihen? Günstige Beobachtungen, besonders in Einzelfällen, können immer auch so gedeutet werden, daß die Krankheit auch ohne Serum einen guten Verlauf genommen hätte. Die schlechten Resultate hingegen, wenn sie sich in der geschilderten Weise häufen, lassen absolut keine andere Deutung zu, als daß die Serumtherapie eben unwirksam geblieben ist, und es bleibt daher für die Enthusiasten kein anderer Ausweg übrig, als diese unbequemen Thatsachen, so lange es eben geht, zu ignoriren. Von diesem Auskunftsmittel wird nun in der That, wenigstens vorläufig, der ausgiebigste Gebrauch gemacht. Aber, meine Herren, wie viele solche SOLTMANN's wird der Heilserum Enthusiasmus noch auszuhalten vermögen?

Ich gelange nun zu den Ausführungen des Herrn Professor GRUBER und kann nicht umhin, ihm für die vornehme und sympathische Form, in die er seine gegen mich gerichtete Polemik gekleidet hat, meine Anerkennung auszudrücken. Mit einem so ritterlichen Gegner ist es eine Ehre und ein Vergnügen, die Waffen zu kreuzen, und dies umso mehr, wenn es sich herausstellt, daß es sich eigentlich nur um einen Kampf mit Salondegen gehandelt hat. Denn im Grunde genommen waren die Differenzen zwischen unseren beiderseitigen Anschauungen ganz minimale. Auch GRUBER schließt sich nämlich durchaus der von mir vertretenen Anschauung an, daß sich die bei den Versuchsthieren gefundenen Verhältnisse nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragen lassen und ebenso stimmt er mit mir darin überein, daß die Besserung der Spitalsmortalität nur in dem Falle als Beweis für die Wirksamkeit der Serumbehandlung herangezogen werden dürfte, wenn parallel mit derselben auch eine unzweideutige Besserung in der allgemeinen Mortalität zum Vorschein kommen würde. Allerdings hat er gemeint, ich hätte zu früh aus dem Ausbleiben dieser Besserung in Wien auf das Fehlschlagen der Serumtherapie geschlossen. Dieser Vorwurf ist aber aus dem Grunde nicht gerecht, weil es ja nicht meine Schuld war, daß wir schon so kurze Zeit nach dem Beginne der Heilversuche in Wien eine Discussion über die neue Therapie zu führen genöthigt waren und weil ich andererseits nur gezeigt habe, daß in diesen wenigen Monaten in Wien dasselbe negative Resultat sich ergeben hat, wie in Berlin im ganzen abgelaufenen Jahre.

Sehr wichtig erscheint es mir auch, daß ein so ausgezeichneter Bacteriologe, wie Herr Professor GRUBER, ausdrücklich die geringere Diphtherieempfänglichkeit des Meerschweinchens im Vergleiche mit dem Menschen hervorgehoben hat. Sie werden nun vielleicht fragen, warum ich diesem Ausspruche eine so große Bedeutung beilege, obwohl er ja doch nur dasjenige bestätigt, was jetzt allgemein anerkannt ist, daß nämlich an keiner anderen Species als am Menschen eine spontan auftretende, also durch Ansteckung acquirirte Diphtherieerkrankung beobachtet worden ist. Dieser Satz ist aber deshalb von ganz besonderer Wichtigkeit für unsere specielle Frage, weil gerade BEHRING die entgegengesetzte Anschauung vertritt. Denn in seiner 1893 erschienenen „Geschichte der Diphtherie" behauptet er (pag. 187), der Mensch könne nicht in gleichem Maße wie die Meerschweinchen als diphtherieempfänglich angesehen werden und wir seien daher berechtigt, vorauszusetzen, daß die Heilung beim Menschen leichter gelingen werde, als bei den Versuchsthieren. Daß BEHRING diesen Satz, der der allgemein verbreiteten Annahme und dem nackten Thatbestande diametral widerspricht, niederschreiben konnte, ist psychologisch nur allzugut verständlich. Denn da die Rettung eines künstlich krank gemachten Thieres niemals durch eine später als 24 Stunden nach der Infection angewandte Einspritzung gelungen ist, da aber andererseits bei der menschlichen Diphtherie das ärztliche Handeln immer erst in einer viel späteren Periode beginnen kann, so wäre ja eigentlich die Serumbehandlung der menschlichen Diphtherie von vornherein aussichtslos, wenn man sich nicht der Illusion hingäbe, daß die Verhältnisse beim Menschen günstiger stehen, als bei den Versuchsthieren. Nehmen wir aber, trotz besserem Wissen, einen Augenblick an, daß wirklich der Mensch noch weniger diphtherieempfänglich wäre, als das Meerschweinchen, das niemals spontan an der Diphtherie erkrankt, was wäre dann die Folge? Es würde auch der Mensch niemals spontan an Diphtherie erkranken, wir hätten also, da der Mensch die einzige bekannte Fundstätte für Diphtheriebacillen abgibt, auch keine solchen Bacillen zu unserer Verfügung, wir könnten also auch die Versuchsthiere weder vergiften, noch immunisiren, es gäbe demnach kein Heilserum und folgerichtig auch keine Heilserumdebatte und wir könnten unsere Zeit in ersprießlicherer und angenehmerer Weise verwenden.

(Fortsetzung folgt.)

Behring's Diphtherie-Heilserum an sich selbst erprobt.

Von **Dr. Radivoj Simonović**, prakt. Arzt in Milna (Dalmatien).

Obwohl ich weiß, daß schon mehrere Aerzte als Opfer ihres Berufes an Diphtherie gestorben sind, hielt ich mich bisher für immun, und als ich las, daß der deutsche College MIDDELDORPF sich und seiner Frau prophylaktische Seruminjectionen gemacht hat und er dabei von Urticaria und Mattigkeit, seine Frau von heftigen Gelenksschmerzen geplagt wurden, ahnte ich gar nicht, daß ich der erste Arzt sein werde, der, an Diphtheritis erkrankt, das Heilserum an sich selbst erproben sollte.

Seit October 1894 wurden von mir 7 Diphtheriefälle mit Heilserum behandelt, außer mir kein einziger

am ersten Tage der Erkrankung, und doch sind wir alle genesen. Drei Kranken hat das Serum wirklich das Leben gerettet, denn sie wären ohne Serum trotz Tracheotomie unrettbar erstickt. Keinem hat das Serum viel geschadet, nur meinen Organismus hat es für einige Tage arg mitgenommen.

Bevor ich die Beobachtungen an mir selbst mittheile, erwähne ich ganz kurz die anderen mit Serum behandelten Fälle.

1. V. I., $1^1/_2$ Jahre. Diphtherie beider Tonsillen, Uvulae, Palati, Fieber, Croup. Erst am dritten Tage wurde „in den todten Körper", wie der Vater jammerte, am 5. October 1894, um 10 Uhr Früh, BEHRING's Serum Nr. 1 = 600 E. injicirt. Die Wirkung war eine frappirende und unglaubliche. Die aufgegebene Kleine befand sich Abends ganz wohl und schlief ruhig. Am Morgen des 6. October begann die Stenose von Neuem. Mit großer Selbstüberwindung injicirte ich zum zweitenmal 600 E. Nachmittags um 5 Uhr, also nach 7 Stunden, meldete mir der Vater, daß das Kind „gesund sei". Langsame Besserung im Rachen, nach 7 Tagen geheilt.

2. M. de B., 3 Jahre. Diphtherie beider Tonsillen mit hohem Fieber. Am 4. Tage, 24. December, 600 E. injicirt. Binnen 24 Stunden Wohlbefinden, am nächsten Tage geheilt. Im Urin Phosphate. Am 9. Tage nach der Injection am ganzen Körper masernähnliche Urticaria.

3. u. 4. Brüder B., 3 und 2 Jahre, zu gleicher Zeit leicht erkrankt. Als der ältere am 5. Tage, den 29. December, rauh wurde und Croup zu fürchten war, wurden ihm 400 E. und dem jüngeren 200 E. injicirt. Am 2. Tage waren bei beiden alle Pseudomembranen verschwunden.

5. M. L., 3 Jahre. Zusammen mit einem Bruder, jedoch schwer erkrankt. Diphtherie beider Tonsillen, der Uvula und Arc. palatophar. mit Foetor ex ore und hohem Fieber. Durch Bepinselungen mit Ferr. sesquichlor. war sie beinahe geheilt, als am 11. Krankheitstage die ersten Symptome von Croup auftraten. Am Abend des 3. Januar 1895 wurden 600 E. injicirt. Die ganze Nacht war die Kranke wegen Athemnoth sehr unruhig. Gegen Morgen begann ein feuchtes Husten mit oftmaligem „Erbrechen weißer Schleimmassen". Nach ungefähr 20 Stunden wurde ein 2 Cm. langer, röhrenförmiger Abguß eines Bronchus ausgehustet, darauf Wohlbefinden. Die hochgradige Albuminurie verschwand nach zwei Tagen. (Urin vor der Injection nicht untersucht.)

6. N. P. bekam anfang 1895 Rachendiphtherie, welche ohne ärztliche Hilfe von der Mutter mit Hausmitteln beinahe geheilt wurde. Als der Collega Dr. FERTILIO die Kranke sah, fand er im Rachen nur Spuren, jedoch die hochgradigste Stenose in Folge von Croup und injicirte am 21. Januar 600 E. Das moribunde Kind befand sich nach 4 Stunden ganz wohl und am nächsten Tage ebenso, wobei es Unmassen von Schleim aushustete. Ich mußte aber am 23. Januar neuerdings 600 E. injiciren, wodurch das Kind endgiltig vom Tode gerettet wurde. Urin normal.

Nun will ich über meine eigene Erkrankung berichten, da ich immer fieberlos und bei vollem Bewußtsein war und täglich die Beobachtungen genau notirte.

Ich litt an einem gewöhnlichen Schnupfen, als ich anfangs 1895 in einer nahe gelegenen Ortschaft mehrere Fälle von gangränöser Diphtherie zu behandeln hatte. Dabei war ich manchmal froh, wenn ich mir die Hände mit Seife waschen konnte; vom Desinficiren war meist keine Rede.

Am 9. Januar 1895, Nachmittags, spürte ich leichte Schmerzen in der linken Tonsille. Abends besichtigte mir meine Frau den Rachen, es war „Alles roth". Ich gurgelte bis gegen Mitternacht mit 3% Chlorkali.

Am 10. Januar erwachte ich mit denselben Schmerzen im Rachen und den Submaxillardrüsen. Beim Frühstück bemerkte meine Frau, daß ich eigenthümlich aus dem Munde rieche. Als sie mir in den Rachen sah, fand sie zu ihrem Schrecken links „weiße Flecken, wie angeklebtes Heftpflaster", ein Stück zehnhellergroß und zwei linsengroße. Ich sah dasselbe im Spiegel. Mit Gargarisma und Räuspern ist die große Pseudomembran in's Waschbecken gefallen und wurde mit etwas Rachenschleim in steriler Gelatine zur bacteriologischen Untersuchung geschickt. Um 9 Uhr Früh habe ich mir selbst von BEHRING's Heilserum Nr. 0 3 Fläschchen von Op. Nr. 93 = 600 E. in das linke Hypochondrium injicirt. Den Rachen pinselte mir meine Frau alle drei Stunden mit Sol. Ferr. sesquichlor. 70, Glycerin 40. Gegurgelt habe ich oft abwechselnd mit Aqua chlori 40, Syrup. s. 60 und 3% Chlorkali. Urin wasserklar, ohne Phosphate und ohne Eiweiß; kein Fieber.

Gegen 9 Uhr Abends spürte ich das Serum in allen Gliedern als Mattigkeit in den Unterextremitäten und ein eigenthümliches Wärmegefühl in der Haut. Um Mitternacht und um 3 Uhr Morgens wurde gepinselt.

Am 11. Januar Morgens sah ich bei der Inspection im Spiegel Folgendes ergriffen: Links die ganze Tonsille und Arcus palatoglossus, sowie streifenförmig den Arcus palatopharyngeus von der Uvula bis tief in den Rachen; rechts die Tonsille und etwas den Arcus palatopharyngeus; dann die hintere Seite der Uvula. Ueberall da war der typische, schmutzig-gelbweiße Belag und außerdem ein gelblicher Anflug an der hinteren Rachenwand an der Stelle, wo sich die Uvula anlegt.

Um 10 Uhr Vormittags injicirte ich mir selbst in das rechte Hypochondrium vom BEHRING'schen Serum Nr. 0 3 Fläschchen Op. 93 = 600 E.

Alle 4 Stunden wurde gepinselt und sehr oft gegurgelt. Urin war normal. Fieber keines vorhanden. Schon um 6 Uhr Nachmittags hatte ich das Gefühl von Mattigkeit im Kreuz und den Beinen, darauf kam ein Frostschauer mit Kältegefühl (unter der Bettdecke bei geheiztem Ofen) und später ein Wärmegefühl in der Haut. Fieber war keines vorhanden. In der Nacht habe ich leicht geschwitzt.

12. Januar. Bei der Selbstinspection im Spiegel fand ich die erkrankten Partien im Rachen (die gesunden nicht!) mit einer braunen Kruste bedeckt, welche theilweise tintenschwarz war (Ferrum + Tannin aus dem Wein). Der herbeigeeilte Collega Doctor DOJMI constatirte, daß der Proceß localisirt bleiben dürfte, stellte die häufigen Bepinselungen ein und ordnete Prießnitz um den Hals und Gurgeln an. Außer Schmerzen in beiden Injectionsstellen, um welche sich eine handtellerbreite Röthe bildete, Rachen- und Drüsenschmerzen, war eine sehr hochgradige Phosphaturie vorhanden, aber kein Fieber.

13. Januar. Viele Stücke der cauterisirten Pseudomembranen, gelb und schwarz gefärbt, sind abgefallen; die erkrankten Stellen präsentirten sich gelbweiß belegt, wie bei einem schlecht heilenden Geschwür. Gepinselt wurde zweimal mit Ferr. 60, Glycerin 40. Die Röthe an den Injectionsstellen war verblaßt, der Urin hellgelb, normal; kein Fieber.

14. Januar. Es schien mir, als wenn der Proceß besonders an der hinteren Rachenwand fortgeschritten wäre. An mehreren Stellen war etwas wie ein leichter weißer Flor, jedoch keine Pseudomembran zu sehen. Der Flor verschwand auch nach dem Pinseln nicht ganz. Zu Mittag spürte ich heftige Schmerzen an der linken Seite tief im Rachen, die Drüsen waren etwas mehr geschwollen und sehr schmerzhaft, die Stimme fing an allmälig immer mehr rauh zu sein. Nachdem kein Arzt kommen konnte, ließ ich mir zu Mittag und um 4 Uhr Nachmittags von der Frau den ganzen Rachen mit 60% Sol. Ferr. sesquichlor. fest einpinseln. Um 5 Uhr Abends injicirte ich mir zum drittenmale selbst in das linke Hypogastrium BEHRING's Serum Nr. 1, Op. 128, gefüllt am 3. Januar 1895 = 600 E. Auch diesmal reinigte ich die Spritze mit 5% Carbol, Alkohol und gekochtem destillirten Wasser und die Haut mit Seife, 5% Carbol und Aether.

Schon nach Verlauf von 3 Stunden spürte ich das Serum in mir heftig wirken. Ich wurde still, verkroch mich wie ein Schwerkranker tief unter die Decke, fühlte hochgradige Mattigkeit, besonders im Kreuz und in den Beinen, anfangs ganz leichtes Kältegefühl, dann Wärme in der Haut. Während ich mich sonst immer fieberfrei fühlte und die Temperatur gar nicht messen wollte, war ich diesmal nicht ganz sicher. Das Thermometer zeigte wirklich 37·6° C.

Um Mitternacht kamen die Collegen DDr. DOJMI und FERTILIO an und beruhigten mich und meine Frau, indem sie er-

klärten, daß die ganze Gefahr vorüber sei, was sie auch am nächsten Morgen bestätigt fanden.

15. Januar. Viele Membranstücke sind beim Gurgeln abgefallen. Der Urin ist wasserhell und normal, Fieber nicht vorhanden. Von der letzten Injectionsstelle breitete sich nach abwärts (nicht vom Einstich ausgehend, sondern weiter unten) ein handtellergroßes, schmerzhaftes, heiß anzufühlendes Erythem, welches allmälig bis in die Schamhaare sich erstreckte und am 21. Januar verblaßt war. Die Lymphdrüsen in beiden Leisten und Achseln waren bis zu diesem Tage leicht geschwollen und etwas schmerzhaft.

16. und 17. Januar. Täglich zweimal gepinselt, öfter gegurgelt. Der Rachen hat sich gereinigt.

18. Januar kam das Telegramm aus Budapest vom Laboratorium der Herren Dr. Bernat Vas und Dr. Géza Gara mit der Diagnose: Diphtheritis mit Streptococcen.

20. Januar. Abends bekam ich sehr heftige Schmerzen in beiden Sprunggelenken und beiden Kniegelenken, außerdem waren beide Achillessehnen und die Sehnen in der linken Kniekehle schmerzhaft gespannt, so daß ich im Zimmer gar nicht gehen konnte. Zu gleicher Zeit kam ein eigenthümlicher, leicht juckender Ausschlag der Haut an beiden Unterschenkeln zum Vorschein. Es war ein Erythema exsudativum oder gar nodosum, ähnlich wie in leichten Fällen von Morb. Werlhofii, jedoch ohne Hämorrhagie. Mehrere bis nagelgroße, theilweise erhabene hellrothe Flecke halten die Farbe des zerfallenen Hämoglobin (wie der Rand des am Eis gelegenen Fleisches), außerdem zahllose, punktförmige, beinahe alle an den Haarbälgen.

23. Januar hatte ich beim Ausgehen einen leichten Anfall von Herzschwäche, so daß mich zwei Freunde nach Hause begleiten mußten.

25. Januar. Gelenk- und Sehnenschmerzen verschwunden, ebenso das Erythem. Vollkommen gesund und normal.

Meine Erfahrungen mit Heilserum gipfeln in folgenden Punkten:

1. Das Behring'sche Diphtherie-Heilserum ist ein Specificum, mit dem man Fälle von Bronchialcroup heilen kann, die sonst voraussichtlich trotz Tracheotomie letal ausgehen würden. Rachendiphtherie heilt viel schneller, als mit localer Behandlung allein.

2. Das Serum wirkt schon binnen wenigen Stunden. Subjective Empfindungen treten zuweilen schon nach 3 Stunden ein und objectiv sieht man die Wirkung manchmal schon nach 4 Stunden.

3. Das Serum greift den Organismus gewaltig an, aber nur temporär. Mattigkeit, Gelenkschmerzen, Sehnenschmerzen, Lymphdrüsenschwellungen, Phosphaturie, Albuminurie (habe ich objectiv nicht nachweisen können), Urticaria, Erythem und das entzündliche Erythem an der Injectionsstelle beweisen das genügend. An einen Zerfall der rothen Blutkörperchen kann ich trotz des eigenthümlich rothen Erythems nicht glauben, weil mein Urin wasserhell und eiweißfrei war.

4. Die energische Localbehandlung soll man wegen der Mischinfection (wie bei meiner Person), und weil die Erkrankung anfangs oft nur eine locale ist, nie aufgeben.

Die Behring'sche Serumtherapie auf dem Lande.

Von **Dr. B. Handler** in Erdevik (Slavonien).

Die Berichte über die am 25. Januar l. J. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien stattgefundene Discussion über die Heilserumtherapie bei Diphtherie [1]) waren geeignet, eine gewisse Bestürzung in ärztlichen Kreisen hervorzurufen, die sich — den bekannten Weg durch die Tagesblätter einschlagend — auch auf's Publicum verbreiten mußte und verbreitete. Wir Landärzte, die wir in neu auftauchenden wissenschaftlichen Fragen und Errungenschaften immer auf die Aeußerungen der hervorragenden Männer der Hochschulen angewiesen sind und auf diese Aeußerungen wie auf Apostelworte zu horchen pflegen, müssen stille halten und im Widerstreite der Meinungen den zuwartenden Standpunkt einnehmen. Nun aber wäre dieser im gegenwärtigen Falle eine Unterlassungssünde, die sich schwer an unserem Gewissen rächen würde. Es ist diesmal eine Frage, in der gerade auch der praktische Arzt auf dem Lande seine Erfahrungen und seine Meinung mitzutheilen verpflichtet ist, und wo diese unstreitig auch in die Wagschale fallen müssen. Die Masse der Bevölkerung lebt eben auf dem Lande unter Verhältnissen, die ganz different von denen der städtischen sind, und welche die Resultate einer Therapie wesentlich modificiren und die Folgerungen oft anders formuliren lassen. — Nun aber ist die Heilserumtherapie in ihrer heutigen Anwendung eine so einfache, daß sie überall durchgeführt werden kann, und sind die Resultate thatsächlich, wie von allen Richtungen gemeldet wird, ziemlich conform. Es wird die Heilserumtherapie am Lande eben — da die Noth groß und Hilfe dringend ist — schlecht und recht, ohne regelrechte klinische Beobachtung durchgeführt. Die Langsamkeit und Langwierigkeit der Communicationsverhältnisse, die Armuth, Unwissenheit und Indolenz der Bevölkerung sind Momente, welche die bestgemeinte ärztliche Wirksamkeit zu Schanden machen.

Ich habe das Behring'sche Heilserum gegen Diphtherie in den ersten Wochen nach den epochalen Enunciationen auf den Budapester und Wiener Congressen zu erproben angefangen und seither fortgesetzt. Schon bei den ersten Versuchen habe ich den Eindruck bekommen, daß wir einer Errungenschaft gegenüberstehen, deren eine glänzende Zukunft harrt. Eingeschüchtert durch frühere traurige Erfahrungen bei Diphtherie-Epidemien, war es eine tröstende Erwartung, die mich mit ungeschwächtem Eifer die Behring'schen Injectionen bei nun rapider und mit schwerem Charakter sich ausbreitenden Epidemie fortsetzen ließ.

Ich machte bisher insgesammt 32 Injectionen mit allen 3 Concentrationen des Behring'schen Serums und 37 prophylactische Injectionen mit Nr. 1 desselben.

Als Resultate hebe ich hervor eine unbedingte günstige Einwirkung der Injectionen bei leichteren, schwereren, sogar ganz schweren Diphtheriefällen; eine minder günstige Einwirkung bei diphtheritischem Croup; eine fast sichere Schutzwirkung gegen Diphtherie-Erkrankung. Nach 18—24 Stunden ist die Wirkung eine fast mit Händen greifbare und, wie zumeist beschrieben wird, in überraschender Euphorie, Temperaturabfall auf die Norm, Drüsenabschwellungen, Zerfall und Verminderung des vorher starren, massigen Belages sich manifestirende. Bei Croup constatirte ich in 2 Fällen bedeutend erleichterte Athmung, in einem Falle — bei dem ich den letalen Ausgang in 5—6 Stunden gewärtigte — Verlängerung der Lebensdauer um 10 Tage, wobei die Todesursache höchst wahrscheinlich eine intercurrente Krankheit war, was ich — da ich den Fall, der sich in einem entlegenen Dorfe ereignete, nicht verfolgen konnte — nach den Schilderungen der Angehörigen voraussetze.

Die Einwendungen gegen die Wirksamkeit der Serumtherapie in meinen Fällen, die ich mir als eigener advocatus diaboli machte, waren: 1. Ich führte in vielen Fällen, nebst der Serumbehandlung, eine Localbehandlung (Kal. chloric.-Gargarismen und Ausspülungen, Pinselungen mit Ferr. sesquichl. und Einreibungen mit Ungu. ciner.) aus; vielleicht wirkte diese ausschlaggebend? Nun weiß ich mich erstens sehr gut der früheren Mißerfolge mit eben dieser Therapie zu erinnern, zweitens mußte ich in 9 Fällen von einer Localbehandlung ganz absehen und mich nur auf Seruminjectionen beschränken, und die 9 Fälle genasen doch. — 2. Vielleicht wären alle Fälle auch ohne Seruminjectionen

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, Nr 4.

und ohne Localbehandlung genesen und ist der Charakter der Epidemie eben ein leichter gewesen. Nun bemerkte ich schon Eingangs, daß die Epidemie schon mit schwerem Charakter einsetzte. Dann sah ich als Todtenbeschauer 6 Fälle von letal verlaufener Diphtherie, bei denen eben absolut keine Behandlung angewendet wurde; was ist also natürlicher als anzunehmen, daß auch diese 6 Fälle durch die entsprechende Serumtherapie geheilt worden wären? Ich weiß nur so viel, daß ich mehrfach die Thatsache erlebte, daß ich Kinder, ohne sonstige Therapie einleiten zu können, mit BEHRING'schem Serum injicirte, sie dann 2—3 Wochen nicht mehr sah, und sie bei anderer Gelegenheit frisch und munter antraf.

Was den Werth der Schutzinjectionen anlangt, schließe ich aus 37 Fällen auf die Wirksamkeit derselben. Nur in 2 Fallen zeigte sich nach 7 und 8 Wochen eine leichte Diphtherie-Erkrankung, was jedoch nichts Conträres beweist, im Gegentheile dasselbe Argument zulässig macht, das ähnlich mit vieler Wahrscheinlichkeit auch bei der Blatternimpfung angewendet wird, daß nämlich eben die Schutzinjection eine schwere Erkrankung verhinderte und nur eine leichte aufkommen ließ. Bei fast allen von mir ausgeführten Schutzinjectionen war eine Separation der Kinder durch ungünstige Wohnverhältnisse unmöglich, ja ein Kind, das eine Schutzinjection erhielt, schlief sogar mit dem anderen schwer Erkrankten in einem Bette und blieb gesund. Gegen den Einwand, daß die meisten Kinder auch ohne Schutzinjection gesund geblieben wären, spricht auch folgender Fall: Ich fand auf einem $^{3}/_{4}$ Stunden von meinem Wohnorte entfernt liegenden Meierhofe ein an Diphtherie bereits verstorbenes Kind vor, und eines, das an schwerer, septischer Diphtherie darniederlag und das am nächsten Tage auch verschied. Ich machte nun bei den noch auf dem Meierhofe befindlichen 9 Kindern, die sich in 2 Familien in je einer Stube aufhielten, die Präventivinjection mit BEHRING's Serum I. Nach 14 Tagen sind noch all diese Kinder gesund geblieben.

An schädlichen Nachwirkungen der Injectionen sah ich in wenigen Fällen einen bald vorübergehenden, urticariaähnlichen Hautausschlag und leichte, ebenso vergängliche Albuminurie, hie und da glaubte ich auch eine gewisse Irritabilität und Niedergeschlagenheit der Kinder bemerkt zu haben.

Was Wunder, wenn ich nach diesen Erfahrungen die vor einigen Wochen erschienene Verordnung der croatisch-slavonischen Landesregierung, mit welcher die BEHRING'schen Seruminjectionen gegen Diphtherie obligatorisch gemacht werden, freudig begrüße und nur wünsche, sie möge, mangels materieller Hilfsmittel, nicht blos am Papiere bleiben und eine schnellere und billigere Beschaffung des Serums bald möglich werden. Es verdienen die Landgemeinden unserer Gegend volles Lob, die nicht zögerten, zur Serumbeschaffung für Arme ansehnliche Summen, sogar kleinere Gemeinden 100—150 fl. zu votiren.

Zum Schlusse gebe ich noch eine tabellarische Uebersicht der mir im Laufe von 8 Wochen vorgekommenen Diphtherietälle.

Diphtherie mittelschweren und schweren Grades				Diphtheritischer Croup				Diphtherie ohne jede Behandlung		Schutzinjectionen	
ohne Injection		mit Injection		ohne Injection		mit Injection		genesen	gestorben	gesund geblieben	erkrankt
genesen	gestorben	genesen	gestorben	genesen	gestorben	genesen	gestorben				
2	2	26	2	.	3	1	3	.	6	35	2

Ueber Eiterungen der Siebbeinzellen.

Von **Dr. Egmont Baumgarten** in Budapest.

(Schluß.)

Was die Aetiologie dieser Erkrankung betrifft, so habe ich gefunden, daß fast in der Hälfte der Fälle Lues im Spiele war. In einem Falle war Tuberculose, in einem anderen Leukämie als Ursache anzunehmen. Nach der Influenza scheinen mehrere Pat. chronischen Schnupfen behalten zu haben und nach längerer Zeit hat sich die chronische Eiterung der Siebbeinzellen mit Caries des Knochens eingestellt, ähnlich nach Typhus, Scharlach, Diphtherie, Erysipel. Die im Eiter gefundenen Bacillen und Coccen kann ich noch nicht als Ursache der Erkrankung ansehen, da sie auch bei gewöhnlicher Naseneiterung, ja sogar im gesunden Secrete gefunden wurden. Für die meisten Fälle blieb die Ursache unaufgeklärt. Die antiluetische Behandlung führte zu keiner Besserung, selbst nicht zum Stillstande des Processes, sogar bei denjenigen Personen nicht, die Lues hatten. Eine gewisse Disposition scheint eine Rolle zu spielen, besonders bei Leuten, die Lues hatten, da zweimal Geschwister davon befallen wurden. Das Leiden war ungefähr in zwei Drittel der Fälle blos einseitig.

Wenn ich auch verschiedene Formen der Siebbeinzellen-Eiterungen beschrieben habe, so halte ich trotz divergirender Befunde die Caries-Nekrose des Siebbeinknochens als jeder Form gemeinsam und spreche nur dann von einer chronischen Eiterung der Siebbeinzellen, wenn ich mit der Sonde wenn auch noch so einen kleinen kranken Herd nachweisen kann.

Die Erkrankung scheint mit Eiterung ein oder mehrerer Zellen zu beginnen, die Zellen werden aufgetrieben und der Knochen wird krank; wenn sich der Eiter nach außen Bahn bricht, so haben wir das offene oder latente Empyem vor uns, mit Caries oder Nekrose, oder mit beiden, was mit der Sonde durch den Spalt constatirt werden kann. In manchen Fällen erkrankt blos eine Zelle, aber sie dehnt sich immer mehr aus, oder es confluiren mehrere, wobei sich dann ein größerer Eitersack bildet, in dessen Wandungen Knochenlamellen sich befinden und wir haben dann das geschlossene Empyem vor uns. Ganz geschlossen ist es nie, immer finden sich kleine Fistelöffnungen vor, von denen Eiter hervorsickert, doch der dicke Eiter kann sich nicht entleeren. In anderen Fällen von Caries-Nekrose bilden sich Granulationen, die nach außen wachsen und Polypen werden. In den seltensten Fällen findet im Entzündungsherde osteophytische Bildung statt. — Durch die chronische Eiterung entsteht Caries des Knochens, durch den Druck der geschwellten Schleimhaut und der Granulationen Nekrose der Lamellen. Es hängt davon ab, wann wir die betreffenden Patienten zur Untersuchung bekommen, ferner wie ihre Disposition, ihr Knochenbau und das Verhalten ihrer Schleimhaut ist, und welcher Race sie angehören.

Aus den subjectiven Symptomen lassen sich keine Schlüsse ziehen, da in einigen Fällen gar keine vorhanden waren, ja oft der Befund nur ein zufälliger war. Bei den Eiterungen der anderen Nebenhöhlen gehört das Vorhandensein subjectiver Symptome fast zur Regel. Kopfschmerzen sind öfter vorhanden, hauptsächlich in der Schläfegegend, meist einseitig, selbst bei doppelseitiger Erkrankuug. In den meisten Fällen war Schmerz in den Nasenbeinen vorhanden, seltener in der Orbita und im Auge. In einem Falle wurde über Scotome geklagt. Viele Patienten klagten über Verstopftsein der Nase. Unlust zur Arbeit und zum Vergnügen, Vergeßlichkeit, Schlaflosigkeit und böse Träume etc. kamen in vielen Fällen vor. Einige Patienten werden am meisten durch die Parosmie, resp. Kakosmie belästigt, sogar solche, bei welchen ich keinen üblen Geruch wahrnehmen konnte. Im Gegensatze zu SCHAEFFER, mit dem sich meine sonstigen Erfahrungen decken, habe ich nur sehr selten Klagen über Sehstörungen zu verzeichnen, dagegen

bei chronischen Eiterungen der Keilbeinhöhle fast in allen Fällen. Auch bei den objectiven Symptomen der von ihm beobachteten Fälle von Sinus ethmoidalis-Erkrankungen zeigten sich häufig erysipelatöse Anschwellungen der Nase, Wangen und der Infraorbitalgegend, in meinen Fällen kamen sie nur selten vor. Dies mag auch darin seinen Grund haben, daß ich in keinem Falle, wenn nicht Complication mit einer Stirnhöhleneiterung vorlag, eine Geschwulst, Fistel oder Absceß in der Orbita vorfand. Diese Fälle scheinen in England, Amerika häufiger vorzukommen, bei uns sind sie gewiß sehr selten. Die Caries des Siebbeines verbreitet sich hier zu Lande fast nie nach der Lamina papyracea aus, sondern meist nach hinten zum Keilbeine. Ich habe nie einen Durchbruch nach außen gesehen, noch in der Orbita Verdächtiges gefühlt. Die Eiterung ist sehr verschieden, oft profus, manchmal gering, je nachdem welche Form, und je nachdem welches Stadium vorliegt. Oft ist der Eiter dick, rahmartig und sehr übelriechend, manchmal spärlich und geruchlos. Meist finden wir den Eiter im mittleren Nasengange, doch auch vorne, am Septum und rückwärts, so daß man keine Regel aufstellen kann. Die Untersuchung in der Früh, am Nachmittage, den anderen Tag ergab gewöhnlich ein anderes Bild.

Die Untersuchung mit der Sonde ist meistens schmerzhaft, bei Caries mehr als bei Nekrose. Da ich, wie dies Grünwald schon andeutet, nur dann die Diagnose auf chronische Eiterung der Siebbeinzellen stelle, wenn ich kranken Knochen finde, so muß ich hier darauf aufmerksam machen, daß ich gewiß nicht jede rauhe oder entblößte Knochenleiste für krank halte, denn von solchen Befunden darf man sich nicht irreführen lassen, die Knochenerkrankung muß evident sein.

Der vorgebauchte Schleimhautwulst im mittleren Nasengange, der in der Mitte einen Spalt zeigt, ist charakteristisch, jedoch kann er ganz fehlen. Blutungen habe ich nicht gesehen, doch ist das Secret, besonders am Anfange der Erkrankung oft blutig tingirt, so auch bei Granulationen. Polypen sehe ich als Granulationspolypen an, ähnlich wie im Ohre, sie sind flach, körnig, grau und bluten bei leisester Berührung. Ich konnte sie bis hoch hinauf durch die Spalte bis zum cariösen Knochen verfolgen.

Die unteren Nasenmuscheln, der gesunde Antheil der mittleren Muscheln, sind bei der Untersuchung bald geschwollen, bald contrahirt, der genannte Antheil der mittleren Muschel meist nach oben und zum Septum gedrängt.

Die Diagnose ist nur durch Inspection und Sondenuntersuchung sicher zu stellen; daß die Durchleuchtung dabei nöthig ist, glaube ich nicht. Da die Sondenuntersuchung schmerzhaft ist, muß vorher ordentlich mit Cocaïn gepinselt werden, bei der Sondirung ist auffallende Reaction des Auges und Thränenfluß gewöhnliche Folge.

Die meisten Patienten, die ich beobachtete, waren bereits ½—3 Jahre krank, als sie zur Untersuchung kamen.

Die reinen Formen von Eiterungen der Siebbeinzellen berechtigen zur Stellung einer guten Prognose, wenn rechtzeitig und energisch der Krankheitsherd in Angriff genommen wird. Nach gründlicher Operation dauert die Heilung im Durchschnitte 2—4 Monate, doch schreitet bei manchen Fällen trotz Operation die Eiterung und Knochenerkrankung weiter, und zwar nicht nur im Siebbeine, sondern nach allen Richtungen, so gegen Stirn-, Keilbein-, Highmorshöhle etc. Solche Fälle müssen oft mehreremale nachoperirt werden und da das Weiterschreiten durch nichts aufzuhalten ist, dauert es manchmal Jahre, bis sie ganz heilen. Zum Glücke sind solche individuelle Dispositionen selten. Ich kann aber nicht leugnen, daß ich bei allerdings nicht ausgebreiteter Erkrankung nicht nur Stillstand, sondern auch spontane Heilung sah, letztere aber nur in zwei Fällen.

Die secundären Eiterungen der Siebbeinzellen zeigen neben dem Befunde, der durch die ursächliche Erkrankung bedingt ist, dieselben objectiven Symptome; die subjectiven Symptome der Nachbarerkrankung treten in den Vordergrund.

Die Therapie ist sehr kurz zu fassen. Auskratzung und Entfernung alles Krankhaften mit scharfen Löffeln und Knochenzangen, Abtragung von Polypen und Granulationen, Spaltung des Eitersackes und dessen Entfernung, Eröffnung der kranken Knochenhöhlen und nach Operation Tamponade mit Jodoformgaze. Man lernt schnell zu bestimmen, was krank im Knochen ist und was entfernt werden kann, denn ganz gesunde Theile sind nur mit roher Gewalt entfernbar. Die entfernten Knochentheile sind meistens in Granulationen eingebettet. Sehr wichtig ist vor und während der Operation die Untersuchung mit der Sonde, und ebenso wichtig ist, diese Controle nach der Operation von Zeit zu Zeit nicht zu versäumen, da stecknadelkopfgroße kranke Herde sich wieder ausbreiten können und lange durch keinerlei Symptome sich verrathen.

Gegen etwa bestehende Kopfschmerzen ist in erster Linie Phenacetin zu empfehlen, die anderen Mittel ließen mich oft im Stiche.

Die Behandlung der chronischen Eiterung der Siebbeinzellen ist von den Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase die leichteste, sie kann radical durchgeführt werden, da wir direct auf den Krankheitsherd wirken können. Ihre rechtzeitige und richtige Durchführung kann den Patienten von vielen Gefahren schützen.

Nachtrag. Ich fühle mich veranlaßt, durch die bei der Discussion von Hayek, Roth, Chiari etc. betonten Momente, noch mehr aber durch die Besichtigung der in der Sammlung des Herrn Prof. Zuckerkandl befindlichen Präparate, besonders aber einiger macerirter Schädel, an welchen auffallende Veränderungen am Siebbeine waren, ohne daß Caries-Nekrose vorhanden gewesen war, meinen Standpunkt, daß bei jeder chronischen Eiterung der Siebbeinzellen Caries-Nekrose vorhanden sein muß, zu verlassen. Nach den diesbezüglichen Nachforschungen muß ich gestehen, daß dem Siebbeine eine gewisse Sonderstellung zu eigen ist, daß, wenn man in vivo, wie bei anderen Knochen, noch so große Flächen rauh oder nekrotisch fühlt, dies am macerirten Schädel oft nicht pathologisch erscheinen dürfte; ja selbst die Pathologen können an den exstirpirten Stücken nicht gut entscheiden, ob der Knochen pathologisch oder nur physiologisch verändert ist.

Ich unterscheide daher jetzt: 1. Einfache chronische Eiterung der Siebbeinzellen. Der Knochen ist meist rauh, entblößt, atrophisch etc., und nur in selteneren Fällen ist Caries-Nekrose vorhanden; 2. Eiterungen mit einem Eitersacke; 3. Eiterungen mit Polypenbildung; 4. Eiterungen mit osteophytischer Bildung.

Es werden auch die mitgetheilten Fälle nicht alle cariös oder nekrotisch gewesen sein, doch kann ich dies nachträglich nicht entscheiden, da wir noch kein sicheres Merkmal besitzen, die Diagnose bei chronischen Eiterungen in vivo auch auf Caries-Nekrose des Knochens stellen zu können.

Die Therapie bleibt natürlich dieselbe: um dem Eiter freien Abfluß zu verschaffen, muß man kranken, so auch gesunden Knochen entfernen, um die Höhlen frei zu legen.

Bacteriologie und Heilkunde.

Von **Dr. Ferdinand Winkler,**

Assistent am embryologischen Institute der k. k. Universität Wien.

(Schluß.)

Wir kommen jetzt zu jener Methode, welche Sie wohl am meisten interessiren dürfte, zur Serumtherapie. Daß das Blut ein kostbarer Saft ist, wußten schon die Alten. Die deutsche Volkssage hat dem Blute eine ganz besondere Bedeutung zugeschrieben; das Blut des Drachens, äußerlich angewendet, macht Siegfried unverwundbar, und einige Tropfen, in seinen Mund gekommen, geben ihm die Macht, die Sprache der Vögel zu verstehen.

Wie die Geschichte lehrt, ist bereits im 15. Jahrhundert dem Papste Innocenz VIII. eine Bluteinspritzung gemacht worden, und seit dem Jahre 1667 ist die Bluttransfusion wiederholt ausgeführt worden. Man knüpfte damals an die Operation weitgehende Hoffnungen, die sich um nicht viel von jenen Hoffnungen unterschieden, deren Erfüllung man heute von der Blutserumtherapie erwartet; man glaubte damals nichts weniger, als das Mittel zur Verjüngung des Menschengeschlechtes gefunden zu haben, und heute meinen Viele, daß die Serumtherapie die Heilung aller gefährlichen Infectionskrankheiten mit sich bringen wird. Die Transfusion des Blutes war aber bald vergessen, bis die Physiologie sie wieder erweckte und der operativen Chirurgie als eine praktisch verwendbare Methode empfahl. Heute ist die Transfusion wieder zurückgedrängt; denn die Medicin wechselt ihre Götzen rasch und gerne.

Nachdem GROHMANN gezeigt hatte, daß die Körperflüssigkeiten im Allgemeinen den eingedrungenen Bacterien feindlich sind, wies v. FODOR auf die bactericide Wirkung des lebenden Blutes hin; noch außerhalb des Körpers bewahrt das Blut durch eine Stunde seine bacterientödtende Wirkung, und erst dann können sich die Organismen auf Kosten des abgestorbenen Blutes vermehren. An diese Entdeckung schloß sich der Nachweis an, daß die bactericide Eigenschaft des Blutes nicht seinen zelligen Elementen, sondern dem Blutserum zukomme, und daß nicht das Blut einer jeden Thierart auf jede Bacterienart schädigend einwirke.

Die zahlreichen Versuche, das Blut von Thieren, welche gegen eine bestimmte Infectionskrankheit von Hause aus immun sind, als Heilmittel oder als Schutzmittel gegen diese Krankheit bei anderen Individuen zu verwenden, haben die Unbrauchbarkeit dieses Gedankens erwiesen. Besonders wurde die Tuberculose mit dem Blut von Thieren behandelt, welche für die Tuberculose wenig empfänglich sind. RICHET und HÉRICOURT benützten dazu Hundeblutserum, das sie Hémocyne nannten, und BERTIN und PICQ verwendeten Ziegenblutserum, welchem sie den Namen Hématégine gaben; erst neuerdings hat VICQUERAT Versuche über die Anwendung des Eselblutserums gegen Tuberculose veröffentlicht Die an diese Versuche geknüpften Hoffnungen haben sich nicht erfüllt, ebensowenig die auf ähnlichen Schlüssen beruhende Verwendung von Thierblut gegen Syphilis, und auch die auf demselben Princip gegründete Schutzimpfung gegen das gelbe Fieber mittels Injectionen von Negerblut ist als ein nutzloses Verfahren erkannt worden.

Ganz anders aber ist es mit dem Serum von künstlich immunisirten Thieren. Das Wort „Heilserum" ist rasch populär geworden. BEHRING hat auf experimentellem Wege das Gesetz begründet, daß das Blutserum eines künstlich gegen eine Krankheit immunisirten Thieres diese Immunität auf andere Individuen zu übertragen vermöge. Weitere Untersuchungen haben gelehrt, daß die künstliche Immunität auf dem Entstehen derselben Substanzen beruhe, welche bei der spontanen Heilung der Infectionskrankheiten im Blute auftreten. Die durch die Natur herbeigeführte Heilung erfolgt also gleichsam auf dem Wege der Auto-Immunisirung. Diese Substanzen, welche man mit dem Namen Antikörper belegt, bleiben im Blute längere oder kürzere Zeit bestehen, ihrer Anwesenheit dankt der Organismus seine Immunität gegenüber einer neuerlichen Infection mit gewissen Krankheitsstoffen. Bei einzelnen Krankheiten schwinden die Körper sehr rasch aus dem Blute, bei anderen Erkrankungen bleiben sie länger im Körper erhalten; damit erklärt sich auch der kürzere und der längere Bestand der Immunität.

Diese Erfahrung weiter bildend, hat man versucht, das Heilserum von Menschen, welche eine Infectionskrankheit eben überstanden hatten, zu therapeutischen Zwecken zu verwenden. Zuerst überzeugte man sich, daß das Blutserum des Menschen unmittelbar nach dem Ueberstehen von Lungenentzündung, Typhus, Cholera und Diphtherie im Stande sei, Thiere vor der Wirkung des entsprechenden Infectionserregers zu schützen. NEISSER und AUDEOUD benützten das Blut von Pneumoniereconvalescenten zur Heilung der Pneumonie; HUGH-THOMPSON verwendete das aus Morbillenbläschen entnommene Serum zur Immunisirung von Kindern gegen Masern, STERN betrat denselben Weg zur Heilung des Typhus, SAWTSCHENKO und SOBOLOTNI bei Cholera. Nach LAZARUS besitzt das Blut von Cholerareconvalescenten eine sehr hohe Schutzkraft für Meerschweinchen; so wurden in einem Falle mit 0·01 Ccm. und in einem anderen Falle mit 0.025 Ccm. Serum von Menschen, welche Cholera überstanden hatten, Meerschweinchen gegen die Vergiftung mit Cholerabacillen geschützt. Ich selbst habe im Verein mit zwei Collegen, Dr. J. WEISS und Dr. C. STEIN, analoge Versuche bei dem Gelenksrheumatismus gemacht; der Gelenksrheumatismus ist eine Infectionskrankheit, wenn wir auch den Erreger noch nicht kennen; unsere Versuche zeigten, daß das Blutserum von Patienten, bei denen der Gelenksrheumatismus eben abgelaufen war, bei localer Anwendung eine entschieden günstige Einwirkung auf frische Fälle ausübe.

Die ausführlichsten Studien bezüglich der Wirkung des Serums wurden von BEHRING und seinen Mitarbeitern am Tetanus und an Diphtherie angestellt. Die Thiere, welche das Serum liefern, müssen möglichst hoch immunisirt sein, sie müssen möglichst große Mengen von Gift ertragen können. Die Bildung von Heilkörpern im Thiere ist umso größer, je intensiver der Krankheitsverlauf war und je öfter der Körper die gleiche Krankheit überstanden hat. Um nun die Menge der im Blute vorhandenen Heilkörper möglichst zu steigern, muß man bei Thieren die betreffende Krankheit sehr oft erzeugen, und dies ist nur dann möglich, wenn man die Thiere erst mit schwach wirkenden Bacteriengiften behandelt und in allmälig ansteigender Reihe zu den vollgiftigen Culturen übergeht, die zunächst in kleiner und dann in langsam steigender Menge verwendet werden. Eine Steigerung der Immunität ist so lange möglich, als die subcutane Einverleibung des Bacteriengiftes noch eine Fieberreaction des Organismus hervorruft. Wenn das Thier endlich zum höchstmöglichen Immunitätsgrade gebracht ist, dann wird durch einen unter antiseptischen Cautelen vorgenommenen Aderlaß dem Thiere eine größere Menge Blut entnommen. Das Blut bleibt zunächst zwei Tage lang im Eisschranke stehen, dann wird das ausgeschiedene Serum in eine Flasche abgegossen, an deren Boden sich zum Zwecke der Sterilisirung des Serums Chloroform (1 Theil Chloroform auf 100 Theile Serum) befindet, und die Flasche noch einen weiteren Tag verschlossen stehen gelassen, damit die noch darin enthaltenen Blutkörperchen zu Boden sinken. Die darüberstehende klare Flüssigkeit wird umgefüllt und mit 0·6% Carbolsäure und eventuell ½% Chloroform versetzt, im Dunklen aufbewahrt; statt der Carbolsäure kann man auch 0·4% Trikresol zusetzen. Durch den Carbol- oder den Kresolzusatz erreicht man einerseits eine Conservirung des Serums und andererseits werden damit gewisse Stoffe eliminirt, welche reizend auf den Organismus einwirken können und schlechtweg als Acria bezeichnet werden. Die Anwendung erfolgt stets in Form subcutaner Injection an Stellen, von denen aus die Resorption der Flüssigkeit rasch erfolgt, so in die Bauchhaut oder in die Brusthaut.

Die Umständlichkeit dieser Methode der Blutserumgewinnung läßt es wünschenswerth erscheinen, auch die anderen Körperflüssigkeiten hoch immunisirter Thiere therapeutischen Zwecken zuzuführen. KITT hat nachgewiesen, daß auch die Eier immunisirter Vögel das immunisirende Princip in sich tragen, und er verwendete mit Erfolg die subcutane Injection von Eiweiß und von Dottern solcher Eier zur Bekämpfung der Geflügelcholera.

Besonders reich an Heilkörpern ist die Milch. Die klinische Erfahrung hat schon längst gezeigt, daß die Immunität von der stillenden Mutter auf das Kind überzugehen pflege, und EHRLICH hat dies experimentell erwiesen. Nun wurden Ziegen gegen den Tetanus immunisirt und festgestellt, daß die Milch dieser Ziegen sowohl immunisirende als auch heilende Eigenschaften besitzt. Die Versuche werden von BRIEGER und COHN fortgesetzt, und es ist alle Hoffnung vorhanden, daß es gelingen wird, der Milch einen zur Heilung von Infectionskrankheiten hinreichenden Immunisirungswerth zu geben; dann werden wir über reichliches Material verfügen, und die einer allgemeinen Einführung der Serumtherapie entgegenstehenden hohen Preise werden sich bedeutend erniedrigen.

Zum Schlusse meiner Auseinandersetzungen möchte ich Sie noch auf einen sehr wichtigen Unterschied in der immunisirenden Wirkung abgeschwächter Culturen und in der des Blutserums aufmerksam machen. Die Immunisirung durch abgeschwächte Culturen erzeugt die Immunität nicht sofort, es besteht zwischen dem Immunisirungsacte und dem Eintritte der Immunität eine 3–14 Tage betragende Zwischenperiode, in welcher der Organismus mehr oder weniger heftig fiebert. Bei der Immunisirung durch Blutserum tritt der Effect sofort ein und es ist keine Zwischenperiode zu beobachten. Bekanntlich ist eine solche Zwischenperiode auch bei der Pockenschutzimpfung vorhanden, sie dauert ungefähr 8 Tage, und während dieser Zeit ist die Empfänglichkeit des Individuums gegen das Variolagift ziemlich bedeutend, um dann einer fast absoluten Immunität Platz zu machen. Andererseits hält die durch abgeschwächte Culturen erzeugte Immunität viel längere Zeit an als die durch Serum erzielte Immunisirung.

EHRLICH erklärt den Unterschied zwischen beiden Methoden damit, daß sich beim Immunisiren durch abgeschwächte Culturen die schützenden Substanzen entweder aus den Bacterienproducten oder unter ihrem Einflusse aus Körpern bilden, welche im Körper vorgebildet sind; bis zur Herstellung einer genügenden Menge von Schutzstoffen verläuft eine gewisse Zeit, während welcher das Individuum krank ist; die neugebildeten Stoffe sind aber dem Organismus gleichsam inhärent und erzeugen deshalb eine länger dauernde Immunität. Bei der Immunisirung durch Blutserum werden bereits fertige Schutzstoffe übertragen; deshalb führt die Seruminjection keine Erkrankung herbei und verleiht dem Körper eine sofortige Immunität, die aber nicht lange erhalten bleibt. Man pflegt die unter Mitwirkung des Organismus erzielte, durch Injection von Bacterienculturen herbeigeführte Immunisirung als die directe oder active zu bezeichnen, während die durch Seruminjectionen erzielte als die indirecte oder passive Immunisirung bezeichnet wird.

Und nun, meine Herren, bin ich zu Ende. Wir haben gesehen, daß wir unserem Ziele, der Heilung der Krankheiten, zwar um ein großes Stück näher gerückt sind, daß wir aber noch lange arbeiten müssen, bis wir dem Würgengel werden sein Schwert entwinden können. Ausschließlich auf dem Wege der causalen Therapie ist die Heilung nicht zu erwarten, oder höchstens dann, wenn sich der Organismus im Besitze einer ziemlich großen Widerstandsfähigkeit befindet. Die bisherigen Erfahrungen lassen erwarten, daß bei gut erhaltenen Körperkräften die Bacteriotherapie eine Heilung herbeizuführen vermag; bei geringeren Kräften kann man danach streben, durch die Immunisirungstherapie die Ausbreitung des Processes im befallenen Organismus zu hemmen, und durch medicamentöse Therapie den Organismus im Kampfe gegen das Krankheitsgift unterstützen.

„Langsames Fortschreiten und Gewinnung einer sicheren Stellung nach der anderen ist wie in jedem Feldzugsplan auch im Kampfe gegen die Krankheiten der sicherste Weg, um zu dem fernabliegenden Ziele zu gelangen." Der Kampf gegen die Krankheiten ist ein schwerer Streit, aber des Schweißes der Edelsten werth. Das hilfsbereite Einspringen der Gesammtbevölkerung, die im rührenden Wetteifer bedeutende Summen zusammenschoß, um auch den Armen an den Fortschritten der Therapie theilnehmen zu lassen, zeigt uns, daß unsere Bestrebungen von der Bevölkerung gewürdigt werden, und daß in die weitesten Kreise das Bewußtsein gedrungen ist, das kostbarste Capital der Staaten sei der Mensch.

Referate und literarische Anzeigen.

N. SENN (St. Louis): Die Bauchchirurgie am Schlachtfelde.

Schon im Jahre 1890 hat Ref. in einer Arbeit (s. „Wiener Klinik", Nr. 12, pag. 335) den Satz aufgestellt, daß man bei Bauchschußwunden sobald als möglich operativ einschreiten soll, daß es daher angezeigt ist, Darmnähte noch am Hilfsplatze vorzunehmen. Diese Ansicht vertritt auch SENN in seiner Arbeit („St. Louis Clinic", Juni 1894), indem er hervorhebt, „daß so manch werthvolles Menschenleben durch einen frühzeitigen Eingriff gerettet werden kann". Er verlangt, es mögen für den Kriegsfall Specialisten in der Laparotomie angestellt werden, welche die Operation rasch und geschickt mit geringer Assistenz auszuführen im Stande sind, und bespricht dann die Vorbereitungen und die Operation selbst. Wo keine Contraindication existirt, soll nach S. immer in der Mittellinie operirt werden, welche Ansicht auch Ref. in seiner Arbeit ausgesprochen hat. Behufs Blutstillung soll nach Eröffnung der Bauchhöhle von einem Assistenten die Bauchaorta unterhalb des Zwerchfelles comprimirt werden. S. perhorrescirt die Anwendung von Catgut zur Darmnaht und Ligatur, was dem Ref. unbegreiflich ist, der zu diesen Zwecken immer Carbolcatgut verwendet und die besten Resultate aufweisen kann.

S. fand bei 14 Leichenexperimenten, daß in 4 Fällen die Kugel den Unterleib perforirte, ohne einen Darm zu verletzen, behauptet aber irrthümlich, daß der Darm stets, manchmal 3 bis 16 Verletzungen aufweist, wenn der Schußcanal unterhalb des Nabels quer von einer Seite zur anderen verläuft. Ref. kann die erste Behauptung aus eigener Erfahrung (Sectionsprotokoll X) bestätigen, in diesem Falle war aber die Einschußöffnung 10 Cm. oberhalb der Spina ant. sup. sin., der Ausschuß etwas nach oben und außen von der Spina ant. sup. dextra. Der Schußcanal ging also unterhalb des Nabels von Seite zu Seite. Zur Sicherstellung der Diagnose, ob der Darm perforirt ist, läßt S. per rectum Luft einblasen, welche im Falle von Darmverletzung bei der Perforationsstelle entweicht.

Am Schlusse der mit zahlreichen Illustrationen versehenen, interessanten Arbeit ist ein zusammenlegbarer Feld-Operationstisch abgebildet, welcher gleichzeitig als Tragbahre dienen kann. In den Ausführungen des Verf. ist jedoch eine gewisse Zaghaftigkeit nicht zu verkennen, denn es ist anzunehmen, daß er nicht nur bei seinen amerikanischen Collegen, sondern auch in Europa auf Widerspruch stoßen wird. BOGDANIK (Biala).

RUDOLF ABEL (Greifswald): Ueber die Schutzkraft des Blutserums von Diphtheriereconvalescenten und gesunden Individuen.

Es wird nach dem heutigen Stande unseres Wissens allgemein angenommen, daß die Heilung der Diphtherie beim Menschen mit der Bildung von Antikörpern einhergeht. Wenn dies richtig ist, so müssen diese Antikörper im Blutserum des Reconvalescenten dadurch nachweisbar sein, daß sie demselben eine Schutzkraft gegen die Diphtherieinfection bei Thieren verleihen. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, haben ESCHERICH und KLEMENSIEWICZ Versuche mit positivem Erfolge angestellt, welche A. in größerem Umfange wieder aufgenommen hat („D. med. Woch. 1894, Nr. 48 und 50). Um das Blut auf seine Schutzkraft zu prüfen, wurden kleinere oder größere Blutserummengen theils von Diphtheriereconvalescenten, theils von gesunden Menschen Meerschweinchen subcutan oder intraperitoneal injicirt. Nach 24 bis 48 Stunden wurden die Thiere mit mehr als der für Controlthiere tödtlichen Dosis Diphtheriebouilloncultur oder Diphtheriegift inficirt und dann der Erfolg der Impfung beobachtet.

Bei diesem Vorgehen zeigte sich, daß das Serum von vier Individuen, bei welchen das Blut 2—6 Tage vor Ablauf der Krankheit (dem Verschwinden der Beläge) entnommen wurde, keine schützende Wirkung hatte. Dagegen schützte das Blutserum von 5 unter 6 Personen, welche vor 8—11 Tagen Diphtherie durchgemacht hatten, Meerschweinchen gegen sonst sicher tödtliche Diphtheriegiftmengen. Unter 4 Individuen, welche die Krankheit vor mehr als einem Monate überstanden hatten, besaß eines ein Blutserum von bedeutender Schutzkraft, zwei ein solches von geringer Wirksamkeit und eines ein Serum ohne jedes Schutzvermögen.

Aus diesen Versuchen schließt A., daß im Blutserum der Reconvalescenten nach Ablauf einer Diphtherieinfection vom 8. bis 11. Tage an ein gegen Diphtherieinfection oder Intoxication schützender Körper nachzuweisen ist, der späterhin wieder zu verschwinden scheint.

Dieselben Versuche wurden auch bei einer Anzahl von gesunden erwachsenen Personen, welche nie an Diphtherie gelitten hatten, durchgeführt. Bei 5 von 6 Individuen ließ sich ein Schutzvermögen des Blutserums nachweisen, und es scheint, daß diese Schutzkraft genügt, um die betreffenden Personen gegen eine Diphtherieinfection zu schützen, daß somit nur jene Individuen an Diphtherie erkranken, deren Blut keine Schutzstoffe enthält.

Ba.

F. Danziger (Beuthen): **Ueber Angina urica.**

Complicationen der Arthritis urica seitens der oberen Luftwege gehören zu den großen Seltenheiten und es verdient daher der Fall D.'s von Angina urica, zum Theil phlegmonosa („Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc.", 1895, Nr. 1) besonderes Interesse. Der Fall betrifft einen 44jährigen Pat., welcher im Jahre 1879 plötzlich an heftigen Halsschmerzen und starken Schluckbeschwerden erkrankte, worauf in der folgenden Nacht zum ersten Male ein typischer Gichtanfall erfolgte, wobei die rechte große Zehe stark schmerzhaft und ödematös wurde. Der Anfall dauerte 14 Tage; ebenso lange hielten die Halsbeschwerden an, welche gleichzeitig mit dem Verschwinden der Gicht zurückgingen. Im Jahre 1884 erfolgte der zweite Anfall, wiederum mit vorhergehenden Hals- und Schluckbeschwerden verbunden, um nach 3 Tagen zu verschwinden. Vom Jahre 1885 an wiederholten sich die Gichtanfälle jährlich circa 2mal, dauerten jedesmal 2—3 Tage und zeigten sich stets mit Halsschmerzen am Tage vorher an, so daß der Pat. immer für die folgende Nacht den Gichtanfall voraussagen konnte. Im Sommer des Jahres 1889 erkrankte Pat. mit besonders heftigen Halsbeschwerden, denen ein entsprechend starker Gichtanfall folgte. Beide Erkrankungen dauerten diesmal 4 Wochen. Nach 11 Tagen wurde über der rechten Tonsille Eiter entleert. Nach 3jähriger Pause, während welcher sich weder Gichtanfälle, noch Anginen einstellten, traten vom Jahre 1892 an die Anfälle 6—8mal im Jahre auf und kündigten sich stets wie früher am Tage vorher mit Halsbeschwerden an, welche der Dauer und Heftigkeit des ganzen Anfalles entsprachen und zugleich mit demselben verschwanden. Einer dieser Anfälle zeichnete sich durch seine besondere Schwere und lange Dauer aus und im Verlaufe dieses Anfalles kam es zu einer Peritonsillitis phlegmonosa, welche zweimal einen chirurgischen Eingriff erforderte.

An dem Zusammenhange beider Erkrankungen läßt sich in diesem Falle wohl nicht zweifeln. Es sprechen dafür: das stets pünktliche Eintreffen des Gichtanfalles in der Nacht nach den am Tage vorher aufgetretenen Halsschmerzen, ferner die Parallelität in der Intensität und Dauer beider Erkrankungen. Der Fall ist noch dadurch interessant, daß die Angina stets erst zurückgegangen ist, wenn die befallenen Gelenke ihre normale Beschaffenheit erlangt hatten, während bei den meisten der bisher beschriebenen Fälle die Erscheinungen der Angina mit dem Auftreten des Gichtanfalles zurückgingen.

s—s.

Die Behandlung der tuberculösen Lungenschwindsucht. Von **Dr. August v. Székely** in Budapest. Berlin 1894, August Hirschwald.

Der Verfasser führt die Therapie der Lungentuberculose in systematischer Weise und in einer den Bedürfnissen des praktischen Arztes entsprechenden Form vor. Es sind wohl nicht sämmtliche Behandlungsmethoden angeführt, hingegen hat der Verfasser ein besonderes Augenmerk der symptomatischen Therapie zugewendet und dadurch dem praktischen Arzte einen guten Dienst geleistet. Sonderbar berührt es, daß der Verfasser neuerdings den Vorwurf Brehmer's erhebt, daß der Lungenkranke häufig an der Sorglosigkeit der Aerzte stirbt. Schon die lange Dauer des Leidens nöthigt den Arzt, sein ganzes Rüstzeug in Anwendung zu bringen, und eben deshalb wird das vorliegende Buch dem Arzte willkommen sein. Wären die Aerzte wirklich so sorglos, so hätte ein Buch dieser Art keinerlei Aussicht, gekauft und gelesen zu werden. w.

Oeuvres ophthalmologiques de Tomas Young. Traduites et annotées par **M. Tscherning,** Directeur adjoint du laboratoire d'ophthalmologie à la Sorbonne. Procédés du portrait de Young, de son éloge par François Arago et d'une préface par Emile Javal. Publication faite aux frais de la fondation Carlsberg. Copenhague 1894, Andr. Fred. Höst & Sön.

Tscherning hat es unternommen, jene Arbeiten von Thomas Young der ärztlichen Lesewelt wieder zugänglich zu machen, die sich auf die physiologische Optik beziehen. Es ist nur Wenigen möglich, die Quellen aufzusuchen, aus denen im Anfange die Wissenschaft geschöpft worden. Wir erfahren aus den Lehrbüchern oft nur die Namen, manchmal auch diese nicht, die die Wissenschaft um ein Erhebliches vorwärts gerückt, und daher müssen wir jenen Männern Dank wissen, die uns die Kenntnißnahme solcher grundlegender Arbeiten erleichtern, ja oft erst ermöglichen. Dieses Buch ist, obwohl es ja nur Altes wiedergibt, ein ebenso verdienstliches Werk, als die Zusammenstellung jener Publicationen, die mit der Erfindung des Augenspiegels im Zusammenhange stehen und die Prof. König zum Autor hat. Bei Thomas Young interessirt uns noch besonders und steigert den Grad der Bewunderung, die wir für ihn hegen, daß er solch schwere complicirte Probleme mit den einfachsten Mitteln und bereits in einem Alter von 27 Jahren gelöst hat.

Königstein.

Neue Arzneimittel.

II.

Alphol. (Alphanaphtolsalicylsäureester.)

Weißes Pulver, löslich in Alkohol, Aether und fetten Oelen, unlöslich in Wasser; Schmelzpunkt bei 83° C.

Das Alphol steht nach einer Notiz im „Journal der Pharmacie von Elsaß-Lothringen", 1894, pag. 55, bezüglich seiner therapeutischen Wirksamkeit dem Salol sehr nahe. Es wird vom Pancreassaft und den Darmfermenten in Salicylsäure und Naphtol zerlegt. Bis jetzt soll man mit der innerlichen Darreichung des Mittels bei Cystitis gonorrhoica und Rheumatismus articulorum acutus gute Erfolge erzielt haben. Die Einzeldosis ist 0·5 Grm., kann aber auf 1—2 Grm. gesteigert werden.

Rp. Alpholi . . . . 0·5
Dent. tal. dos. Nr. X. in charta japonica.
S. 3mal täglich 1 Pulver zu nehmen.

Amylium valerianicum purum (Baldriansäureisoamylester, Apple Oil), $C_5H_9O_2 \cdot C_5H_{11}$.

Schwach gelblich gefärbte, klare, in Alkohol lösliche Flüssigkeit, welche bei 194° C. siedet.

Das Amylvalerianat besitzt nach Blanc („Rev. de. Thérap., Méd, Chirurg.", 1893, Déc.) die Fähigkeit, Cholesterin zu lösen, und zwar wurde bei einem Laboratoriumsversuche 1 Theil Cholesterin von 3 Theilen Amylvalerianat bei 40° C. aufgenommen. Im Allgemeinen wirkt das Präparat wie Aether; es äußert aber in Fällen von Gallensteincolik eine specifische stimulirende und sedative Wirksamkeit auf die Leber, indem es nicht nur den Anfall mildert,

2

sondern auch Rückfällen vorbeugt. Bei reizbarem Magen soll man zuerst einige Tropfen Schwefeläther geben, läßt diesen 2—3 Gelatinekapseln (à 0·15 Amylvalerianat) folgen und wiederholt diese Gabe alle ½ Stunde, bis die Krisis vorüber ist. An den folgenden Tagen wird das Präparat in größeren Zeitabständen verabreicht. Bei Colica nephritica wirkt das Mittel nur krampfstillend und stimulirend, während es auf die Nierensteine keine lösende Wirkung ausübt.

Rp. Amylii valerianici,
Aetheris sulf. aa. gtts. III
Dispens. in capsul. gelatinos. operculat.
Dent. tal. doses Nr. XX.
S. 2 Kapseln halbstündlich; bis zu 6 Kapseln täglich.

Anilinum sulfuricum, $C_6 H_7 N . H_2 SO_4$.

Amorphes, weißes Pulver, löslich in Alkohol, schwieriger löslich in Wasser.

M. FAY („Deutsche Medicinal-Ztg.", 1894, pag. 744) hält nach seinen bisher gewonnenen Erfahrungen das Anilinsulfat bei innerlicher Einführung für ein Krebsmittel ersten Ranges; besonders hervorragend ist seine analgetische und desodorisirende Wirkung. Allerdings erheischt die Anwendung des Mittels große Vorsicht und es muß bei der Dosirung je nach der Impressionibilität des Patienten schrittweise steigend vorgegangen werden. Als Tagesdosis kann man mit 0·1 Grm. beginnen und allmälig bis zu 0·8 Grm pro die steigen. Die Resorption des Mittels dauert gewöhnlich 2 Stunden. Nach dieser Zeit färben sich, jedoch meist nur nach höheren Gaben, Lippen und Nägel blau; es kann auch Athemnoth und Schwindel eintreten, indessen schwinden alle diese Symptome meist schon nach Ablauf von 2—3 Stunden, ohne weitere Folgen zu hinterlassen.

Rp. Anilini sulfurici . . . . 0·05
Dent. tal. doses Nr. X in capsulis amylaceis.
S. Morgens u. Abends 1 Pulver zu nehmen

Rp. Anilini sulfurici . . . . 2·0
Spirit. vini rectific. . . . . 100·0
Saccharini . . . . 0·2
S. Täglich 1 Kaffeelöffel; allmälig steigend bis zu 3 Eßlöffel.

Antipyonin.

Unter diesem Namen wird von ROLLAND („Sem. médicale", 1894, pag 234) ein mehrfach borsaures Natron als Heilmittel bei Hornhaut- und Bindehautentzündungen empfohlen, das, nach der Beschreibung zu schließen, mit dem seinerzeit von JÄNNIKE bei Ohrenleiden bewährt gefundenen Natriumtetraborat identisch zu sein scheint. Es stellt ein feines, weißes, fettig anzufühlendes, weder caustisch, noch toxisch wirkendes, in Wasser sehr leicht lösliches Pulver dar.

ROLLAND bläst das Pulver in den Bindehautsack ein, und zwar genügt bei phlyktänulärer Keratitis und Conjunctivitis, Pannus tenuis, Hyperämie der Bindehaut und Conjunctivitis pustulosa schon eine geringe Menge; größere Mengen des Pulvers werden nöthig bei Geschwüren der Hornhaut, Pannus crassus, verschiedenen Residuen der Keratitiden, sowie bei catarrhalischer, folliculärer und granulöser Conjunctivitis; große Mengen sind angezeigt bei größeren Traumen, Enucleationen, Panophthalmien und der citrigen Conjunctivitis der Neugeborenen.

Argentamin. (Aethylendiaminsilberphosphat.)

Das Argentamin ist eine Auflösung von 10 Theilen Silberphosphat in einer Lösung von 10 Th. Aethylendiamin [$C_2 H_4 (NH_2)_2$] in 100 Th. Wasser. Dieselbe zeigt alkalische Reaction und gibt weder mit kochsalzhaltigen, noch mit eiweißhaltigen Flüssigkeiten Niederschläge; die Argentaminlösungen werden wie jede andere Silberlösung im Lichte zersetzt und müssen daher im Dunklen aufbewahrt werden.

Nach J. SCHÄFFER („Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankh.", Bd. XIV), der das Argentamin bacteriologisch und klinisch prüfte, ist dieses Mittel nicht nur hinsichtlich seiner Desinfectionskraft dem Argent. nitric. überlegen, sondern unterscheidet sich von letzterem auch dadurch, daß es tiefer in das organische Gewebe eindringt, als eine gleichstarke Höllensteinlösung unter gleichen Bedingungen und in derselben Zeit vermag. Bei Gonorrhoe haben sich Injectionen des Argentamins sehr wirksam erwiesen, insoferne sie die Gonococcen auffallend schnell aus dem Harnröhrensecret zum Verschwinden brachten; doch ist hervorzuheben, daß das Mittel sehr starke Reizerscheinungen, namentlich Steigerung der Eitersecretion, hervorruft. SCHÄFFER benützt zu Injectionen in die Urethra anterior Concentrationen von 1 : 5000—1 : 4000, für die Urethra posterior solche von 1 : 1000. Bei Tabes dorsalis besitzt das Argentamin nach G. ROSENBAUM („D. med. Woch.", 1894, pag. 627) keinerlei Vorzüge vor der JACOBI'schen Lösung (Combination von frisch gefälltem Silberchlorid mit unterschwefligsaurem Natron).

Feuilleton.

Londoner Briefe.

(Orig.-Correspondenz der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

London, 3. Februar 1895.

Eine Bicycle-Debatte.

In der Sitzung der „Medical Society of London" vom 14. Januar dieses Jahres bildete den ersten Gegenstand der Tagesordnung ein Vortrag Sir BENJAMIN W. RICHARDSON'S, welcher den Radsport und seine Folgen zum Thema hatte. RICHARDSON ist selbst passionirter Bicyclefahrer und übt diesen Sport seit etwa 16 Jahren. Während dieser Zeit hatte er oft genug Gelegenheit, Studien an sich selbst, sowie an zahllosen Sportgenossen jeglichen Alters und beider Geschlechter anzustellen.

Der Radsport, so führte RICHARDSON aus, zeichnet sich vor allen anderen körperlichen Leibesübungen durch seine directe, unmittelbare Wirkung auf das Herz aus. Bei allen Bicyclisten ohne Unterschied des Geschlechtes und des Alters constatirt man während der „Arbeit" eine Pulsbeschleunigung, die oft nicht einmal subjectiv empfunden wird, obwohl sie bis auf 200 in der Minute steigen kann. Diese Beschleunigung der Herzthätigkeit vermindert sich mehr weniger, sie geht aber niemals vollständig zur Norm zurück, so lange der Bicyclist auf seiner Maschine sitzt. Eine derartige Beschleunigung der Circulation ist wohl gewiß im Stande, auf den Stoffwechsel im Allgemeinen günstig einzuwirken, und dieser Factor dürfte wohl die große Widerstandsfähigkeit wohltrainirter Sportsleute gegenüber Ermüdung und Schlafbedürfniß erklären. Die beschleunigte Herzthätigkeit ist aber auch die einzige unmittelbare Wirkung des Radfahrens auf das Herz, denn sonstige Erscheinungen, wie acute Ueberanstrengung des Herzens, Athemlosigkeit, Schwindel u. dgl., hat RICHARDSON niemals gesehen. Ja, er kennt einen Velocipedisten, welcher im Stande ist, ganz beträchtliche Steigungen mit seinem Vehikel zu überwinden, während er unfähig ist, eine Treppe zu ersteigen, ohne Dyspnoe und Herzklopfen zu bekommen. Auch weiß RICHARDSON von keinem Falle von plötzlichem Tode zu berichten, den man auf Rechnung des Bicycles hätte stellen können.

Ein unmittelbar schädlicher Einfluß des Radsportes auf das Herz besteht somit nicht. Anders verhält es sich mit den späteren Folgeerscheinungen. RICHARDSON hat Fälle beobachtet, in welchen nach mehrjährigem Gebrauch des Fahrrades unzweideutige Zeichen einer Herzaffection auftraten, einhergehend mit allgemeiner Schwäche, die sich besonders bei jedem neuerlichen Versuch, das Bicycle zu besteigen, zeigte. Hingegen kennt RICHARDSON einen 80jährigen Greis, der schon seit Langem zu seinem Vortheil dem Bicyclesport in mäßigem Grade huldigt und erst kürzlich die Fahrt von London nach Belford — eine Entfernung von 80 Kilometer — mitmachte. Und in einer ganzen Reihe von Fällen konnte RICHARDSON den unleugbar günstigen Einfluß des Cyclesportes constatiren, ja selbst bei evidenten Affectionen im Bereich des Circulationsapparates, so bei Varicen, bei Fettherz. Den meisten Nutzen aus dem Bicyclegebrauch ziehen aber die Anämischen.

Nach solchen Erfahrungen faßt Sir RICHARDSON die Principien, auf denen der Praktiker dem Bicyclesport gegenüber stehen soll, in folgenden Punkten zusammen:

Der mäßige Gebrauch des Bicycles ist bei gesunden Menschen nicht nur zu erlauben, sondern sogar zu empfehlen.

Bei Herzkranken muß man diesen Sport nicht ohne Ausnahme verbieten. Es gibt im Gegentheil gewisse Fälle von Herzschwäche, in welchen der Gebrauch des Fahrrades geradezu nützlich sein kann, ja sogar nützlicher als jede andere Gattung von Sport, da der allgemeine muskelkräftigende Einfluß dieses Sportes dem Herzmuskel in erster Linie zu Gute kommt.

Der Mißbrauch des Bicycles hat in letzter Linie eine Hypertrophie des Herzens zur Folge, vermindert die Elasticität der Arterien und verändert den normalen Blutdruck.

Bei zaghaften und reizbaren Personen, bei Nervösen und Neurasthenikern, kommt es nicht selten vor, daß sie, wenn sie durch bevölkerte Straßen fahren, aus Furcht vor Unfall Herzklopfen oder andere Störungen seitens des Herzens bekommen.

Viel wichtiger als der Zustand des Herzens ist die Beschaffenheit der Arterien; denn eine Degeneration derselben schließt in Bezug auf den Gebrauch des Bicycles eine viel größere Gefahr in sich, als das Vorhandensein von Herzschwäche. Dasselbe gilt von localisirten Affectionen der Arterien, beispielsweise vom Aneurysma.

Bei Störungen im Bereich der venösen Circulation, wie bei Varicen, kann der Bicyclesport sogar als ein die Therapie unterstützendes Moment gelten.

Was der Bicyclist grundsätzlich zu vermeiden hat, das sind starke Steigungen, das Fahren gegen den Wind, excessive Uebermüdung. Als Regel mag ferner gelten, häufige und leichte Mahlzeiten zu halten und endlich das Herz nicht durch Alcoholica zu überreizen.

An der dem Vortrage folgenden Discussion betheiligte sich eine ganze Reihe von Rednern, die sich alle mit warmen Worten für den vielverbreiteten Sport einsetzten. Dr SANSOM sieht sogar im Bicyclecult, wenn er richtig gehandhabt wird, eine der OERTEL'schen Terraincur ebenbürtige, ja sogar bei gewissen Herzerkrankungen überlegene Concurrenzmethode, insoferne als dieselbe ein viel angenehmeres Verfahren der rationellen Uebung darstellt, als das Ersteigen von Treppen und Bergen. Dr. WASHINGTON ISAAC erzählte von einem Collegen, der eine vorgeschrittene Affection der Aorta hatte. Dieselbe machte ihm keinerlei subjective Beschwerden, trotzdem er eifrig dem Bicyclesport huldigte. Eines Tages entdeckte der College zufällig seinen Herzfehler, als er ein neues binauriculäres Stethoskop an sich selbst versuchte. Trotzdem gab er das Bicycle nicht preis, und hat dies auch bis heute nicht zu bereuen gehabt. Dr. FLETCHER LITTLE betrachtet die mäßig betriebene Uebung mit dem Tricycle als ein ganz ausgezeichnetes Mittel bei der Behandlung der Herzdilatation.

Trotz seiner zahlreichen Erfahrungen beim gesunden und kranken Menschen betrachtet sich RICHARDSON, wie er in seinem Schlußworte ausführte, nicht für competent, den Radfahrsport auch bei Individuen mit Herzklappenfehlern zu empfehlen. In solchen Fällen müsse wohl der Kranke selbst die Verantwortung für sein Handeln tragen. Sh.

Kleine Mittheilungen.

— Unter den zahlreichen Mitteln zum Nachweis von Eiweiß im Harn kann die **Salicylsulfonsäure als einfaches und sicheres Reagens auf Albumin im Harn** gelten. Zuerst von G. POCH und MAC WILLIAM empfohlen, tritt neuerdings Prof. A. OTT („Prager med. Woch.", 1895, Nr. 3) für dieses Reagens ein. Nach den von ihm vorgenommenen Untersuchungen hat sich die Salicylsulfonsäure als eines der empfindlichsten Reagentien erwiesen, indem es selbst äußerst geringen Eiweißgehalt im Harn durch eine sofort auftretende Trübung anzeigt. Da sich die Krystalle der Salicylsulfonsäure im Harne rasch auflösen, ist dadurch ein Mittel gegeben, welches es ermöglicht, die Untersuchung auf Eiweiß exact, sofort und, was gewiß nicht zu unterschätzen ist, im Hause des Kranken auszuführen. Man benöthigt hiezu blos eine Eprouvette und ein Fläschchen, welches die Salicylsulfonsäure in Substanz enthält; da letztere sehr hygroskopisch ist, empfiehlt es sich, dieselbe in einem Fläschchen mit eingeriebenem Glasstöpsel verschlossen zu halten. Um den Harn filtrirt untersuchen zu können, ist noch ein kleiner Glastrichter und etwas Filtrirpapier nöthig. All das läßt sich in einer Holzkapsel bequem unterbringen und mit sich führen. OTT nennt den ad hoc construirten kleinen Apparat „Eiweißprüfer". Die Sulfonsalicylsäure reicht bezüglich der Empfindlichkeit der Probe fast an das SPIEGLER'sche Reagens (Hydrarg. bichlorat. 8·0, Acid. tartaric. 4·0, Aq. dest. 200·0, Glycerin pur. 20·0) heran und theilt mit diesem die Eigenschaft, daß sie gleichzeitig zur Erkennung der Albumosen im Harn benützt werden kann. Entwickelt sich nämlich eine Trübung, welche beim Erwärmen verschwindet, bei darauffolgendem Erkalten aber wieder auftritt, so spricht dies für die Anwesenheit von Albumosen im Harn. Ist jedoch Albumin im Harn enthalten, so tritt die bei Zusatz eines der beiden Reagentien entstandene Trübung beim Erwärmen nur noch stärker hervor und bleibt als solche auch später unverändert.

— Auf die Häufigkeit von **Angina pectoris dyspeptischen Ursprunges** ist schon vielfach hingewiesen worden und Dr. GRONZDEFF („Wratsch", Dec. 1894) hatte neuerdings Gelegenheit, 11 Fälle von Angina pectoris zu beobachten, von denen neun unzweifelhaft auf Störungen der Magenthätigkeit zurückzuführen waren. Der eigentliche Anfall unterscheidet sich in nichts von der echten Angina pectoris, nur findet man außer den classischen Symptomen immer die Angabe von Schmerzen im Epigastrium. Oft endet der Anfall plötzlich mit Erbrechen, während er von den herkömmlichen Mitteln (Morphin, Amylnitrit, Nitroglycerin etc.) nicht beeinflußt wird. Bei einem seiner Kranken konnte G. den Anfall augenblicklich coupiren, indem er durch digitale Reizung des Pharynx Erbrechen provocirte. Zwei andere Kranke, welche Prodromalsymptome beim Herannahen des Anfalles aufwiesen, konnten demselben ausweichen, wenn sie sich vorher eine Magenausspülung machten. Die Diagnose der Angina pectoris stomachalen Ursprunges ist im Allgemeinen leicht. In allen Fällen findet man einen Schmerz im Epigastrium, Tympanismus in der Magengegend, Zeichen von Darmatonie. Die Behandlung dieser Fälle muß sich gegen den Magendarmcatarrh richten und muß in Magenausspülungen, Massage und geeigneter Diät bestehen. Während des Anfalles empfiehlt es sich vor Allem, den Magen zu entleeren, was, wenn nicht anders möglich, durch die Sonde geschehen muß.

— In neuerer Zeit findet seitens der italienischen Aerzte die Asa foetida wiederum Empfehlung, und ein russischer Arzt, Dr. NICOLAS WARMANN in Kielce, Russisch-Polen („Therapeut. Monatsh.", 1895, Nr. 1) setzt sich gleichfalls warm für die Anwendung der **Asa foetida in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis** ein. Bei Abortus imminens schien die Wirkung der Asa foetida im Vergleich zu den sonst üblichen Mitteln eine sehr günstige zu sein, wenn sie auch nie im Stande war, den drohenden Abortus aufzuhalten. Mit der Anwendung des Mittels ließen die Blutungen bedeutend nach, die Kreuz- und Leibschmerzen blieben vollständig aus und traten erst kurz vor der Lösung des Inhalts der Gebärmutter auf. Nach der Austreibung der Frucht und Eihäute kam es kein einziges Mal zu einer Blutung. Das Mittel wurde in den 56 Fällen von drohendem Abort in Klysmenform (25—30 Tropfen Tinct. As. foet. in 2—3 Eßlöffel Wasser) angewendet. Sehr gute Erfolge ergab das Mittel bei habituellem Abort. Die Verordnung lautete:

Rp. Gummi resin. as. foet. . . . . 6·0
f. pilul. Nr. 60
S. 2 Pillen tägl. und nach und nach bis zu 10 Pillen tägl. mit allmäliger Verminderung bis zur Geburt.

In einem Falle (W. erwähnt keinen weiteren, sondern sagt nur, daß er 5 Fälle „notirt" habe) handelte es sich um eine 35jährige Frau, welche in den letzten 9 Jahren 14mal abortirt hatte. Unter Anwendung der Asa foetida verlief die letzte Schwangerschaft sozusagen ideal. Ferner berichtet W. über den auffallend günstigen Einfluß des Mittels auf einige rein nervöse Symptome, wie Cardialgien, asthmatische Anfälle, Hemicranie, Dysmenorrhoe etc. Am besten hat sich das Mittel bei der habituellen Obstipation der Frauen bewährt. W. denkt sich die Wirkung hier keineswegs analog den üblichen Abführmitteln, sondern das Mittel soll dadurch wirken, daß der reflectorische Reiz, der die Obstipation verursacht,

behoben wird. In circa 200 Fällen ließ das Mittel uns sehr selten im Stiche.

— In Hôpital Saint-Louis in Paris wendet man zur **Behandlung der Gesichtsacne** mit höchst günstigem Resultate folgende Salbe an:

Rp. Axung. . . . . 50·0
Sulfur. subl. . . . . 7·0
Unguent. styrac. . . . . 2·0
β-Naphthol . . . . 2·0
S. Salbe.

Diese Salbe wird 6 Tage hindurch jeden Abend kräftig eingerieben, dann durch weitere 6 Tage ausgesetzt und eventuell in den nächsten Tagen noch einmal mehreremale applicirt. Am Ende der ersten 6 Tage ist die Acne in der Regel geheilt oder wesentlich gebessert, und es ist gewöhnlich unnöthig, die Behandlung vom Neuen zu beginnen.

— DUBREUILH in Paris („Le Bull. méd.", 1894, Nr. 103) empfiehlt folgende **Behandlung der Acne necrotica.** Gegen die Eruptionen verwendet er eine Salbe von folgender Zusammensetzung:

Rp. Axung. benzoat. . . . . 25·0
Sapon. virid.
Sulf. praecipit. . . . . aa. 5·0
Parfum cuiuscumque q. s.

Diese Salbe wird in der Regel gut vertragen und ruft kaum eine geringe Irritation bei zarter Epidermis hervor. Sie soll während der Nacht applicirt werden. Am Ende einer Woche erscheinen die Krusten durch Narben ersetzt. Innerlich empfiehlt sich Jodkali. Die Recidiven der Acne necrotica lassen sich schwer vermeiden. D. verwendet zu diesem Zweck mit Vortheil Ichthyol in Kapseln in der Dosis von 30—50 Cgrm. pro die, oder wenn diese schlecht vertragen werden, Naphthol in Dosen von 10 Cgrm. nach jeder Mahlzeit.

— In 140 Fällen von Strumen der Tübinger chirurgischen Klinik hat Prof. GARRÉ („Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte", 1894, Nr. 12) mit Jodoformeinspritzungen so günstige Resultate erzielt, daß er die **Kropfbehandlung mit parenchymatösen Jodoforminjectionen** auf's Beste empfehlen kann, umsomehr, als hiebei die ambulante Behandlung möglich ist. Die zur Einspritzung verwendete Lösung ist folgende (v. MOSETIG):

Rp. Jodoform. . . . . 1·0
Ol. olivar.
Aeth. sulfur. . . . . aa. 7·0

Die Flüssigkeit ist im Dunklen aufzubewahren und darf nicht mehr zur Verwendung kommen, sobald die ursprünglich hellgelbe Farbe in eine bräunliche übergegangen ist. Bei der Injection fixirt der Operateur denjenigen Theil der Struma, in welchen injicirt werden soll, mit der linken Hand, indem er gleichzeitig die Struma gegen die Halswirbelsäule drückt. Unter Vermeidung der sichtbaren Halsvenen wird die Nadel 2—3 Cm. tief in die Geschwulst eingestochen und hierauf durch Schluckbewegungen seitens des Pat. controlirt, ob die Nadel wirklich in der Drüse steckt. In diesem Falle geht nämlich die Spritze beim Schlucken nach oben und unten mit. Hat man dies constatirt, dann wird der Inhalt der Spritze (1 Ccm.) langsam in das Gewebe entleert, die Canüle herausgezogen und die kleine Stichöffnung mit Pflaster verklebt. Gewöhnlich spritzt G. nicht mehr als eine Spritze voll in einer Sitzung ein, doch hat er zuweilen auch bis 4 Spritzen an verschiedenen Stellen der Geschwulst injicirt. Außer ganz unbedeutenden brennenden Schmerzen bei der Einspritzung, gelegentlich Schmerzen im Ohr oder in den Zähnen, die zwar heftig sind, aber in wenigen Minuten verschwinden, und einem unangenehmen Jodoformgeschmack bei manchen Patienten hat G. niemals andere unangenehme Erscheinungen nach den Injectionen gesehen, so daß er dieses Verfahren als völlig gefahrlos hinstellen kann. Die Einspritzungen wurden in der Regel alle 2—5 Tage gemacht, die Zahl der nothwendigen Injectionen schwankt zwischen 3 und 16, im Durchschnitt genügen 7. Was nun das Endresultat betrifft, so konnte G. dasselbe in 87 Fällen bestimmen. Unter diesen war 51mal eine Verminderung des Halsumfanges um 2—7 Cm. und 26mal eine Verkleinerung um 2 Cm. und weniger erzielt worden. Es war somit in 77 Fällen von 87 ein Erfolg zu verzeichnen, während 8mal keine Abnahme des Halsumfanges und 2mal sogar eine Zunahme zu constatiren war. Als geeignet für die Jodoformbehandlung bezeichnet G. folgende Kropfformen: Die einfache Struma hyperplastica, die diffuse und die knotige Form, die Struma follicul. mollis. Die Struma vasculosa bedarf einer längeren Behandlung (bis 16 Injectionen).

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzungen vom 1. und 8. Februar 1895.

Zur Technik der Darmanastomose.

E. ULLMANN stellt eine Pat. vor, bei welcher er neuerdings das schon früher angegebene Verfahren der Darmnaht mit günstigem Erfolge angewendet hat. Bei der 18jährigen Pat. wurde, nachdem ein Kothtumor ausgeschlossen war, ein Tumor des Coecums angenommen, was auch die Operation bestätigte, bei welcher das Coecum resecirt und die Darmenden in der Weise vereinigt wurden, daß zunächst in das zuführende Darmstück gegenüber seinem Mesenterialansatz ein Schlitz gemacht, durch diesen das Ende des zuführenden Darmes und der Anfang des abführenden Darmtheiles hindurch- und herausgezogen wurde, worauf die aneinanderliegenden Darmtheile vereinigt und reponirt, der Längsschnitt vernäht und die Bauchhöhle geschlossen wurde. Glatte Heilung. Die Geschwulst zeigte eine abgelaufene stricturirende Tuberculose des Coecums mit beginnendem Lymphosarcom.

HOFMOKL demonstrirt das durch Laparotomie gewonnene Präparat eines Fibrosarcoms, von der hinteren Uteruswand ausgehend, im Gewichte von 7300 Grm.

Fall von Doppelpenis.

ENGLISCH stellt einen 40jährigen Pat. vor, welcher nebst einer bis an's Scrotum reichenden Hypospadie eine vollständige, genau median gelegene Durchtrennung der Glans und der Corpora cavernosa bis auf eine Entfernung von circa 2 Cm. hinter der Corona glandis aufwies. In erschlafftem Zustande deutete nur eine Furche am Rücken des Gliedes die Spaltung an; bei der Erection rückten die beiden Theile gabelig auseinander. Um den Coitus ausüben zu können, benützte der Pat. ein vorne abgeschnittenes Präservativ und ist auf diese Weise Vater eines Kindes geworden. Die Operation dieser angeborenen Abnormität bestand in Anfrischeng der Wände des Spaltes und Vereinigung der beiden Theile durch Nähte. Ferner wurde die Hypospadie durch Operation nach ANGER fast vollständig behoben. Die Literatur kennt nur einen einzigen analogen Fall, von FÖRSTER aus der Würzburger Sammlung mitgetheilt.

Ueber Ileo-Colostomie.

HOCHENEGG stellt 4 Pat. vor, bei welchen er die Ileo-Colostomie einmal wegen inoperablen Carcinoms des Coecums, ferner wegen Narbenstrictur des Darms, wegen Tuberculose des Coecums und endlich wegen Invagination des Ileums in das Colon ausgeführt hat. In dem ersten Falle wurde ein palliativer Erfolg, in den übrigen Fällen Heilung oder ganz beträchtliche Besserung erzielt. Das Operationsverfahren bestand darin, daß mittelst einer Incision handbreit über dem POUPART'schen Bande, parallel zu diesem und etwas nach außen geführt, das Abdomen eröffnet wird, worauf man sich über die Natur des Tumors und über die eventuell mögliche Exstirpation desselben zu orientiren hat. Ist letzteres, wie in den vorgestellten Fällen, ausgeschlossen, so sucht man eine gesunde Partie des Ileums gegen eine gesunde Partie des Colon ascendens heranzuziehen, fixirt die Darmstücke, macht beiderseits eine 4 Cm. lange Incision und vereinigt durch Nähte. H. hat sich stets der gewöhnlichen Darmnaht bedient, da er keinen Grund hatte, dieselbe zuverlassen.

Discussion über die Heilserumtherapie der Diphtherie.

(Schluß.)

UNTERHOLZNER kommt auf eine Reihe von Bemerkungen zurück, welche KASSOWITZ bezüglich der Statistik des Rudolf-Kinderspitales gemacht hat, und constatirt, daß zur Zeit, als das Serum in beschränktem Maße zur Verfügung stand, die leichten Diphtheriefälle ohne Serum

und nur die schweren und schwersten Fälle mit Serum behandelt wurden. Was die große Differenz zwischen der Sterblichkeit der mit und der ohne Serum behandelten Fälle betrifft — 25·8% und 66·6% —, so ergab sich ein ähnliches Verhältniß, nämlich 22·2% und 65·6%, im St. Josefs-Kinderspitale.

KASSOWITZ replicirt auf die Ausführungen seiner Vorredner. (Erscheint ausführlich an erster Stelle dieser Nummer.)

MONTI wendet sich mit seinen Ausführungen in erster Linie gegen die Vorwürfe KASSOWITZ', welche dieser gegenüber BEHRING und seiner Methode erhoben hat. Er sucht zunächst zu beweisen, daß es nicht richtig sei, wenn man sage, BEHRING habe zuviel versprochen. Es gehe nicht an, die ungünstigen Erfolge einzelner Beobachter oder Spitäler als Argument gegen die Heilserumtherapie anzuführen, ohne die Verhältnisse genauer zu analysiren. Ebensowenig sei es gestattet, ohne Beobachtung am Krankenbette und Erfahrung am Secirtische die zu Recht bestehenden Beobachtungen in einer Weise zu bekämpfen, wie dies geschehen sei. Ferner weist M. darauf hin, daß KASSOWITZ in der Verwerthung der vorliegenden Berichte nicht völlig objectiv vorgegangen sei und nur das mitgetheilt habe, was gegen die BEHRING'sche Methode spreche. Dies gelte vor Allem von den Mittheilungen SOLTMANN'S, GANGHOFNER'S, BAGINSKI'S

Wenn behauptet wurde, daß sich in Berlin der Enthusiasmus für die Heilserumtherapie bedeutend abgekühlt habe, so entspreche dies durchaus nicht den Thatsachen. Auch die jüngst bekannt gewordene Berliner Statistik sei nicht so schlecht. Während in Berlin von Anfang November 1893 bis Mitte Januar 1894 424 Diphtheriefälle mit 44% Mortalität vorkamen, wurden in der gleichen Periode des nächsten Jahres 727 Fälle mit Heilserum behandelt und hievon starben nur 128 = 16% Mortalität. Ferner sei die Behauptung KASSOWITZ', daß die Heilserumtherapie in Wien an der allgemeinen Mortalität spurlos vorübergegangen sei, nicht ganz zutreffend, da dieselbe in der Heilserumperiode 30·5% und in den entsprechenden Abschnitten der Vorjahre 34, resp. 37 und 36% betrug. Der Schluß, daß deshalb, weil in den Wiener Apotheken viel Heilserumfläschchen verkauft wurden, die Mehrzahl der Diphtheriefälle in Wien mit Heilserum behandelt wurde, sei ganz ungerechtfertigt.

Zum Schlusse gibt M. eine Zusammenstellung aller bisher bekannt gewordenen statistischen Beobachtungen mit dem Heilserum. Danach kamen zur Behandlung, resp. starben:

	Kranke	Todesfälle	Procentverhältniß
In Wien	237	54	22·8
„ Oesterreich-Ungarn	481	72	14·9
„ Berlin	1109	193	17·4
„ Deutschland	277	41	14·8
„ Italien	90	13	14·4
„ Frankreich	490	64	13·0
„ Holland	14	1	7·1
„ England	1190	278	23·3
Summe	3888	716	18·4

Diese Zahlen beziehen sich auf 44 Beobachter, wovon nur drei, nämlich GNÄNDINGER, KÖRTE und KRASKE, dieselben oder schlechtere Verhältnisse wie früher constatirten. Wenn man auch der Statistik nicht allzu sehr vertrauen dürfe, so müsse man doch zugeben, daß diese Zahlen der größten Kinderspitäler der Welt das Eine beweisen, daß das Diphtherieheilserum das beste bisher bekannte Mittel gegen Diphtherie darstellt. Lassen wir uns daher, schloß Redner, nicht durch einen der gründlichen Erfahrung entbehrenden Skepticismus und durch eine nicht objective Kritik in der weiteren Anwendung des Diphtherieheilserums stören. Mit der größeren Erfahrung wird es gelingen, diese Heilmethode zu vervollkommnen und sie so zu gestalten, daß sie allen Anforderungen entspricht.

PALTAUF bemängelt an dem Vortrage KASSOWITZ', daß er sich an Nebensächliches geklammert habe, ohne die Hauptsache zu widerlegen. Die Präventivimpfungen mit dem Heilserum seien nicht im Entferntesten mit der Vaccination zu vergleichen, da hier der Unterschied zwischen Giftfestigkeit und Infectionsfestigkeit in Betracht käme. KASSOWITZ habe sich mehr in eine Kritik BEHRING'S als der Heilserummethode eingelassen, an welcher ja auch eine Reihe anderer Forscher mitgearbeitet habe. Schließlich habe die ganze Debatte den einen auffallenden Umstand gezeigt, daß alle Jene, welche Gelegenheit hatten, selbst zu beobachten, der Heilserumtherapie günstig gegenüber standen, während Diejenigen, welche sich nur auf die Literatur stützten und der selbstständigen Untersuchung, der eigentlichen Basis jeder wissenschaftlichen Forschung, entbehrten, als Gegner der Sache auftraten. Es sei zu hoffen, daß sich auch diesmal das alte Sprichwort bewähre: „Probiren geht über Studiren."

Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 30. Januar 1895.

Vorsitzender: Prof. KOLISKO.

Dr. COËN: Ueber Sprachstörungen und ihre Behandlung.

Das Gebiet der Sprachstörungen, welche besonders nach der grundlegenden Arbeit KUSSMAUL'S eine bedeutende Ausdehnung gewonnen, wird nach dem letzteren Verfasser eingetheilt in: 1. Dysarthrien und Dyslalien; 2. Dysphasien; 3. Dyslogien; Dysphrasien. Unter den ersteren werden die Anomalien der Articulation, unter den zweiten jene der Diction, unter den dritten jene, welche in der Gedankenbildung bei der Sprache sich geltend machen, und unter den letzteren endlich zwei Störungen der Rede verstanden, welche als Folge der Dyslogien in der Sprache vorkommen.

Von diesem umfassenden Stoff behandelt Redner in seinem Vortrage nur die Dysarthrien und Dyslalien, da dieselben der praktischen Bekämpfung mehr zugänglich sind als die übrigen, welche meist nur einen wissenschaftlichen Werth besitzen.

Von diesem Standpunkte ausgehend, betrachtet Redner die oben angeführten Anomalien als die eigentlichen Sprachstörungen und theilt dieselben in:

1. Articulationsstörungen der Sprache,
2. Functionsstörungen der Sprache.

Zu den ersteren gehören: das periphere Stammeln (Psellismus) mit seinen Unterarten: Lispeln (Blaesitas), Schnarren (Rhotacismus), Dahlen (Gammacismus) und das Näseln (Rhinolalia).

Zu den letzteren gehören: das functionelle Stammeln, das Poltern (Sermonis tumultus), das Gaxen oder Stoxen (Angophrasia KUSSMAUL), der Sprechkrampf (Aphthongia), die Sprechscheu (Lalophobia) und schließlich das Stottern (Balbuties).

Redner beschreibt jede einzelne Anomalie, verweilt aber besonders bei dem Stammeln und Stottern, als jenen Störungen der Sprache, welche am häufigsten vorkommen und praktisch am wichtigsten sind.

Das Stammeln ist die Eigenschaft, einzelne Laute unvollkommen oder gar nicht articuliren zu können, während das Stottern jene Anomalie bildet, welche wesentlich in einem von Krämpfen oder Wiederholung der Silben und Wörter unterbrochenen Sprechen besteht, welches nicht continuirlich, sondern intermittirend und unter dem Einflusse besonderer äußerer oder innerer Eindrücke zu Stande kommt.

Das Stottern tritt unter verschiedenartigen Erscheinungen auf, so daß nach Redners Beobachtung man behaupten kann, es gebe kaum zwei Fälle von diesem Sprechgebrechen, die in ihren Symptomen sich vollständig decken.

Redner bespricht zum Schlusse seines Vortrages die Therapie dieser Uebel, welche beim Stammeln in der Demonstration und Belehrung der einzelnen Laute und Uebung derselben durch passende Silben, Wörter und Sätze, jene des Stotterns in der methodischen Anwendung von Athem-, Stimm- und Sprechübungen besteht, welche nach einer vom Redner verfaßten Methode vorgenommen werden müssen. Außer dieser Gymnastik ist es zur Bekämpfung des Stotterns unerläßlich: die Hebung der Energie und

des Willens der Patienten, denn dieses Moment spielt eine der Hauptrollen der Stottertherapie.

Zum Schlusse demonstrirt Redner bei zwei jüngeren Patienten die praktische Anwendung seines Heilverfahrens und betont, daß, um Resultate bei dieser Behandlung zu erzielen, eine consequente und ausdauernde Thätigkeit sowohl seitens des Spracharztes, als auch der Patienten unbedingt nöthig ist.

Discussion.

Dr. Herz interpellirt den Vortr. wegen eines Sprachfehlers, den er an einem Manne beobachtete, der aus dem Baß auf einmal in die höchsten Fisteltöne überging.

Dr. Coën hat einige solche Fälle gesehen. Er bezeichnet sie als Dystonien, da die Leute nicht immer den richtigen Ton behalten können. Solche Fälle sind übrigens sehr selten. Therapeutisch empfiehlt er Elektricität und Stimm- und Sprechübungen.

Dr. H. Weiß bemerkt, daß Leute, die stottern, beim Sprechen durch irgend eine Bewegung diesen Fehler zu maskiren suchen. Er gibt in den meisten Fällen den Rath, vor dem Sprechen tief einzuathmen oder ungestört die Mitbewegungen zu machen. Ferner erwähnt er der Chorea laryngis, bei welcher der Sprachfehler mit der Chorea selbst zurückzugehen pflegt. Manchmal aber bleibt der Sprachfehler zurück und solche Leute recidiviren später an Chorea. Endlich gibt es Patienten, besonders Hysteriker, die ein eigenthümliches Glucksen haben. Bei solchen wendet Prof. Benedikt den Magnet am Halse häufig mit gutem Erfolge an. Manchmal konnte das Stottern auch durch Faradisation des Zwerchfelles geheilt werden.

Dr. Coën hat von der elektrischen Behandlung des Stottern keine besonderen Erfolge gesehen und mußte immer zu den Athemübungen zurückkehren.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

(Sitzung vom 30. Januar 1895.)

Neumann stellt einen Fall von Argyrie des Bulbus bei einem Glasbläser vor.

Carl Ullmann demonstrirt einen jungen Mann, bei welchem sich im Anschlusse an einen sexuellen Exceß Erscheinungen einer Epididymitis entwickelt hatten, ohne daß vorher Urethritis oder Gonorrhoe bestanden hätte. Im Urin Blut und kurze Filamente, in letzteren Coccen, aber keine Gonococcen. Aetiologisch ist es denkbar, daß die Hyperämie zu einer Entzündung die Gelegenheit abgab, was umso wahrscheinlicher wird, als die Harnröhre auch normaler Weise Mikroorganismen birgt.

Lang weist auf die von ihm beobachteten Fälle hin, bei denen eine Schwellung des Nebenhodens auf Spermastauung zurückgeführt werden konnte.

Neumann steht entschieden auf dem Standpunkte, daß bei einem Falle von Epididymitis mit Fäden im Urin die Annahme einer abgelaufenen Gonorrhoe näher liege als alles Uebrige.

Ullmann constatirt dem gegenüber, daß Pat. gewiß keine Urethritis gehabt habe.

Ullmann stellt einen Pat. vor, welcher vor 20 Jahren eine luetische Affection gehabt hatte, und bei dem sich im Verlaufe einiger Monate an beiden Rändern der Zunge je ein Geschwür und an der Zungenspitze eine Induration entwickelt hatte, während zwischen den einzelnen Ulcerationen Psoriasis linguae besteht. Der Fall erscheint interessant durch die Multiplicität im Auftreten von Carcinomknoten in der Zunge.

Finger weist im Anschlusse an diesen Fall darauf hin, daß Carcinomknoten sich auch zuweilen mitten in der Muskelsubstanz der Zunge entwickeln können und berichtet über einen hieher gehörigen Fall.

Lang berichtet über einen Fall, bei welchem im Innern der Zunge eine multiple höckerige Geschwulst zu constatiren war, die durchaus nicht die Charaktere des Carcinoms hatte. L. dachte an Actinomykose. Doch ergab die anatomische Untersuchung zweifellos Carcinom.

Ehrmann glaubt, daß das Carcinom der Zunge häufiger unter dem Bilde auftrete, wie Finger es geschildert habe, während Fälle nach dem vorgestellten Typus selten sind. Er berichtet über einen vor Kurzem beobachteten Fall, bei dem es ganz plötzlich gleichfalls im Anschluß an eine Psoriasis mucosae oris zur Entwicklung eines tiefen, kraterförmigen Geschwüres auf der Zungenoberfläche gekommen war.

Neumann hebt die nicht selten vorkommenden Combinationen von Syphilis und Carcinom der Zunge hervor. So kann ein Individuum, welches an einem sicher constatirten Gumma der Zunge leidet, an Carcinom erkranken. In derartigen Fällen wird die Basis weicher, die Oberfläche bleibt derb.

Kaposi findet den vorgestellten Fall nicht blos wegen der Multiplicität der Carcinomknoten, sondern auch deshalb interessant, weil alle Herde die Champignonartige Form aufweisen.

Finger erwähnt noch bezüglich der Reaction des Carcinoms auf Mercurbehandlung zwei Fälle, welche durch Quecksiber in ganz ausgesprochener Weise beeinflußt wurden, indem es in beiden Fällen, einem Carcinom der Nase und einem Carcinom des Sulcus coronarius, binnen kurzer Zeit fast zum Verschwinden des Carcinoms und nach wenigen Wochen zu einem rapiden Zerfall kam. Es ist somit die Reaction auf Quecksilber noch kein sicherer Beweis für Syphilis.

Kaposi stellt einen Fall von Erythema bullosum vor. Pat. zeigt an beiden Händen, Vorderarmen, Ellbogen zahlreiche bis taubeneigroße Blasen, während die Vorderarme durch Efflorescenzen von Erythema annulare bedeckt sind. Dem entsprechende Erscheinungen an den Unterschenkeln und Füßen; im Gesichte Erscheinungen wie bei einem eben abgetrockneten Eczem. Die typische Localisation an Händen und Füßen, sowie das Einhergehen der einzelnen Nachschübe mit Erythemformen spricht gegen Pemphigus, und es dürfte sich, da der Stamm von Blaseneruptionen frei geblieben ist, um einen acuten, cyklisch verlaufenden Proceß, um ein Erythema bullosum, handeln.

Neumann gibt zu, daß die Localisation der Eruptionen für die Diagnose maßgebend ist; nichtsdestoweniger kommen Fälle vor, bei denen man ursprünglich geneigt ist, Herpes iris anzunehmen, der sich aber später als Pemphigus weiter entwickelt. N. erörtert noch die Frage des Vorkommens vom Pemphigus acutus, welcher bisher bei Erwachsenen nie beschrieben wurde; hingegen hält er dessen Vorkommen bei Kindern in den ersten Lebensjahren für sicher.

Rille demonstrirt aus Neumann's Klinik einen Pat. mit Orchitis metastatica nach einer jetzt im Ablauf begriffenen, noch deutlich nachweisbaren beiderseitigen Parotitis epidemica. Hode und Nebenhode vergrößert und druckempfindlich, außerdem ein leichter Erguß in die Scheidenhaut des Hodens; Samenstrang fingerdick und druckempfindlich.

Derselbe stellt mehrere Fälle von Bubonen und Bubonulis nach venerischen Geschwüren vor und berichtet über seine mit dem Incisionseiter vorgenommenen Impfungen. Dieselben ergaben in 32 Fällen ein negatives Resultat, und zwar gleichgiltig, ob der Eiter aus der Tiefe zur Inoculation benutzt, oder ob der Eiter bei offener Wundbehandlung verwendet wurde. Desgleichen war der bacterielle Befund ein negativer.

Nobl bestätigt diese Erfahrungen auf Grund seiner Versuche mit dem durch Punction von Bubonen gewonnenen Eiter.

Zur Behandlung der Bartholinitis.

Lang gibt ein Verfahren der operativen Behandlung jener Bartholinitiden an, welche jeder anderen Behandlungsart trotzen. Dasselbe besteht in Folgendem:

Zunächst wird der Ausführungsgang der Drüse umschnitten, wobei die Schnitte nach rückwärts gegen die hintere Vaginalwand gerichtet sind. Hierauf wird die Schleimhaut abpräparirt, der entzündete Körper der Drüse mit allen seinen Aesten und Verzweigungen exstirpirt. Die auf diese Weise entstandene große Wundhöhle wird zunächst durch verlorene Catgutnähte, die in der Tiefe angelegt werden, verkleinert, bis der ganze todte Raum geschlossen ist. Die nun resultirende spaltförmige Wundfläche wird durch eine Schleimhautnaht vollständig geschlossen. Diese Methode hat L. in einer ganzen Reihe von Fällen mit glänzendem Erfolge angewendet und kann sie bestens empfehlen.

Kaposi stellt einen Fall von Syphilis annularis ulcerosa serpiginosa vor, der dadurch interessant ist, daß diese ausgesprochene Spätform bei einer Pat. auftritt, welche erst seit 4 Monaten luetisch afficirt ist und gleichzeitig nässende Papeln an den Genitalien zeigt.

Derselbe stellt ferner einen Pat. mit Psoriasis an Händen und Füßen vor, welcher außerdem am Stamme Psoriasisknötchen in solcher Kleinheit und derart gehäuft zeigt, daß man, wenn nicht sonst typische Psoriasisefflorescenzen vorhanden wären, an ein kleinpapulöses Syphilid oder an Lichen scrophulosorum denken könnte.

Verein der Aerzte in Steiermark.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Dr. GUTTMANN berichtet eingehender über einen Fall von Angina diphtherica mit schwereren Collapssymptomen und hohen Temperaturen, Foetor ex ore, dünnflüssigem Secrete aus der Nase bei einem 15jährigen Studenten, bei dem nach einer Injection von BEHRING'S Serum Nr. 3, die von dem Redner und Prof. ESCHERICH vorgenommen worden war, eine auffallende Besserung der Symptome sich eingestellt hatte. Die Injection war am 5. Tage der Erkrankung vorgenommen worden.

Prof. ESCHERICH meint, daß der Fall nach dem klinischen Bilde nicht echter Diphtherie, sondern eher einer septischen Affection gleichgesehen hätte, daß jedoch die bacteriologische Untersuchung reichliches Vorkommen von Diphtheriebacillen erwiesen hätte. Man habe auch bei solchen Fällen Serum injicirt, allein der Erfolg wäre kein so exacter, wie bei reiner Diphtherie.

Dr. KOSSLER: Ueber das Vorkommen von Harncylindern im Harn ohne gleichzeitige Ausscheidung von Serumeiweiß.

K. berichtet über eine Reihe von Beobachtungen über das Vorkommen von Harncylindern im Sediment bei Fehlen von echter Albuminurie. Mit Hilfe der Centrifuge konnte dieser Befund in einer relativ großen Anzahl von Fällen constatirt werden.

Die Untersuchungen, bei welchen sich ein nach dieser Richtung positiver Befund ergab, betreffen 18 Fälle von chronischer Lungentuberculose mit hectischem Fieber, 2 Fälle von Endocarditis rheumatica, 3 Fälle infectiöser Lungenerkrankungen, je 1 Fall von Abdominaltyphus und Scarlatina, 2 Fälle von Phosphorvergiftung. In keinem dieser Fälle konnten die klinischen Symptome einer Amyloidosis erhoben werden, wie auch die Annahme eines Morb. Brightii unzulässig erschien in Berücksichtigung der dauernden Abwesenheit von Albuminurie, des Fehlens consecutiver Kreislaufsveränderungen und des Fehlens irgend welcher als Urämie deutbarer Störungen.

Von den verschiedenen Formen der Cylinder wurden hyaline und granulirte, manchmal auch wachsartige und Leukocytencylinder, auffallend häufig — und dies ist besonders hervorzuheben — Epithelial- und Blutcylinder gefunden.

In der Mehrzahl der Fälle wurde neben der Cylindrurie als weiteres Symptom Nucleoalbuminurie beobachtet.

Die mikroskopisch-anatomische Untersuchung der Nieren in einigen der obgenannten Fälle, wo während des Lebens Cylinder im Harn beobachtet wurden, ohne daß Ausscheidung von Serumeiweiß bestanden hätte, wohl aber Nucleoalbuminurie vorhanden war, ergab folgendes Resultat:

Ausgeprägte entzündliche Veränderungen diffuser oder circumscripter Form wurden durchgehends vermißt.

Bedeutend dagegen stellten sich die Veränderungen an den Epithelien der Harncanälchen dar, und zwar wurden alle Stadien der Nekrobiose der Zellen bis zu vollständiger Nekrose angetroffen. Diese Epithelveränderungen waren nicht gleichmäßig über die ganze Niere verbreitet, zeigten sich vielmehr in Form von Herden auf einzelne Partien beschränkt.

K. faßt das Vorkommen von Cylindrurie und Nucleoalbuminurie neben einander als ein Syndrom sui generis auf und stellt dasselbe der anderen Form der Cylindrurie, der mit echter Albuminurie einhergehenden, gegenüber und beleuchtet die Beziehung dieses Syndroms zu den klinisch bekannten Arten der Nucleoalbuminurie, insbesondere zu jener, welche bei verschiedenen Infectionskrankheiten und Intoxicationen vorkommt. Semiologisch darf das Vorhandensein von Cylindern bei bestehender Nucleoalbuminurie für die Annahme von Epithelialveränderung degenerativer Art verwerthet werden. Das Bestehen exsudativer Processe in der Niere in halbwegs größerem Umfange ist auszuschließen.

Prof. HOLL: Ueber Gesichtsbildung.

Redner bespricht zuerst die Rolle, welche bei der Bildung des Gesichtes den Weichtheilen zukommt, und die Rolle, welche bei derselben die Skelettheile des Schädels spielen und erörtert die Frage, worin die Verschiedenheiten in den Gesichtsformen bestehen. Man kann bei Erwachsenen zwei Typen des Gesichtes aufstellen, den lang und schmalen und den kurz und breiten Typus. Er erörtert die verschiedenen hier in Betracht kommenden Maße und deren Art, die verschiedenen Längen- und Breitenmaße. Der Langschädel ist um 17 Mm. länger als der Kurzschädel und um 16 Mm. schmäler als derselbe. Das Kurzgesicht hat ein höheres Obergesicht als das Langgesicht. Das Langgesicht ist unten um $^{34}/_{1000}$ größer als das Kurzgesicht. H. schildert dann die einzelnen Theile des Gesichtes bei Lang- und Kurzgesichtern und präcisirt die anatomischen Unterschiede bei beiden Arten von Gesichtern. Diese ergeben sich aus der genauen und sorgsamen Vergleichung und Messung der einzelnen Theile des Gesichtes.

Wie verhalten sich diese Dinge bei Neugeborenen? Alle Neugeborenen sind Breitgesichter. Hier ist die Länge des Gesichtes um 20 Mm. größer als die Breite. Das neugeborene Kind hat eine längere Nase als die Lang- und Kurzgesichter, die Nase ist sehr stark entwickelt, sie wächst wenig im späteren Leben. Auch der Alveolarfortsatz ist sehr groß. Gegenüber den Neugeborenen bilden die Zähne bei Erwachsenen das Plus.

Ein Kurzschädel sieht dem Neugeborenen mehr gleich wie ein Langschädel. Weiter müssen noch die Tiefendimensionen der Schädel berücksichtigt werden.

Die Ueberführung des Schädels der Neugeborenen zu dem des Erwachsenen findet statt durch die Dentition. An den Durchbruch der Zähne ist das Längerwerden des Gesichtes gebunden.

Bei Greisen, bei denen die Zähne verloren gegangen, sinkt das Verhältniß zwischen Länge und Breite des Gesichtes ärger als bei Neugeborenen.

Durch Wegnahme des Processus alveolaris kann man jeden Schädel eines Erwachsenen in einen Greisenschädel verwandeln.

Für alle Schädel ist das Skelet einzig und allein das Charakteristische und alle Racenunterschiede der Gesichter zeigen nur in der Skeletbildung Verschiedenheiten. Nur daraus erklären sich die Varietäten. Schließlich bespricht H. die von DÜRER construirten Gesichtstypen. Der Vortr. illustrirte seine Auseinandersetzungen durch eine große Zahl von Präparaten, Tabellen und Zeichnungen.

hs.

Notizen.

Wien, 9. Februar 1895.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte.) Am 6. d. M., da der Todestag BILLROTH'S sich jährte, berief die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien ihre Mitglieder zu einer außerordentlichen Sitzung, um die den Manen BILLROTH'S, des intellectuellen Gründers des prächtigen Heimes der Gesellschaft, gewidmete Marmorbüste feierlich zu enthüllen. Eine stattliche Anzahl von Schülern, Freunden und Verehrern BILLROTH'S wohnte diesem Acte dankbarer Erinnerung bei. Hofrath ALBERT hielt die Festrede. Er entwarf in formvollendeter und gedankenreicher Rede ein lebensvolles Bild jener Zeit des wissenschaftlichen und politischen Aufschwunges, da es BILLROTH, dem rechten Manne zur rechten Zeit, beschieden war, in das öffentliche Leben Wiens und in die Schicksale der Wiener medicinischen Schule einzugreifen. Zug um Zug schilderte dann der Redner des genialen Todten Eigenart, seine Verdienste um die „Gesellschaft der Aerzte", seine Bestrebungen und Erfolge im öffentlichen Leben. Wenn auch BILLROTH, so schloß der Redner, aus dem Kreise der Irdischen geschieden, so habe er nicht aufgehört, zu sein. Er gehöre der Geschichte an und in seinem Bilde erstrahle er uns und kommenden Generationen als ein mächtiger Führer.

(Laryngologische Gesellschaft.) In Wien hat sich dieser Tage unter dem Vorsitze des Prof. STOERK die laryngologische Gesellschaft constituirt, als deren Vicepräsident Prof. O. CHIARI, als Schriftführer Dr. KOSCHIER, als Oekonom Doc. Dr. ROTH, als Bibliothekar Doc. Dr. GROSSMANN fungiren. Die erste wissenschaftliche Versammlung dieser Gesellschaft wird am 14. Februar, 7 Uhr Abends, in der laryngologischen Klinik stattfinden.

(Statistik der Infectionskrankheiten.) Vor wenigen Tagen hat das Sanitätsdepartement des Ministeriums des Innern im „Oesterr. San.-W." über die in den Jahren 1892 und 1893 in Oesterreich zur Anzeige gelangten Infectionskrankheiten ausführlich berichtet. Wir entnehmen dem übersichtlichen Elaborate nachstehende Daten: Die Zahl der Blatternerkrankungen ist seit dem Jahre 1889 von 50.145 auf 21.274 und 19.699 in den Berichtsjahren, also um 60%, die Mortalität an Variola von 8385 auf 3735 (= 55%) gesunken, ein neuerlicher Erfolg der Schutzpockenimpfung, zumal des in Form der Vaccination und Revaccination in Oesterreich geübten indirecten Impfzwanges. Denn während von den geimpften Kranken etwa ein Zwölftel starb, betrug die Mortalität bei den Ungeimpften ein Drittel der an Variola Erkrankten. — Scharlach zeigte seit dem Jahre 1889 eine bemerkenswerthe Zunahme. Die Zahl der Gemeinden stieg von 2278 auf 3434, die der Fälle von 30.566 (im Jahre 1889) allmälig auf 43.882 (im Jahre 1893). Es scheint, daß ausgedehnte Scharlachepidemien seltener werden, daß aber die Krankheit mehr und mehr sich einbürgert und nicht mehr für kürzere oder längere Zeit vollständig verschwindet, wie es früher zumeist der Fall war. Innerhalb der letzten 5 Jahre schwankte die Zahl der Todesfälle in Folge von Scharlach zwischen 10.453 (1889) und 13.790 (1893). — Auch Croup und Diphtheritis haben während der fünf Berichtsjahre an Ausbreitung und Zahl zugenommen, obgleich die Anzeigepflicht gerade bei diesen Erkrankungen mangelhaft geübt worden sein soll. Die Zahl der Erkrankung betrug 1893 35.387 gegen 19.939 des Jahres 1890. Das Mortalitätsverhältniß ist von 36·6 auf 59·6 pro 100.000 Einwohner gestiegen. Das Letalitätsverhältniß blieb in den 5 Jahren ein ziemlich constantes, es bewegte sich zwischen 38 1 und 43·8% der Erkrankten. Im Jahre 1893 starben von je 100 Erkrankten: in Niederösterreich, Schlesien 34·8, in Görz-Gradiska 33·4, in Triest und Gebiet schon 51·0, in Dalmatien gar 62·2. — Die Zahl der Erkrankungsfälle an Masern erreichte im Jahre 1890 den höchsten Stand (182.721), ging aber in den folgenden Jahren allmälig wieder zurück, bis auf 121.541 im Jahre 1893. Der allgemeine Krankheitscharakter ist in den letzten Jahren ein milderer geworden. Die für Oesterreich berechnete Morbiditätsziffer betrug in den Jahren 1892 und 1893 5 pro Mille der Bevölkerung. — Die Erhöhung der Zahl der Krankheitsfälle beim Ileotyphus (von 20.846 allmälig ansteigend auf 36.349 im Jahre 1892 und 27.946 im Jahre 1893) kommt zum Theil auf Rechnung der in den beiden letzten Jahren häufiger erstatteten Anzeigen. Als Ursache des so häufigen Auftretens der Krankheit im italienischen Theile Tirols wurden ebenso wie hinsichtlich des epidemischen Auftretens derselben in anderen Ländern zumeist ungünstige Trinkwasserverhältnisse beschuldigt. 14·9—15·5% der Erkrankungsfälle verliefen letal. — Der Flecktyphus hat in Oesterreich stark abgenommen; Schlesien blieb 1893 von dieser Krankheit ganz verschont, in Mähren und Galizien sank die Zahl der Erkrankungen auf die Hälfte. — Von der Cholera asiatica wurden 1892 214 Erkrankungs- und 125 Todesfälle constatirt, zumeist war Galizien befallen, wohin sie aus Rußland eingeschleppt wurde. Im Jahre 1893 gelangten 1547 Erkrankungs- und 913 Todesfälle zur Anzeige. — Die Dysenterie hat während der fünf Berichtsjahre stark abgenommen, das Kindbettfieber, wohl aus dem Grunde, weil die Anzeigen häufiger erstattet worden, dagegen zugenommen. Im Jahre 1893 betrug die Mortalität des Puerperalfiebers nicht weniger als 51·3%. — Die Kosten der Epidemietilgung betrugen 1892 fl. 332.000, 1893 fl. 387.000, von welchen Beträgen auf Choleraprophylaxe allein fl. 131 000, resp. fl. 213.000 entfielen. Per Kopf der Bevölkerung berechnet, haben die Kosten des Epidemiekrieges im Jahre 1892 fl. 1·39, im Jahre 1893 fl. 1·62 betragen.

(Universitäts-Nachrichten.) Ernannt wurden: Der a. o. Professor der gerichtlichen Medicin an der deutschen Universität in Prag, Dr. P. DITTRICH, zum ordentlichen Professor; der a. o. Professor der Dermatologie und Syphilis an der czechischen Universität in Prag, Dr. VICTOR JANOVSKY, zum ordentlichen Professor; der a. o. Professor der Kinderheilkunde an der Universität Berlin, Dr. HENOCH, zum ordentlichen Professor; die Privatdocenten an derselben Hochschule: Dr. IMMANUEL MUNK (Physiologie), Dr. LANDAU (Gynäkologie), ferner Dr. GOLDSCHEIDER und Dr. KRÖNIG (innere Medicin) zu Titularprofessoren; der a. o. Professor der gerichtlichen Medicin an der Universität Genua, Dr. A. SEVERI, zum ordentlichen Professor; der Privatdocent der Augenheilkunde an der Universität Heidelberg, Dr. LEOP. WEISS, zum a. o. Professor. — Habilitirt haben sich: Dr. M. MENDELSOHN für „Krankenpflege und specifische Therapie" in Berlin; Dr. FRIEDRICH für Chirurgie in Leipzig; Dr. NAGEL für Physiologie in Tübingen; Dr. GERHARDT für innere Medicin in Straßburg; Dr. RESPIGHI für Dermatologie und Syphilis in Bologna.

(Aus Prag) wird uns berichtet: Am 26. Januar hat im Sitzungssaale der Statthalterei unter Intervention des Statthaltereipräsidenten die Constituirung der Aerztekammer in Anwesenheit sämmtlicher Kammermitglieder der deutschen und czechischen Section in feierlicher Weise stattgefunden. Bei der Wahl des Kammerpräsidenten fielen in 2 Wahlgängen je 25 Stimmen auf den Candidaten der deutschen Section Prof. Dr. PETŘINA und den der czechischen Section Dr. OSTRČIL, worauf das Los zu Gunsten des Letzteren entschied. Zum Kammervicepräsidenten wurde Prof. PETŘINA einstimmig gewählt. Hierauf wählte jede Section ihren Vorstand. Von deutscher Seite gingen Prof. v. ROSTHORN, Docent Dr. HERRNHEISER und Dr. FREIGANG aus Bodenbach, von czechischer Seite Prof. JANOVSKY, Dr. NEČAS, Dr. BERGER aus der Urne hervor. Zu Verstandsstellvertretern wurden von der deutschen Section Dr. KAULICH (Prag), Dr. SOMMER (Franzensbad), HANISCH (Reichenberg), von der czechischen Section Dr. JEŽEK (Prag), PFŠENA (Prag), KALLMÜNZER (Melnik) gewählt. Zum Delegirten in den Landessanitätsrath wurden Prof. PETŘINA (deutsch), Dr. OSTRČIL (czechisch) per acclamationem gewählt. Unmittelbar nach der Constituirung der Kammer hielt die deutsche Section die erste Sitzung ab. In derselben wurde der jährliche Kammerbeitrag für jedes Mitglied auf 5 fl. festgesetzt, dem Vorstande jedoch anheimgegeben, in berücksichtigungswerthen Fällen einen gänzlichen oder theilweisen Nachlaß zu gewähren. Der Antrag des Dr. M. WEISS, der Vorstand möge beim Landesausschuß und dem Landtage geeignete Schritte unternehmen, daß die das passive Wahlrecht der Gemeinde- und Districtsärzte illusorisch machende Bestimmung in dem Entwurfe einer Gemeindewahlordnung (s. „Wiener Med. Presse", Nr. 5, S. 191) eliminirt werde, ist einstimmig angenommen worden. Die Ausarbeitung einer Geschäftsordnung wurde einem Comité zugewiesen.

(Landwehrärztliches Officierscorps.) Der Regimentsarzt I. Cl. Dr. FRANZ JOSIF und der Regimentsarzt II. Cl. Dr. LUDWIG ZIEMBICKI sind in den Activstand der k. k. Landwehr übersetzt worden.

(Der XIII. Congreß für innere Medicin) wird in der Zeit vom 2.—5. April d. J. unter v. ZIEMSSEN'S Vorsitz in München abgehalten werden. Folgende Themen sollen zur Verhandlung kommen: Die Eisentherapie (Reff. QUINCKE und BUNGE); Die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie (Ref. HEUBNER); Die Pathologie und Therapie der Typhlitiden (Reff. SAHLI und HELFERICH). — Außerdem sind schon derzeit zahlreiche Vorträge angemeldet.

(Gießhübl.) Am 27. Januar d. J. fand die Eröffnung der Localbahn Welchau-Wickwitz-Gießhübl statt, durch welche der weltbekannte, reizende Curort mit der Hauptstrecke der Buschtiehrader Bahn verbunden wird. Die Einbeziehung von Gießhübl in den Weltverkehr ist der Opferwilligkeit des Besitzers dieses Curortes, Heinrich Edl. v. Mattoni, zu danken. Damit ist ein neues Moment für das fernere Gedeihen dieses aufblühenden Ortes gegeben.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung Montag den 11. Februar 1895, 7 Uhr Abends, im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Prof. Dr. Wilhelm WINTERNITZ: Die Hydrotherapie der Infectionskrankheiten aus actuellen Gesichtspunkten.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 13. Februar 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. ANTON BUM: Die mechanische Behandlung der Hemikranie.
3. Wahl neuer Mitglieder.

Nr. 7. Sonntag den 17. Februar 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Mumps der Thränendrüsen.

Von **Dr. Hans Adler,** k. k. Primararzt in Wien.

Wie bei anderen Infectionskrankheiten, beobachtet man auch bei Mumps während und nach[1]) Ablauf der Parotitis Augenaffectionen.

Von den während der Parotitis auftretenden Complicationen am Auge sind zu erwähnen: Der acute Bindehautcatarrh, die häufigste, wohl jeden Fall von epidemischer Parotitis begleitende Augenaffection; dann Photophobie mit vermehrter Thränenabsonderung. Nicht selten kommt es zu Oedemen der Augenlider und chemotischer Schwellung der Bindehaut des Auges. Diese letztere Erscheinung ist aber nichts Anderes, als ein Uebergreifen der Schwellung des Parotis-Gebietes auf das benachbarte Gebiet, wie wir dies durch gleichzeitige Intumescenz der Kinngegend, manchmal nach unten bis zum Schlüsselbein, beobachten können. Hatry beobachtete einige Fälle von Amblyopie und Farbenblindheit und führt sie auf eine nachweisbare Hyperämie des Opticus zurück. Er sah davon Heilung in 14 Tagen. Selbst Retinitis und Neuritis wurden beobachtet.

Von besonderem Interesse sind jene Fälle, wo bei Mumps gleichzeitig mit der Parotiden-Schwellung acute Schwellungen der Thränendrüsen auftreten. Es muß auffallen, daß diese Combination im Ganzen so selten ist, ja daß bisher nur wenige Fälle von echtem Mumps der Thränendrüse vorliegen, während gleichzeitige Orchitiden eine häufige Erscheinung sind, so daß sie bei einzelnen Epidemien, wie der von Granier beobachteten, bei 23% sämmtlicher Mumpsfälle constatirt wurden.

Entzündungen der Thränendrüsen sind im Ganzen sehr selten. Arlt erklärt in seinem Lehrbuche 1853, daß er nie eine solche gesehen habe. Aehnlich spricht sich Beer aus; die neuesten Lehrbücher der Augenheilkunde und die modernen Oculisten (vielleicht mit Ausnahme Galezowski's) äußern sich im gleichen Sinne. Von den acuten Thränendrüsenentzündungen sind die meisten eitrig. Nicht eiterige, acute Thränendrüsenentzündungen finden wir in Graefe-Sämisch's Handbuch der Augenheilkunde nur dreimal verzeichnet.

Was endlich die „gleichzeitige" Erkrankung der Thränendrüsen und Parotiden anlangt, so ist gerade in letzter Zeit auf dieses merkwürdige Zusammentreffen von verschiedenen Autoren aufmerksam gemacht worden. Wir nennen hier die Fälle von Haltenhoff, Reymond, Fuchs, Galezowski, Zirm, Mikulicz und meinen Fall.[2]) Die ausführlichste Zusammenstellung finden wir in den „Beiträgen zur Chirurgie", Festschrift, gewidmet Theodor Billroth, von Prof. Mikulicz.

Es handelt sich hier meist um Lymphosarcome oder maligne Lymphome (wie auch in meinem Falle). Wir bezeichnen als „echten" Mumps mit Fuchs („Beiträge zur Augenheilkunde" von Prof. Deutschmann, 1891, 3. Heft) nur die acuten Schwellungen der Thränendrüsen und der Parotiden und möchten daher die interessanten Fälle, welche Hirschberg

[1]) Von Augen-Nachkrankheiten des Mumps finden sich bisher wenige Fälle in der Literatur verzeichnet. Doch wurde Atrophia N. optici, Lähmungen des Muskelapparates, Iritis und Iridocyklitis beobachtet. Ich selbst habe im Jahre 1889 gelegentlich des ersten Auftretens der von mir als Keratitis subepithelialis (centralis) bezeichneten Hornhautaffection (Vide: „Jahresbericht des Gymnasiums der k. k. Theresianischen Akademie in Wien für das Schuljahr 1889) auf die Möglichkeit des Zusammenhanges dieser neuen Erkrankungsform mit Mumps hingewiesen mit den Worten: „Ob der Mumps, dem ich sie mehrfach nachfolgen sah und der heuer mehr als seit Jahren grassirte (im Theresianum waren unter 260 Internisten 64 Mumpsfälle vorgekommen), damit in Verbindung steht, läßt sich dermalen nicht erweisen." Doch schon im Novemberhefte des Centralblattes für praktische Augenheilkunde, 1889, bemerkte ich Folgendes: „Als ich dreimaliges Auftreten nach Mumps beobachtete und in zwei anderen Fällen Mumps in der Familie vorgekommen war, hoffte ich den Schlüssel der Krankheit schon gefunden zu haben; doch war in den anderen Fällen, obwohl danach geforscht wurde, dieser Zusammenhang nicht nachweisbar." Heute, 1895, erkläre ich, daß ich diesen Zusammenhang von Mumps mit Keratitis subepithelialis als etwa specifisch-ätiologisches Moment nach allen meinen seitherigen, zahlreichen Beobachtungen nicht mehr aufrecht erhalte.

[2]) „Wr. klin. Wochenschr." 1889, pag. 422.

1879 („Archiv für Augenheilkunde") und 1890 („Centralblatt für praktische Augenheilkunde") als „Mumps der Thränendrüse" bezeichnete, wegen ihres chronischen Charakters nicht als solche ansprechen.

Echte Mumpsfälle sind dagegen sicher die Fälle von Schröder („Klinische Monatsbl.", 1891) und Gordon Norrie. Wegen der außerordentlichen Seltenheit erscheint daher auch folgender Fall mittheilenswerth:

J. R., 18 Jahre, Hochschüler, stellte sich mir am 6. März 1894 vor mit der Angabe, vor 14 Tagen heftiges Fieber gehabt zu haben, seit der Zeit auch im Schlucken und Sprechen behindert zu sein. Seit 3 Tagen bemerkt er ein spannendes Gefühl und Lidschwellung im äußeren Antheil des Oberlides linkerseits, seit gestern einen bedeutenden Blutaustritt unter der Haut dieses Lides, seit heute ähnliche Erscheinungen rechterseits. Letztere Erscheinung veranlaßt ihn, ärztlichen Rath einzuholen.

Die Untersuchung ergibt: Ein normal gebauter, sonst ganz gesunder Jüngling, welcher speciell nie an Syphilis erkrankt war. Hämoglobingehalt 80% Fleischl, Zahl der rothen Blutkörperchen 4,300.000 in 1 Cub.-Millim., der weißen 23.300, einzelne Mikrocyten, also normaler Blutbefund. Die linke Ohrspeicheldrüse ist bedeutend vergrößert, die Haut darüber fühlt sich knorpelhart an, ist glänzend und zeigt eine unebene Oberfläche. Das linke obere Augenlid ist nach abwärts gesenkt, dadurch im äußeren Drittel über das Unterlid herunterhängend. Die Haut des Oberlides ist durch eine Geschwulst hervorgetrieben, welche uneben höckerig unter dem Orbitalrand hervorragt und nach ihrer Lage unzweifelhaft der accessorischen und einem Theile der vergrößerten eigentlichen Thränendrüse entspricht. Die Umstülpung des Oberlides gelingt schwer. Die Conjunctiva des Uebergangstheiles leicht chemotisch, stark geröthet, mäßig schleimiges Secret darbietend. Der nicht verschiebbare Tumor, durch einen Wall der Conjunctiva gedeckt, tritt hervor. Leichter Exophthalmus. Cornea, Iris normal, Sehschärfe $^6/_{24}$ ohne Glas, mit D—2·5 = $^6/_6$ prompt. Augenspiegelbefund normal.

I. II.

Alle diese Erscheinungen, sowohl von Seite der Parotis, als von Seite der Thränendrüse am rechten Auge, welches erst seit 2 Tagen erkrankt ist, weniger stark bemerkbar.

Die Glandulae sublinguales und buccales, wie auch die Submaxillardrüsen bedeutend geschwellt. Die Augenbrauenbögen sind emporgezogen, die Stirnhaut wird, wenn Patient etwas betrachtet, in Querfalten gelegt. Patient hält den Kopf nach rückwärts gebeugt, um besser durch die halbgeschlossenen Lidspalten emporsehen zu können.

Bei der am 12. März 1894 erfolgten Vorstellung in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener med. Doctoren-Collegiums" war Pat., der bis dahin alltäglich leichte, abendliche Fieberbewegungen zeigte, bereits fieberfrei. Die Erscheinung war links in Abnahme, rechts in Zunahme begriffen. Von diesem Tage rührt auch die Zeichnung (Fig. I) her. Es konnte hier die „charakteristische Form der Lidspalte" (die eines ungleichschenkeligen Dreieckes), wie sie die Zeichnung zeigt, demonstrirt werden.

Die Besserung aller geschilderten Erscheinungen ist nach Ablauf von 2 Wochen bedeutend, aber noch in der 3. Woche ist rechterseits Parotis- und Thränendrüsenschwellung nachweisbar. Noch in der 4. Woche sind die Schleimdrüsen des Mundes und Rachens bedeutend vergrößert. In der 5. Woche Lidspalte noch andeutungsweise dreieckförmig. In der 7.—8. Woche Restitutio ad integrum.

Therapie: Die ersten Tage kühle Umschläge. Später warme Umschläge, Jodstirnsalbe, Jaborandithee.

Fig. II stellt den Patienten in geheiltem Zustande dar.

Ueber Impfschäden, Impfexantheme

und nach der

Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen.

Von **Dr. Leonhard Voigt**,
Oberimpfarzt in Hamburg.*)

M. H.! Gestatten Sie mir, die Impfschäden zu besprechen und die Ausschlagsformen zu schildern, welche im Anschluß an den Vaccinationsproceß beobachtet worden sind.

Bekanntlich bringt das Vaccinecontagium dem Geimpften am 13. Tage nach der Impfung die Immunität. Nach van der Loof, Guarnieri, Pfeiffer und Ruffer sind Protozoen die Krankheitsträger, sowohl der Vaccine wie der Variola. Sie nisten sich vorwiegend in den Epithelzellen ein, sie vermehren sich massenhaft im Blute, lassen sich am 7. Tage nach der Impfung im Blute nachweisen und rufen um diese Zeit das Vaccinefieber hervor, welches der Wehract unseres Körpers gegen das Contagium ist. Desgleichen verbindet sich sowohl das Pocken-, wie auch das Vaccinecontagium mit den in der Lymphe der Pusteln constant vorkommenden Coccen, den sogenannten Vaccinecoccen Diese Coccen befinden sich nach Ruete vom 3. bis zum 7. Tage nach der Impfung im Blute des Geimpften und sie verlieren sich danach ziemlich schnell.

Wenn die Krankheitsträger der Variola, sei es auf dem Wege der Ansteckung, sei es auf dem Wege der Inoculation, in den Organismus eingedrungen sind und ihn durchseucht haben, so rufen sie als secundäre Erscheinung den eigentlichen Pockenausschlag hervor, welchem gewöhnlich ein den Rötheln oder den Masern ähnelndes umschriebenes Prodromalexanthem vorausgeht. Dem gegenüber beschränkt sich die unserem Körper verimpfte Vaccine auf die örtliche Wirkung, zur Bildung eines secundären Exanthems reicht ihre Kraft in der Regel nicht aus. Aber in einzelnen Fällen zeigen sich auch bei Geimpften die dem Blatternausschlag analogen Exantheme. Gelegentlich kommt es vom 3. Tage nach der Impfung, also von dem Tage an, an welchem die Vaccinecoccen im Blute nachgewiesen sind, auf der Haut der Impflinge zu verschiedenartigen, an umschriebenen Stellen oft symmetrisch aufschießenden Ausschlagsformen, welche in der Regel sehr bald verschwinden, manchmal aber sich über den ganzen Körper ausbreiten und dann ein den Masern oder den Rötheln ähnliches Bild zeigen.

Wenn diese Formen sehr frühzeitig auftreten, so dürfen wir sie als ein Analogon des Prodromalexanthems der Variola ansehen, erscheinen sie aber erst um die Zeit der Pustelreife, so kann man sie als einen abortiven secundären Ausschlag der Vaccine deuten. Der selten auftretende allgemeine Vaccineausschlag, die Vaccine généralisée der Franzosen, zeigt sich vom 4. Tage nach der Impfung an, meistens um die Zeit der Pustelreife. Er entwickelt sich entweder aus dem soeben erwähnten fleckigen Ausschlag heraus, oder er tritt zuerst in der Form discret stehender Knötchen auf, die zu Papeln und kleinen Pusteln werden, welche in einzelnen Fällen verimpfbare Vaccine enthielten. Auf den Schleimhäuten sind solche Pusteln bisher nicht entdeckt worden.

Dieser Ausschlag ist das vaccinale Analogon des eigentlichen Menschenblatternausschlages. Seine Entwicklung erfolgt, ohne eine Vermehrung oder Aenderung des Vaccinefiebers,

*) Vortrag, gehalten in der Abth. für Medicinal-Polizei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

ohne Erregung starken Juckreizes, und er geht mit dem Tage der Immunität zurück, d. i. mit dem 13. Tage. Alsdann verschwinden obige Flecken ohne Weiteres, die Papeln und Pustelchen bilden Krusten, welche erst einige Tage später und ohne Narben zu hinterlassen abfallen, wenn sie nicht zerkratzt waren.

In einzelnen Fällen stehen die Pusteln des allgemeinen Vaccineausschlages in der Nähe des Impffeldes ziemlich gedrängt; dann kann man auch an Autoinoculation denken, denn die Uebertragung der Impflymphe mittelst des Fingernagels aus den zerkratzten oder geborstenen Impfpusteln auf andere Körperstellen erfolgt nicht ganz selten und ruft secundäre Impfpusteln hervor, welche ganz ebenso aussehen wie die Pusteln des aus dem Blute stammenden secundären Vaccineausschlages, und welche auch ebenso rasch eintrocknen und abborken wie diese. Der Sitz und die Zeit des Entstehens der Pusteln wird den Maßstab abgeben für die Beurtheilung ihrer Abstammung; sitzen sie dort, wo das Kind sich nicht kratzen kann, oder treten sie auf zu einer Zeit, in der die Impfpusteln noch nicht intact sind, so stammen sie aus dem Blute.

Die eigentliche Vaccine généralisée hat noch keinen Impfschaden gebracht, aber die Autoinoculationspusteln können durch ihren Sitz unerwünscht werden, besonders wenn sie am Auge vorkommen. Hier pflegen sie am äußeren Augenwinkel zu sitzen, aber den Augapfel frei zu lassen.

Bei sorgfältiger Wartung des kleinen Impflings kann man die Entwicklung der Autoinoculationspusteln vermeiden, aber den aus dem Blute stammenden Ausschlag kann man nicht verhindern. Dieser letztere läßt sich manchmal nur schwer von dem Ausschlag der Wasserblattern unterscheiden. In zweifelhaften Fällen wird man eher an Varicellen als an allgemeine Vaccine denken, zumal dann, wenn die Varicelle zur Zeit auch anderweitig sich zeigt, denn der allgemeine Vaccineausschlag zeigt sich ungefähr nur einmal unter 5000 Geimpften.

Der allgemeine Vaccineausschlag gehört nicht zu den Impfschäden; unliebsamer ist der Nesselausschlag, die Urticaria. Sie kommt unter 10.000 Geimpften ungefähr einmal vor, vorwiegend in der heißen Jahreszeit, bei Kindern mit empfindlicher Haut, und zwar bei Wiederimpflingen seltener, als bei Erstimpflingen.

Dieser durch starken Juckreiz sehr lästige Ausschlag entsteht manchmal schon am 3. Tage nach der Impfung, meistens etwas später. Beinahe niemals überdauert die Urticaria den Tag des Eintrittes der Immunität, also den 13. Tag nach der Impfung, es wäre denn, daß Complicationen, namentlich gastrische, sich hinzugesellt hätten. Wir müssen diese Erscheinung ansehen als ein unregelmäßig verlaufendes vaccinales Exanthem, das in ähnlicher Weise wie manches Arzneiexanthem durch den im Blute kreisenden Fremdling verursacht wird. Die Beschwerden der vaccinalen Urticaria lassen sich durch kühles Verhalten, durch Beseitigung etwaiger gastrischer Störungen und durch reichliches Pudern beeinflussen.

Mit der Urticaria verbindet sich gelegentlich eine Miliaria. Diese Form secundären Ergriffenseins der Haut kommt nur bei heißem Sommerwetter vor, sie gehört aber nicht zu den eigentlichen Folgen der Impfung.

Wenn wir in heißem Sommerwetter bei Kindern den Wasserbläschenausschlag auf gerötheten Hautflächen erblicken, so nennen wir das Miliaria, Hitzeausschlag, Eczema aestivum, Prickly heat. Nur im Sommer, nie in der kühleren Jahreszeit, kommt diese Erscheinung auch bei Geimpften vor; sie ist aber nicht eine Folge der Vaccine, sondern der Hitze und darf der Vaccine nicht zur Last gelegt werden, wie das von den meisten Beschreibern vaccinaler Exantheme noch immer geschieht. Richtig ist es, daß die mit Eczem behafteten Kinder eine nur wenig widerstandsfähige Haut besitzen, sowohl gegen die Einwirkung der Hitze, wie gegen diejenige der Vaccine. Daher finden wir im Sommer sowohl die Miliaria, wie vaccinale Verschlimmerungen des Eczems.

Bekanntlich hat Josef Körösi in seiner berühmten Kritik der Vaccinationsstatistik den Nachweis geliefert, daß im Kindesalter die Geimpften sich an den einzelnen Krankheiten: wie Syphilis, Rose, Rachitis, Tuberculose, Typhus, Masern u. s. w., in keinem höheren Maße betheiligen, als die Ungeimpften. Nur an den Hautkrankheiten und den Scropheln litten etwas mehr geimpfte als ungeimpfte Kinder. Dieser Befund Körösi's stimmt überein mit der vielfach gemachten Beobachtung, daß die Impfung auf eczematöse, impetiginöse und andere Ausschlagsformen einen ungünstigen Einfluß ausübt und daß sich die scrophulöse Constitution eines Kindes manchmal nach der Impfung deutlicher ausspricht, als vor derselben.

Auf die Behauptung, welche von impfgegnerischer Seite immer auf's Neue ausgesprochen wird, daß Scrophulose und Tuberculose durch die Impfung massenhaft verbreitet würden, ist zu erwidern, daß von derartigen Fällen durchaus nichts bekannt geworden ist. Doch kann die Vaccine wie jede fieberhafte Krankheit an einem vor der Impfung schon scrophulösen Kinde die Erscheinungen der Scrophulose vermehren.

Für Deutschland hat die Frage der Uebertragung der Tuberculose bei der Impfung auf Gesunde jetzt keine wesentliche Bedeutung mehr, seitdem die veterinär-polizeiliche Inspection der geschlachteten Impfthiere obligatorisch wurde.

Wir werden aber wohl daran thun, die Impfung scrophulöser und tuberculöser Kinder nur im dringendsten Nothfalle vorzunehmen; das Gleiche gilt von der Impfung eczematöser oder mit anderem Ausschlag behafteter Kinder, denn die Vaccine bringt jedesmal einen Blutandrang zur Haut hervor, und wenn die Haut vorher schon erkrankt war, so wird sie die vorher schon vorhandenen Hautkrankheiten verschlimmern. Namentlich vereinigen sich Vaccine und Eczem, Vaccine und Impetigo zu combinirten Krankheitsbildern. Einerseits erobert das Eczem unter Mitwirkung des Vaccinecontagiums in kurzer Zeit weite Strecken der Hautoberfläche, andererseits gewinnt die Vaccine an Contagiosität und an der Fähigkeit, multiple krankhafte locale Erscheinungen hervorzurufen, wahrscheinlich unter Einbuße an ihrer Schutzkraft gegen die Blattern. Mit dem Ablaufe der Frist des vaccinalen Processes, also mit dem 13. Tage, hört zwar das bösartige Umsichgreifen auf, inzwischen kann aber schon ein erheblicher Schaden gesetzt sein, besonders dann, wenn das geimpfte Kind auch noch, wie es leider sehr oft geschieht, vernachlässigt oder verkehrt behandelt wird.

Nicht jedes Eczem verschlimmert sich beim Hinzutreten der Impfung, aber die Mehrzahl der Fälle wird ungünstig beeinflußt.

Einzelne Impflinge haben zwar eine scheinbar ganz gesunde Haut, verfallen aber doch eczematösen und herpetischen Beschwerden von kurzer Dauer, obwohl ihre Impfung mit untadelhafter Lymphe ausgeführt worden war. In solchen Fällen wird man bei genaueren Nachforschungen finden, daß entweder das Kind vor Kurzem an Ausschlagsformen gelitten hatte oder daß Geschwister oder Spielgenossen eczematös sind.

Manches ältere Eczem verschwindet gänzlich nach einer durch die Impfung herbeigeführten zeitweiligen Verschlimmerung, aber man darf auf einen derartigen erwünschten Erfolg der Impfung nicht rechnen. Daher ist es rathsam, daß diejenigen Kinder, welche mit Ausschlag behaftet sind, thunlichst nicht oder nur im Nothfalle geimpft werden, daß also namentlich die mit Impetigo, Eczem, Psoriasis, Prurigo, Furunculosis und cutaner Scrophulosis behafteten Kinder zeitweilig dispensirt werden. Auf eine schon bestehende Ichthyosis scheint die Vaccine keinen Einfluß auszuüben. Lichen und Acne kommen bei Kindern vor.

In Deutschland sind wir glücklicherweise jetzt so gut gegen die Blattern geschützt, daß der Impfarzt in Betreff des Aufschubs einer Impfung sehr freigiebig handeln kann.

Wenn ich in Hamburg, also in einer städtischen Bevölkerung, die sehr zahlreich vorhandenen schwächlichen, alle wesentlich scrophulösen und die mit Ausschlag behafteten

Kinder von der Impfung in sehr liberaler Weise dispensire, so werden doch noch über 90% der Gestellten geimpft. Die Impfung der 10% Restanten wird in den nächsten Jahren nachgeholt. Dabei haben sich die Blattern, obwohl sie z. B. während der letzten 4 Jahre 37mal eingeschleppt worden sind, kein einziges Mal irgend nennenswerth ausbreiten können. Also braucht der Impfarzt sich nicht zu fürchten, er sei zu nachsichtig in der Dispensirung von der Impfung, wenn er in der soeben anempfohlenen Weise verfährt.

Da sich auch die Prurigo und die Psoriasis, obwohl in ganz seltenen Fällen, nach der Impfung zeitweilig verschimmert haben, sollte man auch die mit diesen Hautaffectionen Behafteten thunlichst nicht impfen. Eine Uebertragung dieser Krankheiten auf vorher Gesunde ist unter den von mir besichtigten etwa 250.000 Impflingen nicht beobachtet worden, scheint also überhaupt nicht vorzukommen, daher müssen gegentheilige Behauptungen mit dem größten Zweifel entgegengenommen werden. Eher denkbar wäre das Auftreten der Furunculosis bei vorher gesunden Geimpften, weil diejenige Impflymphe welche aus entzündeten oder überreifen Pusteln stammt, recht wohl Eitercoccen enthalten kann. Allein die Furunculosis folgt der Impfung eigentlich nie. Ich habe nur einen Fall von Furunculosis bald nach der Impfung gesehen, dessen Abhängigkeit von der Impfung aber sehr unwahrscheinlich war.

Das Auftreten eines einzelnen Furunkels nach der Impfung kommt als geringe Unbequemlichkeit gelegentlich vor.

Der Impfarzt wird wohl daran thun, seine stete Aufmerksamkeit dem Gesundheitszustand der Impflinge zuzuwenden und schwächliche und mit Ausschlag behaftete Kinder vorsichtigerweise von der Impfung auszuschließen. Noch viel wichtiger ist aber seine Aufmerksamkeit auf die untadelige Beschaffenheit der Impflymphe. Bei der jetzigen Massenproduction des Impfstoffes würde mangelhafte Wirksamkeit desselben den Impfschutz in Gefahr bringen, verdorbene Lymphe aber würde Massenschädigungen herbeiführen, welche sowohl für die betroffenen Impflinge, wie für den Impfarzt, als auch für das ganze Ansehen der Impfung höchst unerwünscht sein würden. Bekannt ist eine Reihe von Fällen, in denen die Impflymphe der Träger des Eczema impetiginoides war. In einzelnen Fällen konnte die Art und Weise der Verunreinigung der Impflymphe nachgewiesen werden, in den meisten Fällen gelang es nicht. Um derartige Unglücksfälle zu vermeiden, wird von den Impfärzten die schärfste Aufmerksamkeit gerichtet auf untadelige Beschaffenheit des Abimpflings oder des Impfthieres und auf vorzügliche Entwicklung ihrer Impfpusteln. Auf diese Weise ist in Deutschland jetzt schon seit einer Reihe von Jahren keine erhebliche Uebertragung der Impetigo mehr erfolgt.

Noch nicht gedacht ist des Pemphigus und der Purpura post vaccinationem. Pemphigus kommt nach der Impfung als äußerst seltene Erscheinung und nur bei ganz elenden Kindern vor, welche besser mit der Impfung verschont worden wären. Ich habe unter einer Viertelmillion Geimpfter nur einen Fall von Pemphigus gesehen und keinen Todesfall erlebt, während der Pemphigus, welcher unabhängig von der Vaccination auftritt, bekanntlich eine höchst gefährliche Krankheit ist.

Bei Hämophilen kommt die Purpura post vaccinationem vor; außerdem ereignen sich in äußerst seltenen Fällen Blutergüsse in die Impfpusteln und in andere Gewebe auch bei Kindern, welche keine Bluter sind. Es soll auch zu Schleimhautblutungen gekommen sein. Ich habe die Purpura post vaccinationem zweimal gesehen. Es zeigten sich reizlos verlaufende, blauschwarze Vaccinepusteln, daneben Petechien an vielen Stellen des Körpers, welche, ohne bedenkliche Erscheinungen hervorzurufen, in der gewöhnlichen Weise der Vaccine, nur etwas langsamer abheilten, bezw. verschwanden.

(Schluß folgt.)

Die therapeutische Anwendung des Ferropyrins.

Von **Dr. W. Cubasch** in Stansstad (Schweiz).

Das Ferropyrin, welches auf Veranlassung des Verfassers dieser Zeilen von der Firma Knoll & Cie. in Ludwigshafen a. M. im Großen dargestellt wird, ist eine Verbindung von 1 Molecül Eisenchlorid mit 3 Molecül Antipyrin = $Fe_2 Cl_6 3 (C_{11} H_{12} N_2 O)$. Es ist ein dunkelrothes, krystallinisches, im gepulverten Zustande orangerothes Pulver, welches sich in 5 Theilen kalten Wassers mit dunkelblutrother Farbe löst; das Salz ist durchaus luftbeständig; seine procentige Zusammensetzung ist: Eisen = 12%, Chlor = 24%, Antipyrin = 24%; es bildet sich durch Zusammenbringen entsprechender Mengen Eisenchlorid mit Antipyrin, ebenso durch Vermischen von Antipyrin mit Tinct. ferr. chlor. aeth. bei Zusatz einiger Tropfen Salzsäure. 1 Grm. Ferropyrin enthält ungefähr so viel metallisches Eisen, wie 12 Grm. der genannten Tinctur.

Die Lösung des Salzes schmeckt leicht adstringirend, besitzt aber selbst in größerer Concentration keine Aetzwirkung; sie mischt sich ohne Zersetzung mit Salzsäure, Pepsin, Bromkalium und allen tanninfreien Tincturen; caustische und kohlensaure Alkalien, Jodkalium, einige Alkaloide und Tannin fällen das Eisen aus.

Die therapeutische Anwendung des Ferropyrin geschah vorzugsweise bei chlorotischen und anämischen Zuständen, und hier besonders wieder in solchen Fällen, welche, wie es ja so häufig vorkommt, mit Kopfschmerzen, Migräne, Gastralgien und ähnlichen Neuralgien einhergehen. Es handelte sich darum, neben dem altbewährten, aber immerhin nur langsam wirkenden Eisen, ein schmerzstillendes Palliativum zu verabreichen, und so wurde das Eisenchlorid (in großer Verdünnung bekanntlich das leichtest resorbirbare Präparat) als „blutbildendes" und das Antipyrin als schmerzstillendes Mittel vereinigt. Der Erfolg dieser Verordnungen entsprach vollkommen den Erwartungen, und so glaube ich jetzt nach 4jähriger Anwendung des Mittels über dessen Wirksamkeit mir ein Urtheil gestatten und weitere ärztliche Kreise darauf aufmerksam machen zu dürfen.

Das Ferropyrin verordnete ich in wässeriger Lösung von 0·3—0·6%, und zwar in Einzeldosen von 0·05 3—4mal täglich. Bei acuter Anämie, ebenso wie bei chronischen Diarrhöen wurde die Dosis verdoppelt oder selbst verdreifacht. Das Mittel wurde ohne die geringsten Beschwerden von Seite des Magens vertragen, und oft schon blieben nach 5—6tägigem Gebrauche die bis dahin beständigen Kopfschmerzen dauernd weg; der Appetit schien mir in günstiger Weise beeinflußt zu werden, wie überhaupt die ganze Körperenergie schon nach relativ kurzer Zeit (3—4 Wochen) sichtlich zunahm. Die gewöhnliche Verordnung bei einfacher Chlorose ist:

Rp. Ferropyrin. . . . . 0·6
Syrup. aurant. . . . . 20·0
Aq. destill. . . . . 180·0
S. 3mal täglich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

Bei Kranken, welche noch besonders über dyspeptische Beschwerden klagten, erweist sich ein Zusatz von Pepsin, welches sich klar löst, sehr nützlich:

Rp. Ferropyrin. . . . . 0·6
Acid. muriat. dil. gutt. V.
Pepsin. germ. solut. . . . . 5·0
Aq. destill. . . . . 200·0
S. Nach jeder Mahlzeit 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

In einzelnen Fällen von Herzpalpitationen (Vagusneurosen) hatte ich befriedigende Resultate bei Anwendung des Ferropyrins mit Tinct. valer. aeth.:

Rp. Ferropyrin. . . . . 0·6
Tinct. valer. aether. . . . . 4·0
Aq. destill. . . . . 200·0
S. 2—3mal täglich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

Bei chronischen Darmcatarrhen leistet die adstringirende Eigenschaft des Salzes gute Dienste; in diesen Fällen kann die

Dosis entsprechend höber gegeben werden, etwa zu 0·1—0·2 pro dosi, 2—3mal täglich; je nachdem wird ein Zusatz von Tinct. op. simpl., mit welcher sich die Lösung dunkler färbt, oder von Tinct. colomb. angezeigt erscheinen:

Rp. Ferropyrin . . . . 0·6—1·0
Tinct. op. simpl . . . . 2·0
Aq. destill. . . . . 200·0
S. 3stündlich 1 Eßlöffel.

oder

Rp. Ferropyrin . . . . 0·6—1·0
Tinct. colomb. comp. . . . . 10·0
Aq. destill. . . . . 190·0
S. 3stündlich 1 Eßlöffel.

Was bei der Verabreichung des Ferropyrin besonders in die Augen springt, ist die rasche Abnahme der Schmerzsymptome schon nach Anwendung relativ kleiner Mengen (2 bis 3 Eßlöffel einer 0·3—0·5%igen Lösung pro Tag); bestehende nervöse Leiden, wie Kopfschmerz, psychische Verstimmung, Gastralgie, sofern sie Symptome der Chlorose oder Anämie sind, verlieren sich meistens in der ersten Woche; auch der Appetit hebt sich, und die Menses werden nach fortgesetztem Gebrauche regelmäßig, dementsprechend schwinden auch Oedeme, sofern sie Folge hydrämischer Blutbeschaffenheit sind, und das allgemeine Wohlbefinden bessert sich rasch. (Meine Beobachtungen betreffen circa 80 Fälle; die meisten davon waren chlorotische und anämische Mädchen und Frauen; ein kleiner Theil chronische Diarrhoen, theils in Folge von Enteritis, theils in Folge tuberculöser Processe im Darm, bei welch letzteren der Erfolg naturgemäß auch nicht den Erwartungen entsprach, wenn schon in den meisten Fällen eine Abnahme der Zahl der diarrhoischen Entleerungen zu constatiren war.)

Ob die schmerzstillende Wirkung des Ferropyrins dem darin enthaltenen Antipyrin zukommt, möchte ich bezweifeln; wir sehen wohl bei der Anwendung des Doppelsalzes die Wirkungen beider Componenten, indessen ist die verabreichte Antipyrinmenge denn doch zu unbedeutend, als daß sie hier in Betracht kommen könnte. Allerdings findet man bei manchen Präparaten eine combinirte Arzneiwirkung in dem Sinne auftreten, daß eine an und für sich erfolglose Menge eines Körpers durch die gleichzeitige Verabreichung einer für sich ebenfalls wirkungslosen Dosis eines anderen Mittels eine eclatante Arzneiwirkung hervorruft; ich erinnere nur z. B. an das Salipyrin, das Migränin, das Somnal, das Antinervin; ähnlich wirkt auch, obschon die Deutung hier eine andere ist, das Löffler'sche Antidiphtheriticum (vgl. Hildebrandt, „Deutsche Med.-Ztg.", 1894, Nr. 97). Möglich ist es ja immerhin, daß durch die Anwesenheit von Eisen die Wirkung des Antipyrins in unserem Falle erhöht wird, aber ich glaube die Erklärung der raschen Wirkung des Ferropyrins auf die subjectiven Symptome einestheils in der leichten Löslichkeit und Resorbirbarkeit von Seite des Magens, anderentheils in der leichten Zersetzlichkeit des Salzes leichter finden zu können; denn bekanntlich hängt die Wirkung eines Mittels immer von der Intensität ab, mit welcher dessen Zerfall im Organismus erfolgt. So wird auch das Ferropyrin, welches schon allein durch stärkere Verdünnung mit Wasser zersetzt wird, so daß sehr schwache Lösungen nicht mehr die Oxyd-, wohl aber die Oxydulreactionen zeigen, jedenfalls ohne Schwierigkeit im Magen in die physiologische und leicht resorbirbare Alkali-Eisen-Albuminat-Verbindung umgewandelt, woraus sich auch ohne Weiteres die Thatsache erklärt, daß das Mittel die Verdauungsorgane nicht nur nicht belästigt, sondern auch bestehende leichtere Verdauungsstörungen günstig beeinflußt.

Die stopfende Wirkung des Ferropyrins bei Darmkranken erklärt sich leicht durch seine adstringirenden Eigenschaften; allerdings muß es hier, wie schon erwähnt, in größeren Dosen (zu 0·1—0·2 pro die) verabreicht werden.

Abgesehen von jenen Fällen, in welchen eine Hebung der darniederliegenden Hämatose das Ziel der ärztlichen Thätigkeit ist, dürfte sich das Ferropyrin auch dort bewähren, wo eine antiseptische, respective antibacilläre Wirkung erforderlich ist. In einem Falle von chronischer Gonorrhoe sah ich von Injectionen einer 0·3%igen Lösung rasche Heilung eintreten. Im Allgemeinen ließe es sich äußerlich gewissermaßen als abgeschwächtes, nicht ätzendes Eisenchlorid anwenden, und dürfte hier in der Wundbehandlung, vor Allem aber bei der örtlichen Behandlung der Diphtherie eine nicht unbedeutende Rolle spielen. In letzterer Hinsicht fehlen mir bis jetzt noch eigene Erfahrungen.

Epilog zur Diphtherieheilserum-Debatte.

Von **Prof. Dr. Max Kassowitz** in Wien.

(Fortsetzung.)

Ich wende mich nun zu den pathologisch-anatomischen Befunden, über welche uns Herr Prof. Kolisko auf Grund seines reichen Obductionsmaterials berichtet hat. Kolisko glaubt, wenn auch nicht qualitative, so doch quantitative Unterschiede in dem Ablösungsproceß der Membranen constatirt zu haben, im Gegensatze zu Benda in Berlin, der keine Aenderung gegen sonst beobachten konnte. Wichtiger aber als diese zunächst noch strittige Frage scheint mir die nackte Thatsache, daß es Herrn Prof. Kolisko schon in so kurzer Zeit möglich geworden ist, so viele Erfahrungen bei den Obductionen mit Serum behandelter Kinder zu sammeln. Fürwahr, der Tod hält reiche Beute unter den Objecten der neuen Behandlungsmethode, und Baginsky ist nur zu sehr im Rechte, wenn er darüber klagt, daß die Krankheit noch immer als eine sehr verderbliche bezeichnet werden müsse.

Kolisko hat ferner mit einem gewissen Nachdruck betont, daß er in den Leichen der mit Serum behandelten Kinder die krankhaften Veränderungen der Niere nicht öfter gefunden habe, als dies vor der Serumbehandlung der Fall war. Wir sind in der That schon recht genügsam geworden! Von rechtswegen dürften wir ja doch verlangen, daß die specifischen Veränderungen der Niere, welche ja zweifellos von den Toxinen der Diphtherieerreger herrühren, wenn diese Giftstoffe wirklich durch die im Heilserum supponirten Antitoxine unschädlich gemacht oder doch wenigstens abgeschwächt werden, wie man uns versprochen hat, durch die Serumbehandlung entweder gänzlich hintangehalten werden oder doch in geringerer Häufigkeit und Stärke zum Vorschein kommen sollen. Aber davon ist keine Rede mehr, und wir sind schon zufrieden, wenn auch in dieser Beziehung Alles beim Alten geblieben ist.

Herr Prof. Paltauf hat mir zweierlei vorgeworfen: Erstens soll ich in Abrede gestellt haben, daß man Thiere mit Hilfe des Diphtherieheilserums immunisiren und die bereits vorhandenen künstlich erzeugten Krankheitserscheinungen wieder beseitigen kann; und zweitens soll ich verschwiegen haben, daß Behring auch nach seiner ersten Publication (im zwölften Bande der Zeitschrift für Hygiene) noch weitere Immunisirungs- und Heilversuche an Thieren ausgeführt hat.

Der eine dieser Vorwürfe ist aber ebensowenig berechtigt wie der andere. Denn vor Allem ist es nicht richtig, daß ich die Immunisirung und Heilung der Thiere in Abrede gestellt habe. Ich habe z. B. ausdrücklich gesagt, es sei gewiß von großem Interesse, daß man sonst bei Thieren tödtliche Giftdosen durch vorhergehende oder gleichzeitige Einführung der nöthigen Antitoxineinheiten unwirksam machen könne. Beanständet habe ich nur, und, wie ich glaube, mit vollem Recht, daß Behring, obwohl ihm eine so große Zahl der Immunisirungs- und Neutralisirungsversuche mißlungen war und er blos ein einziges schon erkranktes Meerschweinchen am Leben erhalten konnte, dennoch bereits die Zeit für gekommen hielt, an die Heilversuche bei der menschlichen Diphtherie heranzutreten. Ebenso habe ich davon Act genommen, daß

Wernicke im Auftrage von Behring mitgetheilt hat, daß es noch 8 bis 24 Stunden nach der experimentell herbeigeführten Infection gelungen sei, die Folgen dieser Infection durch entsprechende Dosen des Heilserums zu beseitigen. Darum bleibt es aber nicht weniger richtig und nicht weniger befremdend, daß spätere Versuchsprotokolle weder von Behring selbst, noch von seinen Mitarbeitern veröffentlicht worden sind, und daß Behring und seine Mitarbeiter sich immer wieder auf diese ersten Versuche berufen. obwohl gerade die für die Diphtheriebehandlung allein maßgebenden Versuche mit nachträglicher Anwendung des Serums in dieser ersten Versuchsreihe so überaus kläglich ausgefallen sind.

So lesen wir z. B. in einer Abbandlung, die Behring in Gemeinschaft mit Boer herausgegeben hat, daß zur Prüfung der Wirksamkeit des Serums einerseits die Prüfung des Immunisirungswerthes gegen Infection und Intoxication, und andererseits die Prüfung des Heilungswerthes gegenüber der Infection oder Intoxication offen steht. Dann wird aber hinzugefügt, daß nur der erstere, also der Immunisirungswerth, wirklich bestimmt, der andere dagegen, also der eigentliche Heilungswerth, der uns bei der Diphtheriebehandlung doch hauptsächlich interessirt, aus dem ersteren berechnet wurde. (Gesammelte Abhandlungen, 1893. S. 335.)

Auch Kossel, ein Mitarbeiter Behring's, beruft sich in seiner 1894 erschienenen Abbandlung (im 17. Bande der Zeitschrift für Hygiene) nicht etwa auf spätere Versuche, sondern auf den von Behring und Wernicke im 12. Bande derselben Zeitschrift veröffentlichten Aufsatz; und obwohl wir wissen, daß in dieser Versuchsreihe nur ein einziges nachträglich mit Serum behandeltes Thier am Leben erhalten werden konnte, behauptet Kossel dennoch, daß an dieser Stelle der Nachweis erbracht worden sei, daß auch kranke Thiere (im Plural!) geheilt werden können.

Endlich sagt auch Behring selbst in seiner vielbesprochenen Broschüre über das neue Diphtheriemittel (S. 17), daß die Eigenschaften des Diphtherieheilserums von ihm in Gemeinschaft mit Wernicke im Jahre 1891 so genau studirt waren, daß die in ihrer gemeinschaftlichen Arbeit im 12. Band der Zeitschrift für Hygiene — wo das eine gerettete Meerschweinchen vorkommt — hierüber gemachten Angaben seither durch keine einzige Thatsache von principieller Bedeutung eine Ergänzung zu erfahren brauchten. Aber auf eine Ergänzung hätten wir doch unbedingt Anspruch machen können, nämlich in Bezug auf die Zahl der mit dem Heilserum von ihren bereits entwickelten Krankheitserscheinungen befreiten Versuchsthiere. Wir hätten erwarten müssen, daß Behring sich beeilen müßte, die Scharte auszuwetzen, die er zweifellos in seiner ersten Versuchsreihe erlitten hat, und daß er uns durch Veröffentlichung der Ergebnisse seiner weiteren Versuche in die Lage versetze, uns ein Urtheil zu bilden über das nunmehrige Verhältniß zwischen den gelungenen und mißlungenen Versuchen und über etwaige Fortschritte, die seine in der ersten Reihe jedenfalls noch überaus mangelhafte Methode gemacht hat. Von solchen Veröffentlichungen ist aber niemals und nirgends etwas zu finden gewesen; auch Herr Prof. Paltauf war nicht in der Lage, auf solche spätere und besser gelungene Versuchsreihen in der Literatur hinzuweisen und er war daher gewiß nicht berechtigt, mir die Verheimlichung von Versuchen vorzuwerfen, die von ihrem Urheber niemals an die Oeffentlichkeit gebracht worden sind.

Das große ärztliche Publicum, welches weder Zeit, noch Gelegenheit hat, auf die bacteriologischen und experimentellen Einzelnheiten einzugehen, ist offenbar in einer groben Täuschung befangen, indem es aus dem siegesbewußten Auftreten Behring's und seiner literarischen Fruchtbarkeit auf eine ebenso große Fülle von thatsächlichen experimentellen Belegen für seine neue Heilmethode schließen zu dürfen glaubt. Aber selbst Männer, die in dieser Frage literarisch thätig waren, haben mir gegenüber aus der Ueberraschung kein Hehl gemacht, welche ihnen meine Analyse der Behring'schen Fundamentalversuche und die nachträgliche Bestätigung derselben durch die eigene Lectüre bereitet hat. Ich zweifle auch keinen Augenblick daran, daß alle Diejenigen, welche derzeit noch für die Serumbehandlung der Diphtherie schwärmen, recht bald in eine kühlere Stimmung versetzt werden würden, wenn sie sich entschlössen, die Behring'schen Schriften der beiden letzten Jahre im Originale zu studiren, weil sie gleich mir erfahren würden, daß in denselben das Thatsächliche weit in den Hintergrund tritt gegenüber den Conjecturen, Voraussetzungen und Prophezeiungen, aus denen der größte Theil dieser Emanationen zusammengesetzt ist.

Indessen will ich nicht versäumen, einen concreter lautenden Ausspruch Behring's aus der allerletzten Zeit (Bekämpfung der Infectionskrankheiten, 1894, pag. 240) zu citiren, weil mir derselbe für die praktische Ausführung der Serumtherapie von Bedeutung zu sein scheint. Behring sagt nämlich, er glaube, daß auch beim Menschen eine 24 Stunden nach der ersten Injection injicirte gleich große Dosis nicht den zehnten Theil von dem leisten könne, was durch die erste therapeutisch erzielt wird; und er fügt ausdrücklich hinzu, er habe bei der Antitoxinbehandlung von kranken Kindern nur mit Widerstreben gestattet, daß bei einer Exacerbation von Neuem eingespritzt werde. Da aber die Meisten, die nach Behring behandeln, die Schriften von Behring nicht gelesen haben, so hat sich ziemlich allgemein der Usus eingebürgert, bei einem und demselben Kinde ohne Weiteres 2—3 Injectionen auf einander folgen zu lassen, ja wir haben sogar gehört, wie in dieser Discussion einer der Redner sich gerühmt hat, daß er öfter auch 4 und 5 Injectionen bei einem Kinde gemacht habe, was angesichts der theoretischen Nutzlosigkeit dieser cumulirten Antitoxindosen und im Hinblick auf die sicher nachgewiesenen Schädigungen als ein schwer zu verantwortendes Beginnen bezeichnet werden muß.

In Bezug auf die Einwendungen, welche Herr Primarius Unterholzner gegen meine Kritik seiner Spitalsstatistik erhoben hat, kann ich nur wiederholen, daß es meiner Ansicht nach in allen Fällen, wo nur ein Theil der Diphtheriekranken eines Spitales mit dem Serum behandelt wird und ein anderer Theil des Materials, aus welchem Grunde immer, dieser Behandlung entzogen bleibt, nicht gestattet sein kann, aus den Mortalitätsverhältnissen der mit Serum Behandelten allein irgend einen Schluß auf die Wirksamkeit der Serumbehandlung abzuleiten, weil bei der Auswahl der Serumfälle und bei der Ausscheidung der nicht mit Serum Behandelten der Zufall oder das subjective Ermessen zu entscheiden hat. Dagegen ist es gewiss durchaus correct, wenn man in einem solchen Falle, wie ich vorgeschlagen habe, die Gesammtmortalität dieses Spitals während der Serumbehandlung in's Auge faßt und zu eruiren trachtet, ob die Serumbehandlung eines Theiles der Diphtheriekranken eine sichtbare Besserung in der percentualen Mortalität der Diphtheriekranken überhaupt herbeigeführt hat. Im Leopoldstädter Kinderspitale ist aber trotz der Serumbehandlung eines ansehnlichen Theiles der Fälle die Mortalität eine so hohe geblieben, daß man aus diesen statistischen Zahlen unmöglich einen Schluß auf die positive Wirkung der Serumbehandlung ableiten kann.

Ich gelange nun zu der Rede des Herrn Hofraths Widerhofer. Während bis zu derselben die Discussion in ruhiger und sachlicher Weise geführt wurde, ist es dem Herrn Hofrathe vorbehalten geblieben, ohne jeden Anlaß von meiner Seite einen persönlich gereizten, hochfahrenden Ton anzuschlagen, wie er in einer Versammlung, die dem Meinungsaustausche gleichberechtigter Mitglieder dienen soll, kaum jemals vernommen worden sein dürfte. Freilich, in seinen Augen habe ich ein schweres Verbrechen begangen, denn ich habe es gewagt, mich zu einer anderen Ansicht zu

bekennen, als zu derjenigen, die er hier vertreten hat. Anstatt aber meinen Beweisen mit Gegenbeweisen zu begegnen, hat er es für gut befunden, mich mit ungerechten Vorwürfen zu überhäufen; anstatt mich zu widerlegen, hat er es versucht, mich einzuschüchtern und zu terrorisiren. Wäre er aber meiner wissenschaftlichen Vergangenheit nur mit ein wenig Aufmerksamkeit gefolgt, so hätte er wissen müssen, das diese Methode gerade bei mir am allerwenigsten verfängt. Denn, meine Herren, ich befinde mich nicht zum ersten Male in einer solchen Situation. Vor zehn Jahren, kurz nachdem ich meine durch volle fünf Jahre in aller Stille gesammelten Erfahrungen über den Einfluß des Phosphors auf die rachitische Knochenaffection vor die Oeffentlichkeit gebracht hatte, wurde ein ähnlicher Feldzug gegen mich in Scene gesetzt. Die Rollen waren gut vertheilt, es wurden Schaaren von Kindern vorgeführt, die man früher nie gesehen hatte, an denen aber dennoch die Wirkungslosigkeit der Behandlung demonstrirt werden sollte; man berechnete mir mit mathematischer Schärfe aus Ziffern des Kopfumfanges und der Thoraxweite, daß die Phosphorbehandlung vollkommen werthlos sei; diese merkwürdigen Beweise wurden auch damals von einem Theile des Auditoriums mit frenetischem Beifalle begleitet, mit einem Worte, meine Niederlage schien eine vollkommene zu sein. Und was hat die Folge ergeben? Die Phosphorbehandlung der Rachitis ist zu einem unveräußerlichen Inventarstücke des ärztlichen Heilschatzes geworden; diese Behandlungsmethode wird von den Lehrstühlen gelehrt, in den Lehrbüchern propagirt; Tausende von Kindern werden jährlich durch diese einfache Methode vor Siechthum und Verunstaltung bewahrt, und nicht ein Titelchen von dem, was ich damals behauptet habe, hat sich als unhaltbar erwiesen. Im Gegentheil, auch Dasjenige, was ich damals blos theoretisch vorhergesagt habe, daß nämlich der Phosphor seine specifische Wirkung auch bei der Osteomalacie der Erwachsenen entfalten werde, auch das hat sich bereits zweifellos erfüllt.

Leider muß ich befürchten, daß ich auch diesmal trotz des großen Lärms, der sich gegen mich erhebt, zum Schlusse Recht behalten werde. Wie dem aber auch immer sei, in keinem Falle werde ich es dulden, daß mir das Recht der freien Meinungsäußerung eingeschränkt werde, und ich will daher auch ohne Zögern daran gehen, die gegen mich erhobenen Vorwürfe der Reihe nach zu entkräften.

Wie Sie sich wohl erinnern, habe ich eine Reihe von Beobachtern namentlich angeführt, welche berichtet haben, daß präventiv immunisirte Kinder in den nächsten Tagen oder Wochen nach der Einspritzung der immunisirenden Flüssigkeit an zweifelloser Diphtherie erkrankt und einige von ihnen auch gestorben sind; und ich habe gemeint, daß dieses häufige Fehlschlagen der Präventiveinspritzung zugleich als ein ungünstiges Omen für die Heilwirkung des Serums beim Menschen angesehen werden müsse, weil nach Behring der Heilwerth des Serums auf seinem Immunisirungswerthe beruhe.

Widerhofer wirft mir nun vor, ich habe die Immunisirung „verdächtigt", er frägt mich, ob mir denn schon ein Kind in Folge der Immunisirung gestorben sei, und beruft sich triumphirend auf eine Depesche von Professor Bókai in Budapest — den ich ebenfalls unter Denjenigen citirt hatte, welche Erkrankungen immunisirter Kinder gemeldet haben, — weil Bókai in dieser Depesche ankündigt, daß er die Immunisirungsversuche fortsetzen werde.

Aus diesen Vorwürfen und Einwendungen geht für mich nur das Eine zweifellos hervor, daß Herr Hofrath Widerhofer mir entweder nicht zugehört hat, oder daß er den von mir in der Immunisirungsfrage eingenommenen Standpunkt nicht erfaßt. Denn ich habe auch hier wieder mit keiner Silbe von den etwaigen Schäden gesprochen, die durch die immunisirenden Einspritzungen herbeigeführt werden könnten, ich habe auch nicht einmal von ferne die Frage berührt, ob man die Immunisirungsversuche fortsetzen solle oder nicht, sondern ich habe ganz einfach das häufige Mißlingen der Immunisirungsversuche constatirt und daraus nur allzu berechtigte Schlüsse auf die Heilwirkung des Serums gezogen. Ob und wie lange man trotz dieser gehäuften Mißerfolge die Immunisirungsversuche fortsetzen soll, das bleibt natürlich dem Ermessen jedes Einzelnen überlassen.

Man hat mir freilich auf der anderen Seite auch eingewendet, daß es gar nicht zu verwundern sei, daß die präventiv immunisirten Kinder bald an Diphtherie erkranken, weil ja die durch das Serum erzeugten Schutzstoffe den Körper in verschiedenen Absonderungen, besonders im Harne wieder verlassen. Ich bin also eigentlich auf beiden Seiten geschlagen; denn auf der einen Seite wirft man mir vor, ich habe die Immunisirung verdächtigt, weil ich die das Mißlingen derselben beweisenden Thatsachen citirt habe, und auf der anderen Seite beweist man mir wieder haarscharf, daß die Immunisirung gar nicht gelingen könne, weil die immunisirenden Stoffe den Körper nach kurzer Zeit wieder verlassen.

Herr Hofrath Widerhofer hat mich ferner gefragt, wie man denn überhaupt beweisen könne, daß die Immunisirung in einem speciellen Falle geholfen habe, da man ja immer werde sagen können, das betreffende Individuum wäre auch ohne die Immunisirung gesund geblieben. Nun, meine Herren, für einen speciellen Fall kann man dies allerdings niemals mit Sicherheit beweisen; und dennoch fehlt es nicht an sicheren Anhaltspunkten, um zu beurtheilen, ob ein Immunisirungsverfahren wirksam ist oder nicht.

Nehmen wir z. B. den Fall, es würde Jemand behaupten, er habe, was ja theoretisch denkbar wäre, nach dem Principe des Diphtherieschutzserums ein Variolaschutzserum bereitet, welches nun an die Stelle der Vaccine zu treten hätte. Denken wir uns weiter, es würden mit diesem Serum Kinder in größerer Anzahl immunisirt und es würde sich herausstellen, daß von 67 auf diese Weise immunisirten Kindern in den nächsten Wochen 13 oder gar, wie neuerdings Pavlik von der Diphtherie Immunisirung meldet ,von sechs angeblich immunisirten Kindern bald darauf drei an Variola erkrankt sind. Nicht wahr, meine Herren, es würde sich ein Hohngelächter erheben und wir würden sagen, wir bleiben lieber bei unserer bewährten Vaccination, von welcher wir zwar niemals in einem bestimmten Falle mathematisch beweisen können, daß sie das betreffende Individuum vor den Blattern beschützt hat, von welcher wir aber dennoch ganz bestimmt wissen, daß sie einen außerordentlich hohen Schutz gegen die Blatternkrankheit gewährt, weil wir ein geimpftes Kind niemals in den nächsten Jahren nach der Impfung an den Blattern erkranken sehen, und weil wir, nicht ohne ein gewisses Gefühl von Neid, beobachten, wie in einem Nachbarstaate, in welchem die obligatorische Impfung und Wiederimpfung strenge durchgeführt ist, die Blatternkrankheit bis zu dem Grade unterdrückt wurde, daß sie der jüngeren Generation der Aerzte fast durchwegs unbekannt geblieben ist. Das, meine Herren, ist eine Schutzimpfung, die ihren Namen mit Recht verdient, und ich muß es geradezu für eine Blasphemie erklären, wenn man die angebliche Immunisirung der Menschen gegen die Diphtherie in einem Athem nennt mit der Schutzimpfung gegen die Blattern. Man denke nur, welche mächtige Waffe man den fanatischen Gegnern der Blatternimpfung in die Hand drückt, wenn man diese letztere auf gleiche Stufe stellt mit der Präventivimpfung gegen die Diphtherie, welche beim Menschen theoretisch und, wie sich zeigt, auch empirisch als nutzlos angesehen werden muß.

Ich habe ferner, wie Sie wissen, in meinem ersten Vortrage die Ansicht vertreten, daß man gerade vom Standpunkte Behring's, welcher die Todesfälle bei der Serumbehandlung den Mischinfectionen mit Staphylococcen und Streptococcen zuschreibt, verpflichtet sei, der gefürchteten Invasion dieser Mikroorganismen, gegen welche das Diphtherieserum von vornherein machtlos ist, durch eine energische Localbe-

handlung mit bactericiden Substanzen entgegenzuwirken, und ich habe dem entsprechend auch gesagt, daß ich in meiner Praxis in allen Fällen neben der Serumeinspritzung auch die von LÖFFLER empfohlenen antiseptischen Lösungen in Anwendung gezogen habe. Auch dieser Theil meines Vortrages, der sich wegen seiner zwingenden Logik, wie ich zu wissen glaube, auch den Beifall Derjenigen errungen hat, die im Uebrigen meinen Standpunkt in dieser Frage noch nicht theilen wollen, hat unbegreiflicher Weise den Zorn des Herrn Hofrathes erregt. Er warf mir vor, ich habe meine Fälle nicht nach den Angaben von BEHRING, sondern BEHRINGisch-LÖFFLERisch behandelt, und ich müßte logischer Weise die Genesungen auf das Conto LÖFFLER's und die Gestorbenen auf das Conto von BEHRING buchen. Sie sehen also, meine Herren, auch hier ist von einer Widerlegung meiner Argumente nicht die Rede, sondern es wurden dieselben mit einem Witze von nicht ganz tadellosem Geschmacke abgethan. Sachlich wäre nur noch zu bemerken, daß es einfach undenkbar ist, daß die Application der LÖFFLER'schen Flüssigkeiten an den diphtheritisch afficirten Stellen die Heilwirkung des Serums, wenn dieselbe wirklich vorhanden wäre, verhindern oder abschwächen soll; daß LÖFFLER, dem wir doch auch eine gewisse Kenntniß des Diphtherieprocesses zuschreiben dürfen, mit seiner localen Behandlungsmethode ohne Mithilfe des Serums vorzügliche Heilerfolge erzielt hat, und daß WIDERHOFER in demselben Vortrage, in welchem er mich wegen der gemischten Behandlungsmethode abkanzelte, an einer anderen Stelle ausrief: „Mir ist die Hauptsache, daß schließlich das Kind genest! Damit bin ich zufrieden!" Was aber für den Einen recht ist, muß auch für den Anderen billig sein.

Zum Ueberflusse will ich noch erwähnen daß Professor, SOLTMANN in seinem Eingangs erwähnten Vortrage, in welchem er seine so wenig günstigen Erfahrungen über das Heilserum mitgetheilt hat, ebenfalls zu dem Schlusse gelangt ist, daß er die Versuche mit dem Serum zwar fortsetzen werde, daß er aber sowohl vom praktischen als vom theoretischen Standpunkte sich für verpflichtet halte, die Serumbehandlung nur in Verbindung mit der Localbehandlung in Anwendung zu ziehen. Ich kann mich also damit trösten, daß ich auch in diesem Punkte nicht der alleinige Uebelthäter bin.

(Schluß folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

RUDOLF V. GERNET (Dorpat): **Ein Beitrag zur Behandlung des Myxödems.**

Das Myxödem, das bisher durch seine Aetiologie und Symptomatologie das lebhafteste Interesse erweckt hatte, ist in jüngster Zeit Object der merkwürdigsten therapeutischen Versuche geworden, die durch ihren Erfolg nur um so merkwürdiger sind. Die Chirurgen haben thierische Schilddrüse implantirt, die inneren Kliniker haben Fütterungsversuche mit thierischer Schilddrüsensubstanz angestellt. Aus der Privatpraxis des Chirurgen ZOEGE V. MANTEUFFEL theilt uns in der „D. Ztschr. f. Chir.", Bd. 39, Heft 5,6, sein Assistent GERNET einen Fall von Myxödem bei einer 40jährigen Aristokratin mit, in dem beide Methoden angewandt wurden. Da MANTEUFFEL erwog, daß in der Schilddrüse sicher eine giftige, insbesondere das Herz schädigende Substanz vorhanden sei, der Gehalt an diesem unbekannten Agens in den verfütterten Schilddrüsenstückchen von gewissem Gewichte ein unbestimmter und von Gabe zu Gabe wechselnder sein muß (es sind 3 Todesfälle nach Schilddrüsenfütterung beobachtet worden), so wählte er zunächst den operativen Weg, indem er den linken Lappen der Thyreoidea eines gesunden jungen Schafes, den er aseptisch gleichzeitig mit der Vorbereitung der Pat. auslösen ließ, zwischen Fascie und Musc. pectoral. maj. neben der linken Mamma in eine absolut trockene Wundhöhle einbettete. Das implantirte Stück heilte tadellos ein; schon nach 3 Tagen stellte sich die erste Wirkung im Auftreten eines bis dahin fehlenden Schweißes ein, nach 15 Tagen trat Röthung der Hände und Füße ein und Pat. selbst spürt wieder etwas Leben in den Extremitäten. In den nächsten 2 Monaten besserte sich das Befinden sichtlich, als plötzlich im Verlauf von 2 Tagen die ganze Besserung verschwand und genau dasselbe Bild wie vor der Operation sich einstellte. Während aber bis dahin unter der schmerzlosen Narbe stets das implantirte Schilddrüsenstück wie eine Drüse palpabel war, war mit der Verschlimmerung innerhalb 2 Tagen die Drüse dem zugreifenden Finger verschwunden; es muß also aus unbekannter Ursache eine plötzliche Resorption stattgehabt haben.

Nun wurden bei dem üblen Zustand der Pat. Fütterungsversuche mit frischen Schilddrüsenstückchen unternommen; sie erhielt anfangs wöchentlich 2mal 0·5, in der 2. Woche 2mal 0·75, in der 3. 2mal 1·0, in der 4. 3mal 1·0. Dann erhielt sie täglich 1·0, später 1·25 rohe Schilddrüsensubstanz in Oblaten, noch später täglich 1·85 und schließlich wieder weniger, 1·5 pro dosi und pro die. Linderung trat jetzt langsamer als nach der Operation ein, nämlich erst bei täglicher Darreichung; sobald versucht wurde, auszusetzen, verschlechterte sich das Befinden der Kranken. Als versucht wurde, die Einzelgabe zu steigern, traten Vergiftungserscheinungen ein (Herzklopfen, Ohrensausen). Höchst sonderbar ist es, daß ein merklicher Umschwung zum Besseren auch hiebei plötzlich eintrat, wie vorher die Verschlechterung eingetreten war; nachdem sich ganz schleichend einige Spuren von Besserung eingefunden hatten, wurde innerhalb weniger Tage diese rapid und evident. Die Drüse nahm sie weiter, in späterer Zeit gekocht, und erst als eine starke Abmagerung der Kranken augenscheinlich wurde, wurde ausgesetzt. Schlechteres Befinden zwang schon nach $1^1/_2$ Wochen von Neuem zur Schilddrüsenfütterung; doch genügte schließlich wöchentlich 2mal eine Gabe von 1·0—1·5 Grm. Im Ganzen haben 108 Grm. Schilddrüsensubstanz, verbraucht vom 15. Juni bis 25. September 1893, eine augenfällige Besserung hervorgerufen, so daß die Dame im Januar 1894 schlank erschien, ohne mager zu sein, ihr entstellt gewesenes Gesicht die gewohnten feinen Züge angenommen hatte, die Umfänge am Körper abgenommen hatten, die Haut weich, die Kopfhaut wieder behaart war u. s. w. Auch jetzt nahm Pat. noch wöchentlich 2—3 Grm. Schilddrüsensubstanz in zwei Gaben.

Da dieser Fall zu beweisen scheint, daß anfänglich der myxödemkranke Körper einen wahren Heißhunger nach Schilddrüsensubstanz hat, sich aber allmälig doch sättigt, so wäre es vielleicht in Zukunft richtiger, erst den Fütterungsversuch zu unternehmen und dann erst, wenn sozusagen der erste Hunger gestillt ist, thierische Schilddrüse zu implantiren; dann dürfte wohl die Resorption des eingeheilten Stückes verzögert werden. Nebenbei zeigt auch dieser Fall, daß vorsichtig zu dosiren ist, weil das Mittel nicht harmlos ist; denn während 1·85 Grm. noch sehr wohl vertragen wurden, riefen schon 2 Grm. die ersten Vergiftungserscheinungen hervor, trotz allmäliger Steigerung und Gewöhnung des Organismus an das Mittel.

R. L.

P. BRUNS (Tübingen): **Ueber die Ausgänge der tuberculösen Coxitis bei conservativer Behandlung.**

Die Grundlage der Arbeit BRUNS' („Archiv für klinische Chirurgie", Band 48) bilden 600 Fälle von Coxitis der Tübinger chirurgischen Klinik. Unter diesen Fällen konnte zunächst das unerwartet häufige Vorkommen der als Coxa vara oder Schenkelhalsverbiegung neuestens beschriebenen Affection constatirt werden. Ferner ergab sich auch eine ziemliche Häufigkeit von Coxitisfällen im Gefolge von infectiöser Osteomyelitis. Was endlich die tuberculöse Coxitis betrifft, so konnten 390 Fälle statistisch verwerthet werden. Bezüglich der conservativen Behandlung gestatteten dieselben folgende Schlüsse:

1. Die tuberculöse Coxitis befällt fast ausschließlich die beiden ersten Jahrzehnte.

2. Sie bleibt in einem Drittel der Fälle während ihres ganzen Verlaufes frei von manifester Eiterung, während in zwei Drittel der Fälle Abceßbildung, Aufbruch und Fisteleiterung zu Stande kommt.

3. Die tuberculöse Coxitis wird bei conservativer Behandlung in 55% der Fälle geheilt. Die Heilung erfolgt nach einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von vier Jahren.

4. Der tödtliche Ausgang in 40% der Fälle erfolgt gewöhnlich an Tuberculose anderer Organe, namentlich der Lungen und Hirnhäute, sowie an allgemeiner Miliartuberculose; bei der fungös-eitrigen Form auch an Amyloid, erschöpfender Eiterung und septischer Infection. Der Tod erfolgt nach durchschnittlich dreijähriger Krankheitsdauer.

5. Bei der nicht eitrigen Form der tuberculösen Coxitis kommen 77%, bei der fungös-eitrigen 42% zur Heilung. Das Auftreten von Eiterung verschlechtert demnach die Prognose hochgradig.

6. Ferner verschlechtert sich die Prognose mit dem zunehmenden Lebensalter: das erste Jahrzehnt weist 65% Heilungen, das zweite 56%, das dritte bis vierte nur 28%, das fünfte bis sechste Jahrzehnt 0% Heilungen auf.

7. Die von der tuberculösen Coxitis Geheilten erliegen noch nachträglich der Tuberculose anderer Organe, besonders der Phthise.

Was nun das functionelle Endresultat betrifft, so gestaltete sich dasselbe über Erwarten günstig. Als das schlimmste Gehhinderniß erwies sich eine stärkere Winkelstellung. Pfannenwanderung fand sich häufiger als eigentliche Spontanluxation.

Für das gegenüber der tuberculösen Coxitis einzuschlagende Heilverfahren ergibt sich aus diesen Thatsachen, daß die Resection erst dann in ihr Recht tritt, wenn eine consequent durchgeführte conservative Behandlung nicht zum Ziele führt. s—s.

Erdinger (Paris): **Du massage dans le traitement des ulcères variqueux.**

Bekanntlich ist die Massage das beste Mittel, um die Ernährung varicöser Glieder zu heben; sie beeinflußt die Circulation der Lymphe und bewirkt ein Verschwinden der das Ulcus umgebenden Infiltration.

In 12 hieher gehörigen Fällen, über welche E. berichtet (Thèse de Paris, „Annales de Dermat. et de Syphiligr.", 1894, Nr. 12) zeigten sich nach 5—6 Sitzungen die Schmerzen gemildert, die Sensibilitätsstörungen in der Nachbarschaft des Ulcus verschwunden, die callösen und entzündeten Ränder des Geschwürs dünn und geschmeidig; die Geschwürsfläche bekam ein besseres Aussehen. In den folgenden Tagen ging die Uebernarbung mit großer Geschwindigkeit vor sich. Diese Beobachtungen gewinnen umso größeren Werth, als eine Reihe von Kranken erst von dem Momente an eine Besserung und ein Verschwinden der Schmerzen aufwies, da man mit der Massage begann.

Die vom Autor angegebene Technik ist folgende: Nachdem der Kranke ein Reinigungsbad genommen hat, wird das Bein mit Sublimatlösung abgespült. Hierauf geht man zur Effleurage über. Dieselbe wird nicht mit der ganzen Hand, sondern nur mit den Spitzen der Finger, welche mit Borvaseline bedeckt sind, vorgenommen. Diese viel zartere Art der Effleurage erlaubt den zur Anwendung kommenden Druck viel besser abzustufen und scheint auch einen deutlicheren sedativen Einfluß auf die Nervenendigungen zu haben. Man beginnt diese Effleurage an der obersten Partie des Beines und nähert sich allmälig dem Geschwüre, indem man die Streichungen stets in centripetaler Richtung ausführt. Diese periphere Massage richtet sich in ihrer Dauer und Intensität nach dem Zustand der Haut in der Umgebung des Ulcus. Im Niveau der Ränder wendet man desgleichen eine dem Grade der Induration angepaßte Massage an, und zwar beginnt man am oberen Rande, geht auf den seitlichen und den unteren Rand über und beendigt die Sitzung mit Effleurage des Beines unterhalb des Geschwüres. Wenn es sich um torpide Geschwüre handelt, darf man sich nicht damit begnügen, nur die Ränder des Geschwüres zu behandeln, sondern muß auch das Geschwür selbst massiren. Zu diesem Zwecke bedeckt man das Geschwür mit einem mit Borvaseline bestrichenen Leinwandläppchen und applicirt eine leichte Effleurage. Die ganze Sitzung soll je nach der Schwere des Falles 10—15 Minuten dauern. Nach beendeter Massage bedeckt man das Geschwür mit einem antiseptischen Verband. Ba.

Ueber das Sehvermögen der Eisenbahnbeamten. Von **Dr. Paul Silex**, I. Assistent an der Augenklinik und Privatdocent in Berlin. Berlin 1894, S. Karger.

Silex ist der Meinung, daß den Bahnbeamten und -Bediensteten mit Ausnahme der Locomotivführer und Heizer das Tragen von Brillen gestattet sein solle, daß letztere von $\frac{2}{3}$ bis 1 auf dem einen und nicht weniger als $\frac{1}{2}$ auf dem anderem Auge haben sollen. In Ausnahmsfällen mag auch die Sehschärfe $\frac{1}{2}$ beiderseits als genügend angesehen werden. Bei den übrigen Beamtenclassen des äußeren Dienstes gilt für einen Theil Sehschärfe $\frac{1}{2}$ und $\frac{1}{3}$, für den anderen Theil $\frac{1}{2}$ und $\frac{1}{6}$. Bei denjenigen, deren Sehschärfe noch geringer ist, mag eine praktische Prüfung entscheiden. Intacter Farbensinn ist eine unerläßliche Bedingung für den äußeren Bahndienst. Der Farbensinn kann auch an den Signalen geprüft werden.

Ferner ist S. für Wiederholungsprüfungen in kürzeren Zeiträumen als von 5 zu 5 Jahren.

Für den inneren Dienst genüge eine geringere Sehschärfe.

Der Autor kommt zu dem Schlusse, daß die Bahnärzte die nothwendigen Untersuchungen nicht immer ausführen können und ihre Fälle daher den Specialcollegen zusenden, die damit eine Gratisarbeit verrichten, welche nicht am Platze ist, daher die Bahndirectionen gehalten sein sollen, Bahnaugenärzte anzustellen.

Königstein.

Neue Arzneimittel.

III.

Argentum fluoratum, Ag Fl.

Braune bis schwarzbraune, glänzende, sehr hygroskopische Masse, die sich in Wasser sehr leicht löst; die wässerige Lösung ist gewöhnlich nicht vollständig klar. Carmello Lazzaro („Arch. di farmacol. e terap.", 1894, pag. 257) fand, daß das Fluorsilber in seiner allgemeinen toxischen Wirkung den alkalischen Fluorverbindungen ähnlich ist, und zwar steht die Giftigkeit in directer Beziehung mit der Menge des darin enthaltenen Fluors, in der caustischen Wirkung kommt das Fluorsilber dem Höllenstein gleich. Das Präparat besitzt antiseptische Wirkung. Da nun auf den Milzbrandbacillus schon ganz geringe, für den menschlichen Organismus ungefährliche Dosen von Fluorsilber giftig wirken, so schlägt Lazzaro vor, das Mittel bei Milzbrandinfection anzuwenden.

Cadmium salicylicum. ($[C_6H_4OHCO_2]_2Cd + 3H_2O$.)

Farblose, glänzende Nadeln von süßlichem, zusammenziehendem Geschmacke, löslich in etwa 70 Theilen kalten Wassers, leicht löslich in Glycerin, ferner löslich in Alkohol und Aether, besonders in der Wärme, unlöslich in Chloroform und Benzin. Gehalt an metallischem Cadmium: 29%.

Dem Cadmiumsalicylat kommt nach P. Cesaris („Bollettino chimico farmaceutico", 1894, pag. 417) eine energischere antiseptische Wirksamkeit zu, als den übrigen Cadmiumsalzen. Derselbe empfiehlt daher das Präparat nach eigenen günstigen Erfahrungen zur Behandlung von eiternden Ophthalmien, Hornhautentzündungen, Conjunctivitiden, sowie als Adstringens bei übermäßiger Schleimhautabsonderung, gegen Syphilide etc.

Rp. Cadmii salicylici . . . . 0·1
Aq. destillat. . . . . 10·0
S. Augenwasser

Rp. Cadmii salicylici . . . . 2·0
Aquae destillat. . . . . 200·0
S. Zu Injectionen.
(Bei Gonorrhoe und Vaginitis.)

Caesium bromatum. Cs Br.

Weißes Krystallmehl, leicht löslich in Wasser.

Caesium bitartaricum, $Cs_2C_4H_4O_6$.

Farblose, prismatische, stark lichtbrechende Krystalle, löslich in Wasser.

Mit diesen Salzen, sowie mit den correspondirenden Rubidiumverbindungen hat Schäfer („American. Therap.", Juni 1894, durch „D. med. Woch.", 1894, Nr. 3) an sich selbst einige Versuche angestellt. Er gebrauchte dieselben bei nervösem Herzklopfen und

erzielte damit gute Erfolge. Die Dosis betrug 0·18—0·3 Grm. 3mal täglich. Nach Ansicht SCHÄFER's dürften diese Salze einer eingehenderen Prüfung werth sein, indessen steht ausgedehnteren Versuchen vorläufig noch der hohe Preis der Mittel entgegen.

Rp. Caesii bromati (bitartarici) . . . . . 0·25
Dent. tal. doses Nr. X in charta japonica.
S. 3mal täglich 1 Pulver zu nehmen.

Cocainum lacticum.

Bezüglich der praktischen Anwendung des Cocaïnlactats ist, einer neueren Mittheilung von H. WITTZACK im „Ctbl. f. d. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorgane", 1894, pag. 113, zufolge, nachzutragen, daß man bei Blasentuberculose nach Entleerung der Blase zunächst mit einer Injection von täglich 1 Grm. folgender Lösung zu beginnen hat:

Rp. Cocaini lactici . . . . 1·0
Aquae destillatae . . . . 9·0

Allmälig werden 4 Theile Wasser durch reine Milchsäure ersetzt und man injicirt von der dann lautenden Receptformel:

Rp. Cocaini lactici . . . . 1·0
Aquae destill. . . . . 5·0
Acid. lactic. . . . . 4·0

wöchentlich 1—2mal 1 Grm.

Cornutinum purum.

Amorphes, bräunliches, in Wasser sehr schwer lösliches Pulver.

Cornutinum citricum.

Braunschwarzes, in Wasser leicht lösliches Pulver.

Das Cornutin ist nach den Untersuchungen von KOBERT („Arch. f. exp. Path. u. Pharm.", 1884, Bd. 18) der Träger der specifischen Wirkung des Mutterkorns auf den Uterus. Nach L. LEWITZKY (Materialien zur Pharmakologie des Cornutins, Inaug.-Diss., St. Petersburg 1887) ist das Cornutin, in der Dosis von 5 bis 10 Mgrm. per os gegeben, eines der sichersten Mittel zur Erregung von Uteruscontractionen, sowohl des trächtigen Uterus während der Geburt, als auch des nach der Geburt oder durch chronische Metritis gereizten Uterus. THOMPSON („Centralbl. f. Gynäkol.", 1889, XIII, pag. 172) fand das Cornutin, zu 2—8 Mgrm. subcutan mehrmals täglich applicirt, bei Metro- und Menorrhagien in Folge von Endometriris, Metritis und Erkrankungen der Uterusadnexa prompt wirkend. Indicirt ist das Cornutin nach P. KROHL („Arch. f. Gynäkol.", 1893, Heft 1, pag. 43) bei jeder geburtshilflichen Operation, speciell kurz vor dem Kaiserschnitt, weiter bei Atonia uteri, nach manueller Lösung der Placenta, nach Ausräumung von Aborten und macerirten Früchten, nach Geburten von Zwillingen und Hydramnion wegen drohender Atonie in Folge plötzlicher Entleerung des vorher stark gedehnten Uterus, im Puerperium bei Subinvolutio uteri und lange Zeit blutigen Lochien und schließlich bei Endometritis puerperalis neben gleichzeitigen vaginalen und besonders nach intrauterinen Irrigationen. Contraindicirt ist dagegen dessen Darreichung bei Blutungen in der Schwangerschaft, bei Wehenschwäche in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode. Auch A. MEISELS („Pest. med.-chirurg. Presse", 1891, Nr. 39) erzielte mit 0·01 Grm. Cornutin pur. pro die in dosi refracta bei Harnröhren-, Blasen- und Uterusblutungen prompten Erfolg. Nach demselben Forscher („Pest. med.-chir. Presse", 1893, Nr. 9) hat sich das Cornutinum citricum bei der gewöhnlichen paralytischen Spermatorrhoe als Heilmittel bewährt. Die Wirkung beruht auf einer Herabsetzung der Irritabilität des Centrum genito-spinale und des ganzen Rückenmarks, sowie in einer Hemmung der Secretionsapparate. Die Dosis betrug 0·003 Grm. 2mal täglich. In der Mehrzahl der Fälle genügte es, das Mittel 6—8—14 Tage lang zu verabreichen, um den Samenfluß definitiv zum Stillstand zu bringen. Bei der spastischen Form der Spermatorrhoe, die durch Entzündung der Vasa deferentia oder der Vesiculae seminales hervorgerufen ist, bleibt das Mittel erfolglos. Man wendet die Cornutinpräparate am besten innerlich an, wie folgt:

Rp. Cornutini pur. . . . . 0·08
Argillae . . . . 3·0
Aq. dest.
Glycerini q. s.
M. ut f. pilulae Nr. XX.
S. 3mal täglich 2 Pillen.
(In der Geburtshilfe.)

Rp. Cornutini citrici . . . . 0·15
Argillae . . . . 7·0
Mucil. g. tragacanth. q. s.
M. ut f. pilulae Nr. 50.
S. 2mal täglich 1 Pille zu nehmen.
(Bei Spermatorrhoe.)

Feuilleton.

Makrobiotik.

Der Trieb, jung zu sein, zu leben, ist uns allen eingeboren, und wenn auch der Dichter in einem höheren Sinne mahnt: „Das Leben ist der Güter höchstes nicht", so hat dennoch der königliche Philosoph von Sanssouci Recht, wenn er behauptet: „Das einzig Wirkliche, was wir auf der Welt haben, ist das Leben. Mir scheint, daß jeder vernünftige Mensch es zu erhalten suchen müßte."

Leider währt aber unser Leben bekanntlich nur kurz, und ganz naturgemäß ist daher schon sehr früh in dem Menschen der Gedanke aufgestiegen, ob es denn gar kein Mittel gebe, das Dasein zu verlängern; es hat auch nicht an Stimmen gefehlt, welche diese Frage bejaht haben.

Von den Lebenselixiren der Alchymisten bis zu dem jüngst von den amerikanischen Blättern veröffentlichten Verfahren eines Dr. WILLIAM BINNEAR zur Lebensverlängerung bis auf 200 Jahre durch eine bestimmte Diät und den täglichen Genuß von mehreren Gläsern destillirten Wassers mit je 10 Tropfen aufgelöster Phosphorsäure hat man jenes Ziel auf die verschiedenartigste Weise zu erreichen gestrebt. Die Lösung des Problems hat Aerzte und Philosophen beschäftigt, sie war ein Lieblingstraum zahlreicher großer Geister — vorwiegend haben sich freilich Charlatans und Schwindler dieses Themas bemächtigt, um Leichtgläubige zu ködern und im Trüben zu fischen.

Was kann denn aber eine bloße Verlängerung des Lebens werth sein, wenn man sich dabei krank und siech fühlt und allen Gebrechen des zunehmenden Alters preisgegeben ist? Nur dann erscheint es doch wirklich lebenswerth, wenn man sich seiner in jugendlicher Kraft und Frische erfreuen darf; häufiger und ergreifender noch als die Klagen über die Kürze des Lebens ertönen daher solche über das zu schnelle Hinschwinden der Jugend.

Wie schrecklich das bloße Vegetiren ohne Kraft und Frische ist, das drückten die Alten sehr treffend in der Mythe von Eos, der Göttin der Morgenröthe, und ihrem Geliebten Thithonos, dem Sohne des trojanischen Königs Laomedon, aus. Zeus gewährte ihr für diesen ewiges Leben; da sie aber vergessen hatte, gleichzeitig auch ewige Jugend für ihn zu erbitten, so wurde der Unglückliche immer greisenhafter und schrumpfte zusammen, bis er sich nicht mehr rühren konnte und wie ein Kind in einer Wiege geschaukelt werden mußte, wobei seine Stimme immerfort gleich einer Cikade wisperte.

Daher hat man schon ebenso früh und eifrig, wie nach Mitteln zur Verlängerung des Lebens, auch nach solchen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Jugend geforscht.

Eine der ältesten dieser Verjüngungscuren scheint die auch von HUFELAND in seiner berühmten „Makrobiotik oder Kunst, das menschliche Leben zu verlängern", erwähnte „Gerokomie" gewesen zu sein. Diesem Verfahren lag bekanntlich der Gedanke zu Grunde, daß alte abgelebte Körper durch die Nähe frischer, aufblühender Jugend zu verjüngen seien. Das bekannteste Beispiel davon enthält die Geschichte des König David; man findet aber auch in den Schriften der Aerzte mehrere Spuren, daß es damals eine sehr gewöhnliche und beliebte Hilfe des Alters war. Selbst in neueren Zeiten ist dieser Rath mit Nutzen befolgt worden. Der große BOERHAVE ließ einen alten Amsterdamer Bürgermeister zwischen zwei jungen Leuten schlafen und versichert, der Alte habe dadurch sichtbar an Munterkeit und Kräften zugenommen.

Als ein anderes Verfahren zur Verjüngung galt die Transfusion, die Einführung neuer Säfte und frischen Blutes von jungen, kräftigen Thieren in die Adern abgelebter Personen, der man große Wirkung zuschrieb, da das Blut von jeher als „ein ganz besonderer Saft“ angesehen wurde. Schon die Kolchierin Medea verjüngt den greisen Aeson, wie ja auch heute noch die Bluttransfusion angewandt wird und sich z. B. nach schweren Blutungen und nach Kohlenoxydgasvergiftungen zumeist bewährt — die Verjüngung eines Menschen dagegen ist noch niemals durch sie bewirkt worden.

Ferner hat man das Trinken von frischem Thierblut für ein Verjüngungsmittel ausgegeben, was jedoch gleichfalls, wie nicht anders denkbar, ein Aberglaube ist. Ludwig XI., jener finstere Tyrann auf dem französischen Königsthrone, der eine folternde Angst vor dem Tode hatte, soll Kinder haben einfangen und schlachten lassen, um ihr Blut zu trinken und sich so zu verjüngen. Von anderen Personen wird erzählt, sie hätten Bäder von Menschen- und namentlich von Kinderblut als Stärkungs- und Verjüngungsmittel benutzt, so z. B. der durch Ausschweifungen entnervte König Ludwig XV., während sich Jérôme Bonaparte während seiner Kasseler Herrlichkeit mit Bädern von Rothwein begnügte, der nachher an die Unterthanen des Königs „Immer lustik“ zu billigen Preisen abgegeben wurde.

Nun, was das Blut nicht vermag, bringt vielleicht das Wasser zuwege, das ja schon PINDAR als „das beste“ gerühmt hat. Uralt ist die Sage von einer Jugendquelle, die zu suchen schon Alexander der Große nach Indien gezogen sei, und durch das ganze Mittelalter hindurch kehrt die poetische Legende von einem „Jugendbrunnen“ wieder. Es ist ja auch unbestreitbar, daß dem Wasser eine überaus erfrischende und belebende Kraft innewohnt — das hat man schon lange vor dem Pfarrer Kneipp gewußt. Ninon de l'Enclos und Diana von Poitiers wuschen sich regelmäßig mit Regenwasser und schrieben diesem allein die bis in ihr hohes Alter währende Conservirung ihres jugendlichen Aussehens und ihrer zarten Gesichtsfarbe zu.

Das machte sich ein gewisser VILLARS in Paris zu Nutze, der um das Jahr 1728 sich ein großes Vermögen dadurch erwarb, daß er Flaschen, Seinewasser enthaltend, als Lebens- und Jugendelixir verkaufte. Ueberhaupt warfen die Charlatans des vorigen Jahrhunderts sich mit Vorliebe auf die Erfindung von Jugendwässern und -Tränken, da namentlich unter den Damen sich stets Leichtgläubige fanden, die für ein solches Mittel große Summen opferten.

Der sogenannte Graf St. Germain, der sich für unsterblich ausgab, empfahl einen „Thee zum langen Leben“, und Cagliostro, dieser verschmitzte Schwindler, rühmte sich gleichfalls, er könne das menschliche Leben verlängern und allen Personen die verlorene Jugendkraft wieder ertheilen. Er stiftete einen Geheimbund, dessen Mitglieder alle fünfzig Jahre physisch wiedergeboren werden sollten. Der Betreffende mußte sich zu dem Behufe jedesmal mit dem Meister im Maimonat auf das Land begeben, sich mit ihm in ein Zimmer einschließen, und die strengste Mäßigkeit beobachten, namentlich nur Regenwasser trinken, das im Mai gefallen war. Jede Mahlzeit sollte mit einem Getränke beginnen und mit einem festen Körper — Zwieback oder Brodkruste — enden. Am siebenzehnten Tage mußte man nach vorherigem Aderlaß sechs Tropfen einer geheimnißvollen weißen Flüssigkeit genießen, worauf in der Morgendämmerung des zweiunddreißigsten Tages ein zweiter Aderlaß folgte. Am nächsten Tage mußte man sich zu Bett legen, das bis zum vierzigsten Tage nicht wieder verlassen werden durfte und das erste Gran der die Unsterblichkeit gebenden Materia prima zu sich nehmen. Man verlor hierauf drei Stunden lang Bewußtsein und Sprache und verfiel in Zuckungen und in heftigsten Schweiß. Auf das am nächsten Tage eingenommene zweite Gran folgte heftiges Fieber, während die Haut sich abschälte und Haare und Zähne ausfielen. Am fünfunddreißigsten Tage nahm man ein Bad und genoß am folgenden endlich das dritte und letzte Gran des Urstoffes, worauf sich ein sanfter Schlaf einstellte, die Haut sich erneuerte und Haare und Zähne wieder nachwuchsen. Am siebenunddreißigsten Tage geschah das Erwachen, dem ein Bad in aromatischem Wasser und am nächsten Tage ein solches in gewöhnlichem Wasser, in dem Salpeter aufgelöst war, zu folgen hatte. Am vorletzten Tage dieser Wundercur, welche „die große Panacee“ hieß, nahm man in zwei Löffeln rothen Weines zehn Tropfen von dem Balsam des großen Meisters, um dann am vierzigsten Tage verjüngt und physisch wiedergeboren das Haus zu verlassen.

Später wollte MESMER, der übrigens keineswegs zu den Charlatans gezählt werden darf, da er fest glaubte, was er lehrte und wovon die Neuzeit auch so Manches als richtig erwiesen hat, den von ihm entdeckten animalischen Magnetismus zu ähnlichen Wirkungen benutzen. Es geschah das meist in einer magnetischen Wanne (Baquet); auch trat zu derselben Zeit der Engländer GRAHAM mit seinem „himmlischen Bette“ auf, das dem darin Liegenden neue Frische und Lebenskraft verleihen sollte. Es handelte sich dabei um ein raffinirtes Zusammenwirken von elektrischen Einströmungen, wohlriechenden Düften, schmelzenden Tönen und sonstigen sinnlichen Reizen, welche wohl eine augenblickliche Erregung und einen intensiveren Lebensgenuß, hinterher aber eine desto tiefere Reaction bewirkten. Die ganze Einrichtung fand auch bald unter den Händen unbarmherziger Gläubiger ihr Ende.

Ein ähnliches „Verjüngungsmittel“ ist bekanntlich der Arsenik, dieses furchtbare Gift, insofern es, wenn man den Körper ganz allmälig daran gewöhnt und dann den Genuß systematisch bis zu einer gewissen Grenze steigert, allerdings die Körperfülle zunehmen läßt, die Gesichtsfarbe frisch und rosig und die Respirationsorgane ausdauernder macht, so daß der Betreffende wirklich das Gefühl einer erneuten Jugend erhält. Nur robuste Constitutionen vermögen aber das Arsenikessen auf die Dauer zu ertragen, sie bleiben außerdem bis an ihr Ende an das Mittel gebunden und verfallen beim Aussetzen in ein Leiden, das genau die Erscheinungen einer Arsenikvergiftung niederen Grades darstellt. Diese unheimliche Verjüngungscur ist namentlich in den Gebirgsgegenden von Steiermark, Tirol und Niederösterreich im Schwunge; wir Aerzte wissen aber leider, daß das Arsenikessen als kosmetisches Mittel auch unter der Damenwelt unserer Großstädte eine Rolle spielt.

Wie MESMER den thierischen Magnetismus als Verjüngungsmittel empfahl, so hat man neuerdings an die Kraft der Elektricität zu dem gleichen Zwecke gedacht. Sie übt unter sachkundiger Leitung ja in Fällen von Nervenschwäche und dergleichen in der That einen regenerirenden Einfluß und soll auch bei den oft überraschenden Wirkungen der Wildbäder von Gastein, Ragaz, Warmbrunn etc., die bisher noch ohne genügende wissenschaftliche Erklärung geblieben sind, thätig sein.

Im Jahre 1890 spielte sich in Petersburg ein Sensationsproceß ab, in den die höchsten Kreise der russischen Aristokratie verwickelt waren. Der Angeklagte war der Staatsrath Pohl, der bekannt gemacht hatte, daß er eine Flüssigkeit zusammengesetzt habe, welche, in die Haut eingespritzt, Greise zu Jünglingen machen könne. Für jede Injection verlangte der erfinderische Wunderdoctor hundert Francs, was ihm, wie die gerichtliche Beweisaufnahme ergab, binnen kurzer Zeit mehrere Millionen eingebracht hatte. Er scheute sich nicht, vor Gericht die Namen seiner Patienten, sogar aus Hofkreisen, zu nennen, damit sie die guten Wirkungen seiner Methode bezeugen könnten. Der brave Professor hatte die Patienten wirklich erleichtert, aber nur um die hundert Francs, die sie ihm hatten zahlen müssen. Die Blamage der Hineingefallenen war um so größer, als ferner erwiesen wurde, daß das Verjüngungsmittel, das der Staatsrath und Professor seinen gläubigen Opfern eingespritzt hatte, aus — destillirtem Wasser ohne jedweden Zusatz bestand.

Einige Zeit nachher brachte ein gewisser Gatschkowsky das „Vitalin“, ein neues verjüngendes Wundermittel, aus Paris nach Petersburg und fand alsbald wieder enormen Zulauf von Seiten der vornehmen russischen Gesellschaft, die von jeher eine wahre Leidenschaft für alle Curpfuschereien gehabt hat: Der Schwindel nahm erst ein Ende, nachdem zwei hervorragende Persönlichkeiten: Stadthauptmann Gresser und Generalmajor Baranow, an den Einspritzungen mit Vitalin gestorben waren.

Von den ernsthaft zu nehmenden wissenschaftlichen Versuchen, das hier in Rede stehende Problem zu lösen, ist das neueste Ergebniß wohl das „Spermin“ des inzwischen verstorbenen Professors BROWN-SÉQUARD in Paris, der für eine Autorität ersten Ranges

auf dem Gebiete der Physiologie galt. Dieser gab, wie unsere Leser wissen, im Juni 1889 in einer Sitzung der Pariser „Biologischen Gesellschaft" die erste ausführliche Darlegung seiner Entdeckung, beschrieb genau die Herstellung seines Mittels aus dem filtrirten Safte gewisser thierischer Körpertheile und Drüsen und berichtete über die günstigen Erfolge, die er damit an sich selber gemacht habe. Wie der damals 76 Jahre zählende Gelehrte versicherte, habe seit der täglichen Einspritzung des Impfstoffes sein Körpergewicht, wie seine geistige Leistungsfähigkeit sich erhöht und seien die früheren Altersbeschwerden völlig gehoben, so daß er sich um mindestens dreißig Jahre verjüngt fühle. Lange aber hat die „ewige Jugend" bei ihm nicht vorgehalten, denn bald darauf starb der berühmte Forscher. Mehrere französische Aerzte, namentlich GOIZET, der in Paris ein „Institut Séquardien" begründete, wenden das „Spermin" an und wollen damit auch in zahlreichen Krankheitsfällen überraschende günstige Ergebnisse erzielt haben. Auch Professor KARL VOGT hat jüngst aus eigener Erfahrung dessen belebende und verjüngende Wirkung bestätigt, doch dürfen die Versuche noch nicht als abgeschlossen gelten.

Bis gründlich durchgeführte Untersuchungen von ärztlicher Seite uns ein bestimmtes Urtheil über den Werth oder Unwerth des BROWN-SÉQUARD'schen Mittels ermöglichen, möge es uns gestattet sein, daran zu zweifeln, daß man jemals ein Jugendelixir entdecken wird, das im Stande ist, die Last der Jahre und ihre Nachwirkungen wieder von dem menschlichen Körper hinwegzunehmen.

Dr. H. G.

Kleine Mittheilungen.

— Prof. A. v. GUBAROFF in Dorpat empfiehlt („Ctbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 5) als unterstützendes Mittel bei der **Behandlung der Eklampsie** die andauernde locale Application von Hitze an die Lendengegend, von welcher er eine auffallende Wirkung insbesondere in solchen Fällen gesehen hat, die mit großem Eiweißgehalt des Harns und sehr herabgesetzter Harnsecretion einhergehen. Von den sechs so behandelten Fällen boten drei besonders schwere Erscheinungen dar, wie hohe Temperaturen, häufige eklamptische Anfälle, protrahirtes Coma, hohen Eiweißgehalt etc. Die Behandlung war im Wesentlichen die herkömmliche und bestand in der Anwendung von Narcoticis (Morphin, Chloralklysmen, Chloroformnarkose), Hautreizmitteln, Bädern, feuchtwarmen Einwicklungen, Darreichung von salinischen Abführmitteln (Natrium und Magnesium sulfuricum aa). Außerdem wurde bei allen Fällen großes Gewicht auf die Nierenfunction gelegt. Dieselbe wurde angeregt durch Verabfolgung von Milch und Mineralwässern und durch Anwendung localer Hitze in der Nierengegend vermittelst eines großen, viereckigen, mit warmem Wasser gefüllten Gummibeutels, wodurch die Harnsecretion immer ungemein günstig beeinflußt wurde. Besonders in den drei schwersten Fällen, bei welchen vollkommene Bewußtlosigkeit bei hoher Temperatur und sehr verminderter Harnsecretion bestand, hatte bei dieser Behandlung die Harnmenge bedeutend zugenommen, und der Eiweißgehalt verminderte sich sehr. Gleichzeitig trat eine Besserung des Allgemeinbefindens ein, die schließlich nach einigen Tagen in Genesung überging. Einen sehr günstigen Einfluß auf den Ablauf der Eklampsie sah G. auch in einem schweren Falle von der Anwendung eines zweimaligen Aderlasses.

— Auf Grund von Thierversuchen und klinischen Beobachtungen empfiehlt Dr. R. ROSELLI („Gaz. degli ospedal.", 1894, Nr. 34) das **Dermatol in der Augenpraxis** auf's Wärmste. Die Schlüsse, welche ROSELLI aus seinen Erfahrungen zieht, sind folgende: Das Dermatol kann mit Nutzen an Stelle aller bisher in der Augenheilkunde angewandten pulverförmigen Arzneimittel gebraucht werden. Bei experimenteller infectiöser Kerato-Conjunctivitis, die bei Kaninchen mittelst Impfung mit Culturen von Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufen wird, gibt Dermatol die besten Resultate und ist bei dieser künstlich hervorgerufenen Affection dem Calomel und Jodoform an Wirksamkeit überlegen. Das Dermatol begünstigt die Resorption von Exsudaten im Auge. Es hat vor dem Calomel den Vorzug, daß es bei gleichzeitiger interner Darreichung von Jodpräparaten angewendet werden kann. Kurze Zeit nach der Einstreuung verschwindet das Dermatol aus dem Conjunctivalsack, wahrscheinlich in Folge von Resorption. Vor den unlöslichen pulverförmigen Arzneien (Calomel, Jodoform) hat es den Vorzug einer größeren bacterientödtenden Wirkung, besonders bei Eiterungen. Es hat eine adstringirende, austrocknende und narbenbildende Wirkung. Die besten Resultate gibt Dermatol bei Conjunctivitis scrophulosa. Gute Resultate werden ferner erzielt bei einfacher Keratitis, wenn sie nicht von großer Lichtscheu und conjunctivaler Hyperämie begleitet ist. Die gleichen Erfolge werden erreicht bei Keratitis parenchymatosa. Dermatol eignet sich vorzüglich zur Beseitigung von Cornealgeschwüren mit vollständiger Restitutio ad integrum, besonders wenn sie auf traumatischer Basis beruhen. Ebenso wird es mit Erfolg angewendet bei Hypopyon-Keratitis an Stelle von Jodoform. Wenige oder gar keine Vortheile bietet das Dermatol bei Blepharitis und bei Trachom. Bei der Conjunctivitis crouposa beschränkt das Dermatol die Secretion und verhindert die Bildung von Pseudomembranen. In keinem Falle hat die Anwendung des Dermatols irgend welche unangenehme Nebenwirkungen außer geringem, höchstens 3—10 Minuten anhaltendem Brennen und Thränenfluß.

— Doc. Dr. STOEWER in Greifswald berichtet in der „D. med. Woch." (1895, Nr. 6) über einen Fall von **Verblutung aus der Lidconjunctiva.** Es handelte sich um ein 7 Monate altes Kind, welches ihm mit der Angabe gebracht wurde, daß vor einiger Zeit das linke obere Augenlid etwas geröthet und geschwollen gewesen sei, welche Erscheinungen aber sehr bald wieder verschwanden, worauf sich Blutungen aus dem Auge einstellten. Die an sich nur geringe Blutung habe mit Ausnahme der Zeit, da das Kind schlief, fortgedauert, wodurch das Kind immer mehr herunterkam. Das Kind bot thatsächlich einen hohen Grad von Anämie. Am linken Auge waren die Cilien des Ober- und Unterlides durch Blutgerinnsel verklebt. Beim Versuche, die Lidspalte zu öffnen, tropfte aus dem oberen Conjunctivalsack hellrothes Blut hervor. Als Quelle der Blutung fand sich ein Tumor von der Größe einer halbirten Erbse, dessen Oberfläche leicht gekörnt war und an mehreren Stellen blutete, der breitbasig auf das obere Lid überging und von der umgebenden normalen Conjunctiva durch eine leichte Vertiefung ringsherum getrennt war. Die Diagnose lautete: Granulationswucherung, hervorgegangen aus einem nach der Conjunctiva durchgebrochenen acuten Chalazion. Der Tumor wurde abgetragen, die Conjunctiva durch Nähte geschlossen, und obgleich keine weitere Blutung mehr erfolgte, trat zwei Tage später der Exitus ein. Nachdem in dem vorliegenden Falle Morbus maculosus Werlhofii und Hämophilie mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnten, mußte der Granulationsknopf als alleinige Ursache der tödtlichen Blutung angesehen werden. Die Untersuchung desselben erklärte dies auch zur Genüge. Der kleine Tumor bestand aus Granulationsgewebe mit ziemlich zahlreichen kleinsten Gefäßen und war nirgends von Epithel bedeckt. Letzterer Umstand war offenbar durch die Lid- und Augenbewegungen bedingt, wodurch die oberflächlichen Rundzellen fortgescheuert, Capillaren bloßgelegt und schließlich arrodirt wurden, so daß es zu fortwährenden Hämorrhagien kam. Ein Erwachsener hätte wahrscheinlich die ungünstige Wirkung der Lidbewegungen bald bemerkt und hätte sie unterlassen. Das siebenmonatliche Kind konnte dagegen eine Erkenntniß der Gefahr nicht haben. Auch hätte ein Erwachsener einen absolut größeren Blutverlust ertragen, als das Kind. Vielleicht durch einen Binoculus, sicherlich aber durch einen früheren operativen Eingriff wäre die Rettung des Falles leicht möglich gewesen.

— Auf der dermatologischen Klinik von Montpellier hat Dr. H. SELIGNAC **ein neues Antisyphiliticum, Quecksilbergallat,** in seinen Wirkungen bei 60 Fällen von Syphilis studirt. (Thèse de Paris, „Annales de Dermat. et de Syphiligr.", 1894, Nr. 12.) Das ursprünglich von GAZ und BROUSSE empfohlene Präparat stellt eine durch Verreibung gewonnene Mischung aus 37·60 Theilen Acid. gallic. crystallisat. und 21·60 Theilen Hydrarg. oxydat. flav. dar. Das grünlich-schwarze Pulver enthält nach dem Trocknen Quecksilber in reicher und ziemlich constanter Menge. Der Gehalt an metallischem Quecksilber beträgt circa 37·17% Gewichtstheile von 100. Als tägliche Dosis empfiehlt sich 5—20 Ctgrm. in Pillen zu 0·05 Grm. Dem Präparat kommt vor Allem der Vortheil zu,

daß es fast niemals Erscheinungen von Mercurialismus hervorruft. Es kann ferner ohne Opium gereicht werden. Sein antisyphilitischer Werth steht nicht hinter dem der übrigen Quecksilberpräparate zurück. Es wird rasch resorbirt; schon nach 24 Stunden lassen sich die ersten Spuren Quecksilber im Urin nachweisen. Das Präparat zeigte sich in allen Fällen von primärer und secundärer Syphilis wirksam. Demnach empfiehlt S. das Mercurgallat für die Behandlung der Syphilis im Allgemeinen, besonders aber für die Fälle mit schlechter Beschaffenheit der Zähne, mit Verdauungsstörungen und mit cachektischem Allgemeinzustand.

— Seit etwa 4 Jahren ist in der chirurgischen Klinik zu Leipzig ein erhärtender Verband zu orthopädischen Zwecken in Verwendung, welchen Dr. URBAN („Ztschr. f. orthop. Chir." Bd. III) der weiteren Verbreitung für werth hält. Es handelt sich im Wesentlichen um einen **Leimverband mit Einlagen von Rohrgeflecht.** Als Unterlage dient an den Extremitäten die Tricotstrumpfbinde, sonst die gewöhnliche Mull- oder Flanellbinde. Als porösen Stoff zur Aufnahme des Leims verwendet man Mullbinden. Der Leim (2 Gewichtstheile Wasser, 1 Gewichtstheil guter Tischlerleim) wird im Wasserbade gekocht. Die Rohrmatten, von denen 3 Arten im Gebrauch sind, werden vorher nach der Configuration des Körpertheiles in schmäleren oder breiteren Streifen von der Länge des Verbandes zurechtgeschnitten und in heißes Wasser gelegt, damit sie recht geschmeidig werden. Ist in dieser Weise Alles vorbereitet, so wird die erste Lage Mulleinwicklung des Körpertheiles mit einer einfachen Lage einer Mullbinde von entsprechender Breite auf die Strumpfbinde aufgewickelt und dieselbe mittelst eines Borstenpinsels mit Leim getränkt. Auf die erste folgt die zweite Lage Mull, die in derselben Weise mit Leim getränkt wird, darauf die Einlage des Rohrgeflechtes, die mittlerweile in heißem Wasser genügend geschmeidig geworden ist. Die Rohrmatten werden vor dem Auflegen ebenfalls mit Leim getränkt. Auf die Einlagen folgen wiederum 2 Lagen Mullbinden mit Leim. Nach 12 Stunden ist der Verband soweit getrocknet, daß die Kapsel nach der Abnahme ihre Form bewahrt. Sie wird in der gewohnten Weise gespalten und eingefaßt. Dieser Verband besitzt gegenüber dem Gypsverband den Vorzug der Leichtigkeit, Biegsamkeit und Geschmeidigkeit, gegenüber dem einfachen Leim- und Wasserglasverbande durch die Matteneinlage den Vorzug der größeren Festigkeit und Dauerhaftigkeit.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 15. Februar 1895.

Ueber einen neuen Milchsäurebacillus.

KAUFMANN berichtet über gemeinsam mit W. SCHLESINGER theils an der Klinik NOTHNAGEL in Wien, theils an der Klinik NAUNYN in Straßburg vorgenommene bacteriologische Untersuchungen, welche sich auf den Befund eines neuen Milchsäurebacillus im Mageninhalt bezogen. Derselbe ist oft schon im ungefärbten Präparat in großen Mengen zu constatiren, wächst auf Fleisch-Pepton-Agar und anderen stark sauren Nährböden in charakteristischen Colonien, hingegen nicht auf Gelatine, und stellt 4—6 μ lange und 1 μ breite, meist gerade gestreckte Stäbchen dar. Er bringt die Milch zur Gerinnung und hat vor Allem die Fähigkeit, aus verschiedenen Zuckerarten energisch Milchsäure zu bilden.

Was nun das Vorkommen dieses Bacillus im Mageninhalt betrifft, so wurden 94 Fälle von Magenerkrankungen klinisch genau untersucht. Darunter befinden sich 20 Fälle von Carcinom. In 19 von diesen Fällen fand sich der Bacillus in großer Menge. In einem zweifellosen Falle von Carcinom fehlte er. In allen diesen Fällen war auch die UFFELMANN'sche Reaction auf Milchsäure positiv. In 68 weiteren Fällen, in welchen Carcinom ausgeschlossen werden konnte, fand sich Milchsäure und der neue Bacillus 3mal, in den übrigen 65 Fällen fehlte beides.

Nach diesen Ergebnissen ist in diagnostischer Hinsicht der Befund des Bacillus zwar kein für Carcinom absolut beweisender, er lässt aber mit Sicherheit schließen, dass im Mageninhalt pathologische Mengen von Milchsäure vorhanden sind, ja vielleicht, dass der Bacillus mit der Bildung der Milchsäure in directem Zusammenhange steht. Bei dem Umstande nun, daß das Vorkommen von Milchsäure im Mageninhalt, wie BOAS gezeigt, ein wichtiges Frühsymptom bei Magencarcinom darstellt, und daß ferner die UFFELMANN'sche Reaction auf Milchsäure nicht sehr verläßlich und die Methode von BOAS sehr complicirt ist, hält K. seinen Befund für geeignet, den chemischen Nachweis der Milchsäure durch den bacteriologischen Nachweis der „langen" Milchsäurebacillen zu ersetzen.

Ueber Gangrän bei Hysterischen.

NARATH berichtet zunächst über einen Fall von Gangrän bei einer Hysterica, bei welcher sich herausgestellt hatte, daß es sich um Artefacte mit Hilfe von Schweinfurter Grün gehandelt habe, und stellt im Anschluß daran einen analogen Fall der Klinik GUSSENBAUER vor. Dieser Fall wurde vor 2 Jahren von ERL in Linz als spontane hysterische Gangrän beschrieben. Bei genauerer Beobachtung an der Klinik ergab sich nun, daß es sich um Artefacte handelte, welche sich die Pat. mit Laugenstein beibrachte, und zwar ist dieselbe im Stande, durch verschiedene und verschieden lange Application des Aetzmittels die verschiedensten Formen von Efflorescenzen hervorzubringen, wie Erytheme, Quaddeln, Herpes, pemphigusähnliche Blasen und Schorfe.

N. glaubt, daß viele Fälle von Spontangangrän nicht spontan, sondern arteficiell sind, und daß ferner diese Fälle mit dem Herpes zoster gangraenosus KAPOSI nichts zu thun haben.

WINTERNITZ erinnert daran, daß er gelegentlich einer früheren Discussion über diesen Gegenstand zwei Kaninchen mit symmetrischer Gangrän demonstrirt habe, welche durch Chloroforminjectionen erzeugt war. Er hat seitdem einige Hysterische mit Gangrän beobachtet, bei welchen er allen Grund hatte, anzunehmen, daß die Gangrän auf diesem Wege künstlich erzeugt war.

KAPOSI bemerkt zu dem vorgestellten Falle, daß es in der That sehr schwierig sei, zwischen einem künstlichen Schorf mit Aetzpasta oder mit Kali causticum und einem Schorf bei spontaner Gangrän zu unterscheiden. Solchen Fällen mit Mißtrauen zu begegnen, habe immer seine Berechtigung. Immerhin gebe es einen sicheren Anhaltspunkt für die Entscheidung. Bei frischen Eruptionen der spontanen Gangrän beobachte man nämlich, daß die Gangrän durch die unversehrte und normal aussehende Epidermis hindurch aus der Tiefe durchschimmert, und zwar anfangs als gelblich-grünliche Verfärbung, woraus sich erst später der auf diese Stelle beschränkte Schorf entwickelt.

RIEHL erinnert an den von ihm im Vorjahre als Gangraena cutis hysterica vorgestellten Fall, bei welchem er gleichfalls anfangs an Simulation dachte, der aber keinerlei Anhaltspunkte für eine derartige Annahme bot. Was ihn veranlaßte, gleichwohl Spontangangrän anzunehmen, das war das von KAPOSI erwähnte Verhalten, daß die Gangrän immer aus Blasen hervorgegangen war, welche an ihrer Basis zuerst blauschwarz verfärbt wurden.

SINGER weist auf den von ihm beschriebenen Fall von Gangrän der Haut [1]) hin, von welchem er gleichfalls nicht annehmen kann, daß es sich um Simulation gehandelt habe, dagegen habe vor Allem das Verhalten der Haut in der Umgebung der Schorfe gesprochen.

NEUMANN erinnert an den von ihm vor 15 Jahren vorgestellten Fall von Spontangangrän, bei welchem er Gelegenheit hatte, die Schorfe unter seinen Augen im Verlaufe weniger Stunden entstehen zu sehen. —

KNÖPFELMACHER demonstrirt das durch Section eines 9monatlichen Kindes gewonnene Präparat eines apfelgroßen Beckensarcoms, welches die Wirbelsäule durchwuchert und im Leben Erscheinungen von Koth- und Harnretention erzeugt hatte.

KOLISCH macht eine vorläufige Mittheilung über eine neue Methode zur Bestimmung des Kreatinins im Harne,

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1893, Nr 25. u. 26.

welche darauf beruht, daß aus einer alkoholischen Kreatininlösung alles Kreatinin durch eine concentrirte alkoholische Natrium-Acetatlösung in Form eines schönen, sich gut absetzenden Niederschlages ausgefällt wird. Der auf demselben Wege zu Stande kommende, vom Harnstoff herrührende Niederschlag unterscheidet sich vom Kreatinin dadurch, daß er sich bei Zusatz von einigen Tropfen concentrirter Essigsäurelösung wieder auflöst.

TOPOLANSKI stellt einen Pat. mit Vitiligo im Anschluß an ein entzündliches Oedem des oberen Augenlides vor. T. glaubt, daß die beiden Affectionen in einem causalen Zusammenhang stehen.

Ba.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Wissenschaftliche Versammlung vom 11. Februar 1895.

HUGO KLEIN demonstrirt das durch Laparotomie gewonnene Präparat einer linksseitigen Tubargravidität. Nachdem die Diagnose einmal feststand, beschränkte sich K. auf eine exspectative Behandlung; da der Zustand der Pat. aber bedenklich wurde, entschloß sich K. zur Operation, welche die Diagnose bestätigte und die Pat. von allen Beschwerden befreite.

W. WINTERNITZ: Die Hydrotherapie der Infectionskrankheiten aus actuellen Gesichtspunkten.

Redner weist zunächst auf die unleugbaren Erfolge hin, welche die Hydrotherapie bei der Behandlung des Typhus schon in der allerersten Zeit ihrer Einführung aufzuweisen hatte. Gleichwohl konnte sie sich die Klinik nicht dauernd erobern, wohl deshalb, weil sie theoretisch noch nicht genügend begründet war. Heute steht aber unleugbar fest, daß die thermischen Actionen einen bedeutenden Einfluß auf den Tonus und die Elasticität der Gefäße und Gewebe ausüben, ja wir wissen, daß der Tonus der Gefäße durch das thermische Verfahren schon zu einer Zeit wieder hergestellt werden kann, da der Infect noch gar nicht abgelaufen ist. Versuche mit dem Sphygmomanometer und Sphygmographen beweisen dies direct. Wenn die Hydrotherapie somit im Stande ist, die Erschlaffung der Gefäße zu beheben und dadurch einer Hypostasenbildung in gewissen Gefäßbezirken zu steuern, so muß dieses Verfahren, ganz abgesehen von dem Einfluß auf den Stoffwechsel und sonstige Factoren, als ein rationelles bezeichnet werden. Gleichwohl schien diese Grundlage ihren Boden mit der Aera der ätiologischen Funde zu verlieren. Aber die Thatsache, daß dem Organismus gewisse Einrichtungen zur Abwehr der Infection und ihrer Producte zukommen, läßt den Werth der Hydrotherapie von neuen Gesichtspunkten beurtheilen. Solche Abwehrvorrichtungen besitzt der Organismus in seinen Ausscheidungswegen: der Haut, den Lungen, den Nieren. Der Einfluß der thermischen Proceduren auf die Function der Haut und der Lunge ist längst bekannt. Bezüglich der Nierensecretion wurde gezeigt, daß unter dem Einfluß der thermischen Behandlung der urotoxische Coëfficient weit höher, d. h. daß die Ausscheidung der Gifte aus dem Körper durch die Hydrotherapie gefördert wird. Endlich wurde gezeigt, daß der durch ausschließliche Pflanzenkost alkalisch gemachte Urin durch kalte Bäder wieder sauer wird, und schon daraus wird begreiflich, welchen Einfluß ein kaltes Bad auf das Alkalischwerden des durch die Infection sauren Blutes ausübt.

Am besten studirt sind die Wehrkräfte, welche dem Organismus durch Veränderungen des Blutes selbst zur Verfügung stehen. Wenn es nun zu erweisen ist, daß die thermischen Actionen auch auf die Zusammensetzung des Blutes einen directen Einfluß ausüben, dann würde man behaupten können, daß der mächtigste Factor des Organismus zur Abwehr von Schädlichkeiten durch die Hydrotherapie gefördert, vielleicht sogar mobilisirt wird. Diesen Nachweis glaubt nun W. durch die gemeinsam mit seinen Assistenten STRASSER und WERTHEIMER angestellten Blutuntersuchungen erbracht zu haben.

Diese Untersuchungen ergaben zunächst (ROVIGHI ist gleichzeitig und unabhängig von W. zu demselben Resultate gekommen), daß sich durch mannigfache thermische Actionen besonders bei Individuen, bei welchen keine ausgesprochene Reaction erfolgt, eine auffallende Veränderung der Blutzusammensetzung bewirken läßt: Mächtige Vermehrung der Leukocyten, Vermehrung der rothen Blutkörperchen und Erhöhung des Hämoglobingehaltes. Auch eine Veränderung der Blutzusammensetzung bei erregenden und erwärmenden Umschlägen konnte nachgewiesen werden. Diese Veränderung der Blutzusammensetzung läßt eine Erhöhung der Wehrkraft des Organismus wohl mit großer Sicherheit vermuthen.

Discussion.

Teleky fragt, wie sich die Blutbeschaffenheit in ihrer Gesammtheit bei hydrotherapeutischen Proceduren verhalte, worauf **Winternitz** erwidert, daß GRAWITZ die Ansicht vertreten habe, daß es sich bei thermischen Einflüssen blos um Veränderungen des Blutes localer Natur handle, daß das Blutserum aus den Gefäßen ausgepreßt, dadurch das Blut concentrirter, die Zahl der morphologischen Elemente erhöht werde. W. kann dem nicht beipflichten. Er glaube auch nicht, daß es sich um eine Neubildung der Blutzellen handle, sondern er glaubt, daß sich die Vermehrung hauptsächlich dadurch erklären lasse, daß in gewissen Gefäßprovinzen das Blut stagnirt, und daß dieses Blut in die Circulation einbezogen werde, sobald der Tonus der Gefäße durch die Hydrotherapie gehoben werde. Von diesem Gesichtspunkte aus könne man von einer durch die thermische Action bedingten allgemein veränderten Blutbeschaffenheit sprechen.

v. Basch weist darauf hin, daß man auch mit den hydriatischen Proceduren nicht vorsichtig genug sein könne. Er gehe beispielsweise niemals unter 20° herunter und lasse niemals Abreibungen länger als 2 Minuten machen.

Winternitz hält es unter Umständen für kühner, bei einem Herzfehler ein laues Bad, wenn auch nur in der Dauer von 1—2 Minuten, zu geben, als ein kaltes Bad. Die Hydrotherapie sei in der That kein indifferentes Mittel und verlangt auch bei den Erkrankungen des Herzens ihre Indicationen, wie POSPISCHILL dies gezeigt hat.

Baum: Wenn auch die moderne Hydrotherapie das Wort „Kaltwassercur" perhorrescire, so sei für gewisse Fälle dennoch die Anwendung von Wasser sehr geringer Temperatur von großem Werth, allerdings mit der Einschränkung, daß die Procedur nur sehr kurz, Secunden, währe, und daß sie mit mechanischen Reizen combinirt sei. Es gelte dies besonders für jene Fälle, in welchen die Kraft des Organismus am tiefsten gesunken sei.

Ba.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 18. Januar 1895.

R. RAUDNITZ: Demonstration eines Falles von Spasmus nutans.

Bei dem 3jährigen, sehr blassen und schlecht genährten Knaben besteht nebst den beständigen nickenden Bewegungen beiderseitiger Nystagmus und abnorme Kopfhaltung; werden beide Augen verbunden, so hören die nickenden Kopfbewegungen sofort auf (CAILLÉscher Versuch).

In 6 früher von R. beobachteten Fällen aus dem Josefstädter Kinderambulatorium war der Nystagmus einseitig, und genügte der Verschluß des betreffenden Auges, um das Kopfschütteln und die abnorme Kopfhaltung zu beseitigen. Diese Thatsache, sowie der Umstand, daß bei allen Kindern der Nickkrampf beim bloßen Starren fehlt, spricht gegen die Erklärung CAILLÉ's daß es sich beim Spasmus nutans um einen Reflex auf den Lichteinfall handle. Auch die Ansicht, daß Spasmus nutans mit dem Zahnen oder Rachitis in causalem Zusammenhang stehe, weist R. auf Grund seiner Erfahrungen zurück, ebenso die von einigen Autoren aufgestellte Analogie mit Epilepsie. Dagegen hat R. festgestellt, daß von seinen 7 Fällen 6 in dunklen Zimmern wohnten, und er glaubt daher, dieses Moment für die Entstehung des Leidens verantwortlich machen zu müssen, ohne jedoch vorderhand den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung erklären zu können.

ARNOLD PICK: Ueber psychopathische Wirkungen des Wunders von Dörrengrund.

Im Sommer v. J. hat ein junges Mädchen aus Dörrengrund bei Politz im nordöstlichen Böhmen die Vision gehabt, daß ihr die heilige Jungfrau Maria in einer röthlichen Wolke erschienen sei und ihr mit dem Kopfe zugenickt habe. Daraufhin wallfahrteten Tausende von Menschen an den Ort, wo die Vision stattgefunden haben soll, und trotz der Einsprache des Bischofs von Königgrätz brachte das „Wunder von Dörrengrund" die Bevölkerung in psychische Erregung, aus der sich eine wahre psychische Epidemie entwickelte. In jüngster Zeit kommen aber auch chronische Psychosen unter dem Einflusse des Wunders von Dörrengrund vor, und über einen solchen Fall berichtet der Vortragende. Ende December 1894

kam eine 30jährige Frau auf die Klinik des Vortragenden, die von jeher sehr fromm war, aber seit dem Wunder von Dörrengrund eine auffallende psychopathische Veränderung zeigte. Sie wurde noch frömmer, wallfahrtete oft nach Dörrengrund und zeigte seit October v. J. vereinzelte melancholische Symptome, die sich in den letzten 14 Tagen vor dem Eintritte in die Klinik zu einer ausgesprochenen agitirten Melancholie steigerten. Die heilige Maria sei ihr in einer rothen Wolke erschienen und habe ihr aufgetragen, sie solle beten und eine Kirche bauen, sie schloß sich auffällig an eine andere Kranke an, die sie für die heilige Maria hält. Sie hält Alles fest mit der Motivirung, daß damit eine Kirche gebaut werden solle.

Redner setzt die auf Melancholie gestellte Diagnose eingehend auseinander, bespricht die ätiologische Bedeutung des religiösen Momentes in diesem Falle und schließt mit dem Hinweise auf die Nothwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen gegenüber den noch zu erwartenden üblen Wirkungen des Wunders in Dörrengrund.

—z.

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 26. Januar 1895.

Vollständige Erblindung durch Bandwurmmittel.

E. Grósz stellt einen 29jähr. Tischler vor, der früher auf dem linken Auge schwächer, auf dem rechten Auge gut gesehen hatte. Gegen ein seit dem Sommer v. J. bestehendes hartnäckiges Magenleiden gebrauchte er am 9. Januar eigenmächtig die Bandwurmcur, und zwar nahm er zuerst Ricinusöl und dann in halbstündigen Intervallen zusammen 32 Kapseln, enthaltend je 8 Grm. Extractum filicis maris aether. und Extractum punicae granati. Am selben Tage wurde ihm übel; Tags darauf Bewußtlosigkeit und Diarrhoe; am 11. war er auf beiden Augen total erblindet. Auf der Augenklinik wurde am 15. nebst vollständiger Erblindung maximale Dilatation der Pupillen und normaler Augenhintergrund constatirt. Am 21. Januar zeigte sich Decoloration der Papillen; seither entwickelt sich beiderseits immer mehr die Atrophia n. optici. Früher, wo man über 3·5 Grm. Gesammtdose nicht hinausgegangen war, kamen keine Vergiftungen vor. Poulsson hat 13 Vergiftungsfälle (darunter 3 letal endigend) mitgetheilt. Er hält die amorphe Form der Filixsäure für giftig, nicht die krystallisirte. Die verschiedene Wirksamkeit des Präparates, je nachdem es frisch oder alt ist, mag es bedingen, daß die toxische Dosis zwischen 4 und 45 Grm. schwankt. Besonders gefährlich ist es aber, wie Thierversuche auch bestätigt haben, das Extractum filic. maris mit Ricinusöl zu geben, worin die giftige Filixsäure sich leichter löst. Die hier auftretende Mydriasis und Amaurosis hält Kniess für peripher und vergleicht sie mit der nach Chinin und nach Blutungen auftretenden Amaurose.

G. Kern: Die Leitung der Geburt ohne innere Untersuchung.

Vortr. gibt eine Darstellung des Verfahrens an, welches an der geburtshilflichen Klinik von Prof. Leopold in Dresden bei der Leitung der Geburt beobachtet wird.

Mit dem von Leopold modificirten Credé'schen Verfahren kann man ausschließlich mit äußerer Untersuchung alles erfahren, was zur Leitung der Geburt nothwendig ist. Bei regelwidriger Geburt ist die innere Untersuchung nicht zu vermeiden und ist auch aus didactischen Gründen wichtig. Diese Einschränkung gilt daher weniger für die Geburtskliniken als für die Praxis. Die Hebamme soll nicht einmal die innere Untersuchung lernen, sondern die Geburt mittels äußerer Untersuchungen leiten und auf diesem Wege die normale von der abnormen Geburt unterscheiden.

Die auf der Dresdener Geburtsklinik geübten 4 Kunstgriffe sind folgende:

An der am Rücken liegenden, gänzlich entkleideten oder nur mit dem Hemd bedeckten Kreißenden oder Schwangeren werden (in der Wehenpause) die ersten 3 Untersuchungsgriffe so ausgeführt, daß der Untersuchende zur Seite der Gebärenden steht oder ihr das Gesicht zuwendet, während er beim 4. Griff ihr den Rücken zukehrt.

Beim I. Kunstgriff werden die beiden auf den Bauch aufgelegten, mit den Fingerspitzen an einander stoßenden Handflächen den Uterus entlang derart hinaufgeschoben, daß eventuell aufliegende Darmschlingen zurückgedrängt werden. Auf diese Weise werden die Höhe des Fundus, die daselbst befindlichen Fötustheile, die Größe des Fötus, dessen gerade oder Querlage und die Zeit der Schwangerschaft bestimmt.

Beim II. Griff schieben wir die Handflächen die Seiten des Uterus entlang, wo bei gerader Lage die eine Hand den Rumpf, die andere die kleinen Theile fühlen wird. Ein genaueres Abtasten wird ermöglicht, wenn die eine Hand auf der einen Seite des Bauches, bezw. des Uterus, ruht und die andere einen gelinden Druck auf die Seite der Gebärmutter ausübt, wodurch das Fruchtwasser weggedrängt und die Fruchttheile der Bauchwand der palpirenden Hand näher gerückt werden.

Dieser II. Kunstgriff läßt auch den Verlauf der Tuben erkennen, von denen die linke gut zu fühlen ist, weil sie in Folge der leichten Rechtsneigung des Uterus mehr angespannt ist. Dadurch kennen wir die Lage der Placenta, was bei künstlicher Lösung der Placenta, künstlicher Frühgeburt und Sectio caesarea von Wichtigkeit ist.

Beim III. Kunstgriff abduciren wir thunlichst den Daumen der einen Hand und umfassen mit dem nach dem Kreuzbein gerichteten Daumen und Mittelfinger der anderen die vorliegenden Fruchttheile. Wenn der Theil hart und rund ist, so kann es nur der Kopf sein, welcher, wenn er sich noch nicht in den Beckeneingang eingestellt hat, umspannt und hin und her ballottirt werden kann. Der Steiß dagegen fühlt sich weicher an und zeigt ungleichmäßige Oberfläche. Aus der Größe und Härte des Kopfes folgern wir auf Reife oder Unreife, Größe der Frucht, ferner zusammengehalten mit dem beim I. Kunstgriff bestimmten Fundus uteri, auf die Zeit der Schwangerschaft, aus dem Verhalten bezüglich der Einstellung des Kopfes in den Beckeneingang, auf normale Weite oder Enge des Beckens und in Verbindung mit anderen Zeichen, ob es eine Primi- oder Multipara ist.

Wenn wir beim III. Kunstgriff den Kopf nicht im Becken fühlen, so müssen wir demselben schon bei einem der früheren Griffe begegnet haben; fühlen wir ihn aber undeutlich durch eine weiche Schichte, so ist dies die Placenta, deren Ort wir schon beim II. Griff mit Wahrscheinlichkeit bestimmt haben.

Hier können wir auch Scheitel- oder Gesichtslage erkennen, eventuell mit Zuhilfenahme der Herztöne. Ebenso können wir die Vorwärtsbewegung und Drehung des Kopfes verfolgen.

Der IV. Kunstgriff besteht darin, daß der Geburtshelfer, der Gebärenden den Rücken kehrend, beide Hände in die Weichen einsenkt und mit abwechselndem Druck die zwischen den Händen befindliche Fruchttheile abtastet. Der letzte Kunstgriff wird nur dann in Anspruch genommen, wenn der Kopf bereits in die Beckenhöhle gedrungen ist und wir dessen Vorwärtsbewegung verfolgen wollen.

Die Vortheile der ausschließlich äußeren Untersuchung sind: 1. Absolut sichere Vermeidung der Infection. 2. Schonung des Schamgefühls. 3. Vermeidung des Blasensprengens. 4. Die Möglichkeit, den Arzt zur richtigen Zeit zu rufen, da diese Untersuchung zu wiederholten Malen ausgeführt werden kann.

Auf diese Weise wird an der Dresdener Geburtsklinik bei jährlich 2000 Gebärenden nur die äußerliche Untersuchung angewendet. Das Resultat ist auch ein günstiges; denn das fieberfreie Puerperium beträgt daselbst 91·6%, wobei 37·9° C. schon als Fieber genommen wird.

D.

Notizen.

Wien, 16. Februar 1895.

(Das Zeitalter Skoda's.) Wir haben in der Vorwoche die classische Festrede, welche Hofrath Albert anläßlich der Enthüllung der Billroth-Büste in der k. k. Gesellschaft der Aerzte gehalten hat, in großen Zügen wiedergegeben. Neben der trefflichen Schilderung der in Aller Gedächtniß lebenden Person des Gelehrten und Arztes, dessen Manen die Feier galt, hat jener Theil der Rede, der die Geschichte der Gesellschaft der Aerzte skizzirte, die in Billroth den glänzendsten und thatkräftigsten Führer verloren,

tiefsten Eindruck gemacht. Auf die Bildnisse hinweisend, welche die prunkvolle Halle der „Gesellschaft" schmücken, allen voran JOSEPH SKODA's lebenathmende Büste, betonte ALBERT den mächtigen Einfluß, den dieser Genius auf die Schule, nicht minder aber auf den Charakter der Wiener Aerzte ausgeübt. Die sogenannte physikalische Untersuchung — wir reproduciren diesen Theil der Festrede nach dem im Gesellschaftsorgane mitgetheilten Wortlaute — führte zu evidenten Befunden am Krankenbette und bildete gleichsam den Maßstab für alle anderen Erhebungen. Die pathologische Anatomie deckte ebenfalls vor Allem die sinnfälligsten Thatsachen auf und konnte bei ihrem innigen Contact mit der klinischen Medicin ein inappellables Amt üben, dessen Richterspruch den Arzt sehr belastete, wenn die vorhandene krankhafte Störung diagnosticirbar war, und ihn sehr wohlwollend entschuldigte, wenn die krankhaften Veränderungen aus gröberen Erhebungen nicht diagnosticirbar erschienen. Eine virtuose Handhabung der Technik der Auscultation und Percussion erschien als die erwünschteste Eigenschaft des Arztes. Wer in der Lage war, sich diese Errungenschaften zu verschaffen, gewann daher eine Sicherheit des ärztlichen Auftretens, wie es unter den früheren Aerzten nur die ganz ausnehmend begabten besitzen konnten, und da die Pflege der neuen Methode eine allgemeine und förmlich begeisterte wurde, so war in den ganzen Stand das Gefühl eines sicheren Wissens übergegangen, d. h. eines Wissens, welches seine Grenzen genau kannte und innerhalb dieser Grenzen ein allgemein entwickeltes, in seinem Charakter objectives war. Gerade der letztere Charakter dieses Wissens und sein im Ganzen nicht erdrückender Umfang machte auch polemische Auseinandersetzungen überflüssig, da ja die Thatsachen sprachen; am Krankenbette hörte das Geltendmachen und Verfechten speculativer Constructionen auf. Zur Sicherheit des Wissens gesellte sich die Ruhe des Benehmens. Dazu kam ein drittes Moment. SKODA's Geist, in der Nüchternheit seines Kriticismus wohl noch weit bedeutsamer als in den positiven Schöpfungen der physikalischen Diagnostik, warf die bisherige Therapie mit dem Gefühle einer solchen Ueberlegenheit über den Haufen, daß hiebei auch der leiseste Zug eines Sarkasmus fehlte. Die alte, geradezu willkürliche Therapie war einfach abgethan; damit verschwand auch das von geistvollen Satyrikern aller Zeiten verspottete Herumcuriren. Die Ohnmacht der Medicin wurde unumwunden eingestanden. Der Arzt befreite sich selbst von dem falschen Prestige eines Wettermachers, war nur Beobachter, Vorhersager, Tröster und Linderer des Leidens. So von dem ganzen Flitter einer vermeintlichen Zauberkunst, welche die älteren Aerzte leider so oft sich selbst zuschrieben, leider so oft sich zuschreiben ließen, vollkommen befreit und ihn verachtend, erlangten die Aerzte ein Bewußtsein der eigenen Würde, welches dem Publicum umso mehr imponirte, als die Leistungen der Schule weltbekannt waren und die Stadt Wien ein Reiseziel wurde, nach welchem Tausende von ausländischen Aerzten strömten. Zu dieser aus der Sache selbst fließenden Erhebung und Veredlung des Standes gesellte sich noch die wohlthuende Schlichtheit, welche die Häupter der Schule in ihrem persönlichen Auftreten an den Tag legten; die Kümmerlichkeit der Institute, an welchen die gewaltige Leistung zu Stande gebracht wurde, erhöhte gerade vermöge des Contrastes die innere Bedeutung der Arbeit, und so hatte diese Epoche viele jener Züge, die wir an dem Geiste des Alterthums bewundern. Es war eine antike Würde und Einfalt hier zu Hause, welche in der mäßigen Menge der Publicationen und dem lapidaren Styl der Meister ihren literarhistorischen Charakter immer behalten wird...... So war die alte Zeit, die aus den ruhigen und tiefen Augen SKODA's in unsere Versammlung herüberblickt." — Einer der hervorragendsten Söhne dieser Zeit hat dieselbe in lapidaren Worten geschildert, den entschwundenen Meistern zur Ehr', den Epigonen als leuchtendes Vorbild. Haben sie ihn verstanden?

(Die Taxe für Apotheken-Visitationen.) Ueber die von einer politischen Landesbehörde gestellte Anfrage, ob die landesfürstlichen Amtsärzte für die vorgeschriebene Visitation der in öffentlichen Krankenanstalten bestehenden Dispensiranstalten (Spitalsapotheken) auf die für Apothekenvisitationen festgesetzte Taxe Anspruch haben, und ob der im betreffenden Verwaltungsgebiete eingehaltene Vorgang, den landesfürstlichen Amtsärzten für die Visitation der über Ermächtigung der politischen Behörde von den Aerzten und Wundärzten gehaltenen Hausapotheken eine Taxe nicht zuzusprechen, den bestehenden Vorschriften entspricht, eröffnete das Ministerium des Innern dieser Landesbehörde, daß die in den öffentlichen Krankenanstalten des betreffenden Verwaltungsgebietes bestehenden Dispensiranstalten keine öffentlichen Apotheken sind, und daß daher die landesfürstlichen Amtsärzte für die Visitation dieser Spitalsapotheken die für die Visitation öffentlicher Apotheken gesetzlich festgesetzte Taxe nicht zu beanspruchen haben. Desgleichen erkannte das Ministerium des Innern den bisher eingehaltenen Vorgang, nach welchem den landesfürstlichen Amtsärzten für die Visitation der Hausapotheken der Aerzte und Wundärzte eine besondere Taxe nicht zugesprochen wird, als mit den diesfalls geltenden Vorschriften vollkommen in Einklang stehend.

(K. u. k. Militär-Sanitäts-Comité.) Zu Mitgliedern des k. u. k. Militär-Sanitäts-Comités wurden ernannt: Oberstabsarzt I. Classe Dr. JOSEF URIEL, Commandant des Garnisonsspitals Nr. 2; Regimentsärzte I. Classe Dr. ROBERT Ritter v. TÖPLY, Gardearzt der Arcièren-Leibgarde, und Dr. FRANZ SCHARDINGER, des Garnisonsspitals Nr. 1.

(Aus Paris) wird gemeldet, daß, wie in New-York, nunmehr auch in der französischen Hauptstadt die Influenza, wenn auch in viel milderer Form, als im Jahre 1891, auftritt. Complicationen mit Pneumonie sind selten. Charakteristisch sind nur die Gliederschmerzen, die Prostration und die Contagiosität. Häufig sind mehrere oder alle Mitglieder einer Familie ergriffen.

(Collegiales.) Die zweite Strafkammer des Landgerichtes II in Berlin hat den Kreiswundarzt des Teltower Kreises, San.-Rath Dr. GUTKINDT, im Berufungswege zu einer Geldbuße von 500 Mark verurtheilt, weil er in einem Falle die Behandlung eines Collegen, des Dr. ZIMMERMANN in Königs-Wusterhausen, dem Kranken gegenüber mit den Worten: „Das hätte jedes alte Weib ebenso gemacht" etc. charakterisirt hatte. Das Gericht hat Beleidigung und gehässige Gesinnung angenommen.

— (Statistik.) Vom 3. bis inclusive 9. Februar 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6920 Personen behandelt. Hievon wurden 1350 entlassen; 147 sind gestorben (9·81% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 79, egyptischer Augenentzündung 7, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 82, Scharlach 87, Masern 260, Keuchhusten 45, Wundrothlauf 23, Wochenbettfieber 2, Influenza — Mumps 33. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 670 Personen gestorben (+ 50 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Reichenhall Hofrath Doctor E. PACHMYR; in Paris Prof. J. REGNAULT, einstiger Präsident der „Académie de médecine".

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung Montag den 18. Februar 1895, 7 Uhr Abends, im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Prof. Dr. JOSEF ENGLISCH: Ueber tuberculöse Erkrankungen des Zellgewebes in der Umgebung der Vorsteherdrüse und Blase.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 20. Februar 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. A. FOGES: Ein Fall von Tetanus.
3. Dr. M. HERZ: Ueber sicht- und fühlbare Arterienpulsationen.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Nr. 8. Sonntag den 24. Februar 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von **Urban & Schwarzenberg in Wien.**

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Complicationen.

I. Ueber die Behandlung paraurethraler Hohlgänge und der Urethralpapillome.

Von **Doc. Dr. S. Ehrmann** in Wien.

A. Therapie der paraurethralen Hohlgänge.

Im Verlaufe des acuten Trippers sowie nachher hat man oft Gelegenheit, einer eigenthümlichen Complication in Gestalt eiternder Hohlgänge, die in den Lefzen der Harnröhre oder in der Frenularnische, am vorderen Frenularende oder im Limbus der Vorhaut mit freier Oeffnung nach außen ausmünden und centimeterweit in das subcutane, beziehungsweise in das submucöse Gewebe sich hineinerstrecken, zu begegnen. Ursprünglich wurden sie von Oedmannson[1]) sämmtlich für vereiterte Lymphgefäße gehalten; jetzt ist für den größten Theil derselben ein anderer Ursprung sichergestellt.[2]) Es handelt sich um tief in das Gewebe hineinreichende Epithelkrypten, welche durch Invasion von Gonococcen in ähnlicher Weise vereitern, wie der Ausführungsgang der Bartolini'schen Drüsen beim Weibe, der Cowper'schen Drüse beim Manne etc. (Pseudabscesse, Jadassohn). Indessen ist es noch immer nicht ausgeschlossen, daß die Lymphgefäße eine gewisse Rolle bei der Vertiefung dieser Hohlgänge spielen, besonders in jenen Fällen, wo eiternde, oft nach beiden Enden offene Hohlgänge an der oberen oder unteren Penishaut, mehr oder weniger quer zur Axe des Gliedes verlaufend, gefunden werden.[3])

[1]) Oedmannson, Om urethritis externa etc. Nord. med. Ark. XVII, 1885.

[2]) Touton, Folliculitis praeput. et paraurethral. gonorrh. Arch. für Dermatol. und Syphil. 1889.

[3]) Es verhält sich hier wohl wie bei den periurethralen Abscessen, die auch von Drüsen der Harnröhrenschleimhaut ihren Ausgang nehmen, aber dann, im subcutanen Gewebe längs des Lymphoms weiterschreitend, die Haut perforiren, ja es ist meistens der Absceß nach der Harnröhrenseite (wo die Drüse sich befindet) gar nicht offen und nur nach der Haut zu voll.

Die Heilung dieser Hohlgänge ist aber um so dringender, als in ihnen die Blennorrhoe, resp. die Gonococcen auch dann nicht verschwinden, wenn die Urethra bereits ganz gesund ist; ich habe sogar einen Fall beobachtet, in welchen ein blennorrhoischen gonococcenhältigen Eiter secernirender Hohlgang an der Unterfläche des Penis vorhanden war, ohne daß die Urethralschleimhaut jemals blennorrhagisch erkrankt gewesen wäre. Offenbar waren die Gonococcen entweder aus der Urethra durch den Harn oder das Sperma wieder hinausgeschafft worden, ehe sie sich ansiedeln konnten, verblieben aber aus begreiflichen Gründen im Hohlgange oder es war der auf der Unterfläche des Penis befindliche Hohlgang mit seiner Mündung in das blennorrhoische Vaginalsecret getaucht und mit demselben beschickt worden, die Urethralmündung aber nicht.*) In jedem Falle bleibt ein paraurethraler Gang eine dauernde Infectionsquelle, die einerseits bei der Cohabitation ansteckend für die Frau ist, andererseits aber auch für den Träger selbst, weil eine Uebertragung der Gonococcen aus dem paraurethralen Gange in die bereits gesunde Urethra derselben (Autoinfection) möglich ist und gewiß auch oft vorkommt.

Eine wirklich radicale Heilung war bislang nur die Excision der Gänge, eine Operation, die ziemlich umständlich ist, den Kranken eine Zeit lang seinem Berufe entzieht, ohne Assistenz, ohne Narkose, oder mindestens Cocaïnanästhesie überhaupt nicht durchführbar ist und von den wenigsten Kranken zugelassen wird, weil sie ihre Krankheit zumeist geheim halten wollen oder geheim halten müssen, mithin lieber eine immerwährende Infectionsquelle für sich selbst und Andere mit herum tragen, als in die Excision einzuwilligen.

Eine unzweifelhaft radicale Heilung ohne diese Uebelstände erzielt man durch die Elektrolyse; sie kann in der Sprechstunde des Arztes ohne Assistenz, ohne Anästhesirung ausgeführt werden, der Kranke braucht keinen Verband und kann sofort nach dem kleinen

*) Aus ähnlichen Gründen erkranken Individuen mit Hypospadie leichter als solche mit normal gelegener Urethralmündung.

Eingriffe seiner Beschäftigung — welcher Art sie auch sei — nachgehen.

Die elektrolytische Behandlung der paraurethralen Hohlgänge übe ich seit dem Jahre 1886.[5]) Im Ganzen habe ich 21 Fälle behandelt und hatte bis heute keinen einzigen Mißerfolg zu verzeichnen. In den meisten Fällen genügte eine Sitzung, in 6 Fällen mußten je zwei Sitzungen vorgenommen werden, 9 Fälle bekam ich 2—6 Jahre später wiederum zu Gesicht und konnte mich überzeugen, daß auch nach sehr langer Zeit keine Recidive eintritt.

Die Operation wird folgendermaßen ausgeführt: Eine an einer leichten Zuleitungsschnur vermittelst einer sehr leicht gearbeiteten Klemme befestigte conisch-stumpfe Stahlnadel wird als Kathode einer kleinplattigen constanten Batterie in den Hohlgang sondirend eingeführt. Es ist manchmal von Vortheil, dieselbe zu diesem Zwecke vor dem Einführen mit Glycerin zu bestreichen. Die Anode wird als feuchte Elektrode entweder dem Kranken in die Hand gegeben, oder noch besser an einem indifferenten Körpertheil (Oberschenkel oder Lendengegend) fixirt. Wie bei allen solchen Operationen darf die Fläche der indifferenten Elektrode eine gewisse Größe (etwa 100 Qcm.) nicht überschreiten, weil constant eine zu große Elektricitätsmenge in den Körper eindringt, die aber dann durch eine Klemmfläche, nämlich durch die Nadel, wieder aus dem Knochen austritt, wodurch an der Nadelelektrode (Kathode) eine so große Stromdichte erzeugt würde, das der Schmerz unleidlich wäre. Im Stromkreise der Batterie muß ein empfindliches Galvanometer und ein guter Rheostat (der keine Sprünge macht) eingeschaltet werden. Ich habe zwei Rheostaten in den Stromkreis eingefügt, einen Gärtner'schen für die grobe Einstellung vor dem Einführen der Nadel und einen Flüssigkeitsrheostaten von der Art des Dubois-Reymond'schen zur feineren Einstellung nach dem Einführen derselben. Der letztere besteht aus einer meterlangen Glasröhre, welche schräg gestellt, unten mit einem, eine Klemmschraube für den Zuleitungsdraht tragenden amalgamirten Zinkstöpsel geschlossen, während das obere Ende trichterförmig erweitert ist. Durch diese obere Mündung wird ein an einen isolirten Stahldraht befestigter kleiner Zinkklotz in der Röhre auf und ab bewegt, wodurch die Entfernung beider Zinkstücke vergrößert oder verkleinert wird. Die Röhre selbst ist mit Zinksulfatlösung gefüllt.

Bei der Ausführung der Operation wird der erste Rheostat bei metallischem Schluß so gestellt, daß das Galvanometer[6]) beiläufig 4 Milliampère Ausschlag gibt, dann wird die Nadelelektrode bis auf den Grund des Hohlganges eingeführt und dadurch der Strom mit dem Körper geschlossen; die Galvanometernadel wird also jetzt einen viel geringeren Ausschlag geben, und durch Verschieben des Zinkklotzes im Flüssigkeitsrheostaten, was mit der linken Hand geschieht, während die rechte die Nadel fixirt, kann man die nöthige Stromstärke von 3 bis 5 Milliampère erreichen. Die Einwirkungsdauer des Stromes soll etwa 10 Minuten betragen. Während der Operation sieht man nur den bekannten, durch Wasserstoffgas erzeugten Schaum aus dem Hohlgange emporsteigen. Nach der Operation entleert sich durch 8 bis 10 Tage mit immer abnehmender Intensität eine klebrige Flüssigkeit, bis der Gang sich ausfüllt.

Der Vorgang bei der Heilung ist offenbar der, daß das Epithel des Ganges sammt den darin befindlichen Gonococcen mortificirt, dann abgestoßen wird, so daß aus dem Bindegewebe sich Granulationsgewebe bildet, womit der Hohlgang sich ausfüllt und vernarbt; in der Regel bleibt an der Stelle eine seichte, oft kaum merkbare, trichterförmige Einziehung der Oberfläche zurück.

Fig. 1.

E P K E

Fig. 2.

B. Therapie der Urethralpapillome.

Sowie an der äußeren Fläche der Genitalien sich im Verlaufe der Blennorrhoe und anderer mit reichlicher Secretion einhergehender Processe warzige Bildungen entwickeln, so entstehen auch auf den inneren Schleimhäuten des Urogenitaltractus Papillome, von welchen uns hier die in der Harnröhre localisirten beschäftigen sollen. Am häufigsten beobachten wir sie in den leicht zugänglichen Theilen: Orificium und Fossa navicularis. Nicht selten kommen sie auch in den tieferen und tiefsten Theilen der Harnröhre, selbst am Blasenhalse (Pars prostatica) vor. In einem von mir behandelten Falle war in der That von der Harnröhrenmündung bis an das Orificium internum kein Centimeter lang die Harnröhre frei von Papillomen. Aehnliche Fälle publi-

[5]) Im Jahre 1889 habe ich die Methode bereits in einer Publication im „Centralbl. f. d. ges. Therapie", („Die Behandlung der Blennorrhoe etc."), erwähnt. Nach mir hat Jadassohn, aber ganz unabhängig von mir, dieselbe geübt.

[6]) Ich benütze das sehr genaue und ungemein bequeme Galvanometer mit schwimmender Nadel von Schulmeister in Wien.

cirten GRÜNFELD und sein Schüler KRAUSZ [7]), dann FÜRSTENHEIM.[8]) Einen hochgradigen, dem von mir beobachteten eben erwähnten Falle ähnlichen beschrieb O. ROSENTHAL.[9]) Aeltere Beobachtungen an der Leiche rühren von PASCAL[10]) aus dem Jahre 1718, ROGER[11]), LINHART[12]), TARNOWSKY aus dem Londoner Middlesex Collegium und dem Bartholomews-Hospital und VAJDA[13]) her.

GRÜNFELD bediente sich behufs ihrer Entfernung verschiedener Instrumente, die sich in ihrer Construction an ähnliche Instrumente für Kehlkopfoperationen anlehnten, u. zw. eines Schlingenschnürers, einer Polypenscheere, Polypenzange und eines gefensterten Endoskops, durch welches die in das Fenster hineinragenden Bildungen „guillotinirt" wurden. Das letzte Verfahren wurde, wenn auch weniger elegant als von GRÜNFELD, auch von FÜRSTENHEIM eingeschlagen. O. ROSENTHAL entfernte Papillome mittelst eines kleinen scharfen Löffels und ätzte die Basis mit 10%iger Argentum nitric.-Lösung.

Obzwar diese Verfahren in den entsprechenden Fällen gewiß Ausgezeichnetes leisten und besonders das von ROSENTHAL für ziemlich viele Fälle ausreichend ist, glaube ich doch, mein Verfahren, welches für alle Fälle anwendbar ist, hier mittheilen zu sollen. Dasselbe ist theils ein rein elektrolytisches, theils ein combinirtes aus Excochleation und Elektrolyse, je nach der anatomischen Beschaffenheit der zu entfernenden Geschwülstchen:

1. Es kommen sowohl im Orificium urethrae, als auch in der Urethra selbst ganz kleine und durchscheinende Jugendformen von Papillömchen, welche hie und da zu einem Rasen zusammentreten, vor. Für diese braucht man überhaupt kein blutiges Operationsverfahren. Es genügt das Anlegen einer kleinen, etwa hanfkorngroßen Platinkugelelektrode (Kathode), um ihre Vitalität so zu zerstören, daß sie sich theils abstoßen, theils resorbiren. (Fig. 1.)

2. Bei größeren, etwa erbsengroßen, gestielten Geschwülstchen gelingt es nicht immer, sie mit dem scharfen Löffel oder mit der Scheere so vollständig abzutragen, daß nicht die Basis, respective der Stiel bis zu einer ziemlichen Höhe noch zurückbleibt. So lange sie nur vereinzelt stehen und nicht in Gruppen angeordnet sind, kann man ebenfalls ein blutiges Verfahren ganz vermeiden. Es genügt, einen Metallstachel als Kathode in die Basis einzustechen, wie bei der Elektrolyse der Hautpapillome. Dieses Verfahren mittelst Endoskop ist in Fig. 2 veranschaulicht. Dabei wird das ganze Gebilde, ohne daß sich ein Blutstropfen entleert, so in seiner Vitalität alterirt, daß es sich in einigen Tagen in Form einer grauen Masse abstößt und es bleibt blos eine kleine Erosion zurück, welche vollkommen in wenigen Tagen heilt, wenn die Harnröhre mit schwachen, desinficirenden Lösungen (Kalium hypermangan. 0·02 : 200·00) ausgespült wird. Während ich nach bloßem Abtragen mit der Scheere ebenso wie nach der bloßen Excochleation Recidiven gesehen habe, blieben nach diesem Verfahren die localen Recidiven aus.

3. Wenn die Papillome wie die unter 2. beschriebenen oder selbst kleinere sehr zahlreich und in Gruppen beisammenstehen, dann wäre das unblutige elektrolytische Verfahren zu zeitraubend und es empfiehlt sich, immer eine Gruppe mit dem scharfen Löffel abzutragen, die Basis aber mit der Kugelelektrode zu elektrolysiren, wodurch diese soweit zerstört wird, daß ein Hervorsprießen neuer Papillome an dieser Stelle nicht vorkommt. Wie man sieht, ist dieses Verfahren dem O. ROSENTHAL'schen ähnlich, nur daß die Elektrolyse die Stelle der nachträglichen Höllensteinätzung vertritt. Der Vortheil liegt hauptsächlich in der größeren Tiefenwirkung, wobei aber doch keine tiefere Destruction eintritt, und dann in der genauen Localisation der Einwirkung. Mit der Höllensteinätzung hat die Elektrolyse das gemeinsam, daß keine irgendwie störende Narbenbildung folgt.

4. In der Urethralmündung kommen ziemlich große, auf einem dicken Stiel aufsitzende Papillome vor, bei welchen weder die Excochleation, noch die einfache Elektrolyse vollständige Entfernung erzielt, und bei welchen das Abtragen mit der Scheere und nachträgliche Elektrolyse das Rationellste wäre; aber dabei bekommt man eine ziemlich große zu elektrolysirende Wundfläche, und ich nehme deshalb in solchen Fällen meine Zuflucht zu einem Verfahren, bei welchem das Abkappen und die Elektrolyse in einem Acte vollzogen wird. Ich möchte es das elektrolytische Abkappen nennen und bediene mich hiezu eines schneidenden Instrumentes, beiläufig von der Form der Iridectomie Lancette der Ophthalmologen, welche aber als Kathode montirt ist.

Fig. 3.

Fig. 4

Diese elektrolytische Lanze wird mit der Spitze an die Basis der Geschwulst angesetzt, und in dem Maße, als durch den Strom das vor ihr liegende Gewebe erweicht wird, dringt die Lanze immer tiefer und tiefer auch mit ihrem breiteren Theile, so daß schließlich die ganze Geschwulst abgekappt wird. Je nach der Breite der Geschwulstbasis können Lanzen verwendet werden, deren Schneiden bald einen stumpfen, bald einen spitzen Winkel bilden und die sämmtlich in einen Griff passen. Es sei aber gleich hier erwähnt, daß es genügt, wenn die Hauptmasse der Basis durchtrennt ist, und wenn vielleicht bei etwas schmälerer Lancette noch auf beiden Seiten dünne Brücken undurchtrennt bleiben, so stößt sich doch die ganze Geschwulst ab.

Mein Instrumentarium besteht demnach aus Folgendem:

a) aus scharfen Löffeln, die entweder wie die gewöhnlichen VOLKMANN'schen Löffel einen Durchmesser von beiläufig 2—3 Mm. haben, oder sie sind durchbrochen und die Ränder der Durchbruchsöffnung geschärft, so daß man den Löffel so über die Geschwulst stülpen kann, daß diese in die Oeffnung paßt und man sie dann abkappen kann. Der Stiel der Löffelchen ist auf einem schräg abgebogenen Griffe befestigt, so daß die Hand des Operirenden das gleichzeitige Hineinsehen in den endoskopischen Tubus nicht behindert und die Excursionen des Löffelchens genau gesehen werden können. (Fig. 3 und 4.)

b) Aus Lanzen von verschiedenem Spitzenwinkel, deren Stiel isolirt ist.

c) Aus einem Stachel, dessen Stiel und Griff isolirt ist, um als Kathode in die Basis eingestochen zu werden. (Fig. 2.)

d) Aus einer Kugelelektrode, ebenfalls auf isolirtem Stiel und Griff. Die Kugel ist aus Platin, da Stahlkugeln bei längerer Anwendung etwas rauh werden. (Fig. 1.)

---

[7]) „Vierteljahrsschrift für Dermatol. u. Syphil.", 1876. „Wr. allgem. med. Zeitung", 1888.

[8]) „Berliner klin. Wochenschrift", 1875.

[9]) „Berliner klin. Wochenschrift", 1884.

[10]) Angeführt bei THOMPSON, The Pathology and Treatment of Stricture of the Urethra, 1878.

[11]) Note sur les végétations épithéliales obstruantes la plus grande partie de l'urèthre. Annal. de la société anatom. path. de Bruxelles, 1860.

[12]) „Medic. Jahrb.", XIX, II, 1863.

[13]) „Wr. med. Wochenschrift.", 1882.

Die Endoskopröhren, welche ich zu diesen Operationen anwende, sind, wenn die Harnröhre die Einführung eines größeren Kalibers gestattet, solche aus Gartgummi. Indessen können bei halbwegs vorsichtigem Verfahren und bei gut montirten Instrumenten auch ganz gut Metallröhren angewendet werden.

Es handelt sich nur darum, daß die metallischen Enden der Elektroden nicht den metallischen Endoskoptubus berühren.

Bezüglich der von mir beobachteten Fälle will ich nur Folgendes hervorheben: Von Urethralpapillomen des Orificium externum und der Fossa navicularis habe ich 18 Fälle behandelt, und zwar 16 bis zum vollständigen Verschwinden, zwei Fälle habe ich nach der ersten Behandlung nicht wieder gesehen, so daß ich über den Erfolg nichts mitzutheilen weiß. Von diesen 16 Fällen habe ich neun nach einem Zeitraum von einem halben bis einem ganzen Jahre wiedergesehen ohne Recidive. Sieben Fälle habe ich nach dem vollständigen Schwinden der Papillome nicht wiedergesehen. Die Zahl der Sitzungen, die zur Heilung nothwendig war, variirte je nach der Größe der Geschwülste von einer bis zu sechs Sitzungen, die Sitzungsdauer zwischen 10 Minuten bis 1 Viertelstunde.

Viel seltener sind die Papillome der tieferen Theile der Urethra, von denen ich nur über sechs Fälle verfüge und deren einen ich etwas ausführlicher hier besprechen will. Es handelte sich um einen 32jährigen Kaufmann, der, nachdem eine Blennorrhoe vollständig geheilt war, wieder nach einiger Zeit eine ziemlich profuse Eiterung aus der Harnröhre bekam und eigenthümliche, schwer zu beschreibende Empfindungen während des Harnens aufwies; besonders machte ihn das mangelnde Gefühl der Befriedigung nach der Harnentleerung stutzig.

Nach einer Sondirung mit der Metallsonde, die ein sehr erfahrener College vornahm, bekam er reichliche Blutungen, so daß von einer weiteren Sondirung abgesehen werden mußte. Bei der endoskopischen Untersuchung fand ich von der Pars prostatica bis in die Fossa navicularis mit wenigen Unterbrechungen, die kleiner als 1 Cm. waren, die ganze Harnröhre besäet mit Papillomen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, die größtentheils zu Gruppen angeordnet waren. Das Hauptverfahren war in diesem Falle Excochleation mit nachträglicher Elektrolysirung der Basis mittelst der Kugelelektrode. Zur Entfernung der größeren Geschwülstchen waren vier Sitzungen nothwendig, die gestielten, isolirt sitzenden Geschwülste wurden ohne Excochleation, blos durch Einstich des elektrolytischen Stachels, behandelt. Dazu waren zwei Sitzungen nothwendig. Sämmtliche Sitzungen erfolgten in Intervallen von 4—5 Tagen. Nach 7 Monaten bekam der Kranke wieder am Saume des Orificium urethrae ext. feine fadenförmige, durchsichtige, etwa 1 Mm. hohe jugendliche Geschwülstchen. In der Urethralmündung an 4 Stellen eben solche. Experimenti causa legte ich an die äußeren Gebilde die Kugelelektrode (Fig. 1) an, die ich ursprünglich und auch jetzt noch zur Behandlung der diffusen hypertrophischen Urethritis verwende, und war erstaunt, als dieselben nach drei Tagen verschwunden waren. Nun behandelte ich auch die intraurethralen in derselben Weise mit demselben Erfolge. Seit vier Jahren hat der Kranke, den ich einige Male im Jahre sehe — zuletzt sah ich ihn im Laufe des verflossenen Sommers — keine Recidive mehr. An den operirten Stellen ist die Schleimhaut heller als die übrige, aber ohne Narbenbildung. Die Urethra für 25 Charrière bequem durchgängig. Stärkere Sonden habe ich nicht angewendet; der Kranke hat weder subjective, noch objective Beschwerden. Die übrigen 5 Fälle verliefen ohne Recidiven, der letzte wurde vor fünf Monaten aus der Behandlung entlassen.

Zum Schlusse will ich noch hervorheben, daß ich der Elektrolyse vor der Galvanokaustik deshalb den Vorzug gebe, weil 1. die erstere keine Reaction erzeugt, 2. weil die Wirkung eine langsamere und deshalb besser zu bemessende ist und 3. weil die Galvanokaustik jedenfalls Narben bildet, die besonders nach ausgedehnten Papillomen der Urethra nicht gleichgiltig sind.

Epilog zur Diphtherieheilserum-Debatte.

Von **Prof. Dr. Max Kassowitz** in Wien.

(Schluß.)

Ich habe in meinem ersten Vortrage auf die große Zahl von peripheren Lähmungen und auf die zahlreichen Todesfälle an Herzparalyse hingewiesen, welche von vielen Beobachtern trotz der Serumbehandlung gesehen worden sind und habe zugleich, mit vielen Anderen, die Meinung ausgesprochen, daß diese Thatsachen nur schwer mit der angeblichen giftzerstörenden Wirkung des Serums in Einklang zu bringen sind. Widerhofer sagt nun darauf, ich hätte beweisen müssen, daß diese Lähmungserscheinungen jetzt häufiger als vor der Serumtherapie auftreten. Dann erst wäre mein Einwurf begründet gewesen. Damit hat aber Widerhofer nur neuerdings bewiesen, daß er meinen Standpunkt in dieser Frage durchaus nicht begriffen hat und daß er sich immer wieder von Neuem in die Fiction hineinredet, als würde ich die Serumtherapie wegen ihrer nachtheiligen Folgen bekämpfen, während ich thatsächlich diese Seite der Frage mit Absicht bei Seite geschoben und mich ausdrücklich darauf beschränkt habe, die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit des Mittels in Erwägung zu ziehen. Daß aber die Häufigkeit der specifisch diphtherischen Lähmungen bei den mit Serum Behandelten mehr für die Unwirksamkeit als für die Wirksamkeit spricht, das liegt für jeden objectiv Denkenden klar auf der Hand.

Ich gelange nun zu der wichtigen Frage, ob man berechtigt ist, aus der von vielen Seiten gemeldeten Verminderung der Spitalsmortalität auf eine Lebensrettung diphtheriekranker Kinder durch das Heilserum zu schließen. Ich habe in meinem ersten Vortrage darauf hingewiesen, daß trotz reichlicher Verwendung des Serums die allgemeine Diphtheriemortalität in Berlin, Wien und, wie neuerdings von Adams für einen Londoner Stadtbezirk nachgewiesen wurde, auch in London keine wahrnehmbare Veränderung zum Besseren gezeigt hat, und ich habe, gleich vielen Anderen, den Verdacht ausgesprochen, daß die Verbesserung der Spitalsmortalität nur eine scheinbare sein könnte und darin ihre Erklärung finden möchte, daß in Folge der in den Zeitungen so vielfach wiederkehrenden Mahnung, die diphtheriekranken Kinder möglichst frühzeitig der neuen Behandlungsmethode zuzuführen, seit der Popularisirung der Serumtherapie nothwendiger Weise viel mehr leichte Diphtheriefälle als sonst in die Spitäler gebracht werden. Auf diesen Einwand antwortet nun Widerhofer mit der Frage, woher ich denn wisse, daß in seinem Spitale leichte Fälle aufgenommen werden. Er habe ja ausdrücklich gesagt, daß bei ihm nur schwere und schwerste Fälle mit Serum behandelt werden.

Ich besitze nun trotzdem einen sehr zuverlässigen Gewährsmann dafür, daß im Annenspital auch leichte Fälle in nicht geringer Anzahl mit Serum behandelt werden, und dieser Gewährsmann ist niemand Anderer als der Director dieses Spitales, Herr Hofrath Widerhofer selbst. Denn er hat uns ja hier an dieser Stelle mitgetheilt und es selber in den Reproductionen seines Vortrages niedergeschrieben, daß er seine Serumfälle je nach der Schwere der Affection und der bei der Aufnahme gestellten Prognose in vier Kategorien eingetheilt habe. Die erste Kategorie nun, in welche nach Widerhofer's eigener Angabe „leichte" Fälle mit einer günstigen Prognose eingereiht wurden, umfaßte 22 von 100 Fällen und von diesen 22 Fällen mit günstiger Prognose sind, nebenbei gesagt, trotz der eingeleiteten Serumbehandlung zwei gestorben, was gewiß nicht für eine großartige Wirkung der

Serumtherapie spricht; denn zwei Todesfälle unter 22 leichten Fällen, bei denen man von vornherein eine günstige Prognose stellen zu dürfen glaubte, würden auch bei jeder anderen Behandlung als ein beklagenswerthes und unerwartet schlechtes Resultat bezeichnet werden müssen. Die zweite, etwas weniger günstige Kategorie umfaßte gar 36 Fälle, während die schwersten und allerschwersten Fälle zusammen nur 42 von 100 Fällen betrugen. Außerdem hat WIDERHOFER aber noch ausdrücklich angegeben, daß Kinder unter einem Jahre und solche, deren Geschwister an Diphtherie gestorben waren, auch mit leichten Localerscheinungen gespritzt worden sind. Es kann also nach diesen ganz unzweideutigen Angaben von WIDERHOFER keinem Zweifel unterliegen, daß in seinem Spital nicht nur schwere und schwerste, sondern auch leichte Fälle in nicht unerheblicher Zahl mit dem Serum behandelt worden sind.

Aber noch eine andere Erwägung führt mich genau zu demselben Resultat. Es kann nämlich bestimmt behauptet werden, und alle Collegen, die in der Praxis thätig sind, werden es mir gewiß bestätigen, daß wir jetzt in Wien eine der leichtesten und gutartigsten Diphtherieepidemien haben, die wir seit vielen Jahren verzeichnen konnten. Ein mir befreundeter, sehr beschäftigter Kinderarzt, der in unserer Mitte weilt, hat mir erst vor wenigen Tagen erzählt, er habe seit Anfangs October, also seit Beginn der Serumcampagne, keinen einzigen Diphtherietodesfall in seiner Praxis gehabt, er habe aber auch noch nicht ein einziges Mal das Heilserum verwendet, weil die Fälle einen so milden Charakter zeigten, daß er mit seinen gewöhnlichen Behandlungsmethoden auszukommen hoffte. Auch mehrere sehr beschäftigte Praktiker aus den Vorstädten theilten mir mit, daß sie seit Monaten keinen schweren Diphtheriefall in ihrer Praxis gehabt haben, sie fügten aber hinzu, daß sie überhaupt jetzt nur selten in die Lage kommen, Diphtherie zu behandeln, weil selbst sehr wohlhabende Leute, sobald von Seite des Arztes das Wort Diphtherie ausgesprochen wird, ihr krankes Kind sofort zu Hofrath WIDERHOFER in's Spital schicken, von wo es gewöhnlich nach kurzer Zeit wieder als geheilt entlassen wird. Besonders im Vergleiche zum vorigen Winter, wo jeder beschäftigte Arzt immer gleichzeitig mehrere schwere Diphtheriefälle aufzuweisen hatte, ist der jetzige Charakter der Diphtherie als ein ungemein milder zu bezeichnen. Und nun frage ich, woher nimmt das Annenspital bei einer so milden Epidemie in den wenigen Wochen, seit WIDERHOFER seine erste Beobachtungsreihe abgeschlossen hat, schon wieder 130 schwere und schwerste Fälle von Diphtherie?

Aber auch aus einem anderen Grunde besitzt die Verbesserung der Mortalität bei den im Annenspital mit Serum Behandelten keinerlei Beweiskraft für die Heilwirkung des Serums. Es sind nämlich auch in diesem Spital während der Serumperiode ziemlich viele Fälle ohne Serum behandelt worden, und zwar nach WIDERHOFER's eigenen Worten, schon bei der Aufnahme als verloren betrachtete und arg verschleppte Fälle. Wird aber das Versuchsmaterial von den desperaten Fällen entlastet, so muß schon dadurch allein, auch ohne jede lebensrettende Wirkung des Serums, die Mortalität bei den gespritzten Fällen eine geringere werden. Trotzdem betrug dieselbe auch in diesem gesichteten Material 25%, und da nun nach WIDERHOFER die Mortalität in demselben Spitale in den entsprechenden Monaten des Jahres 1891 nur 34·8% ausmachte, so würde sich selbst in dem gesiebten Versuchsmaterial nur eine Differenz von 9·2% ergeben, nicht aber, wie WIDERHOFER, um seine Resultate nur ja recht glänzend darzustellen, behauptet hat, eine Differenz von 28%. Hält man sich aber nicht an die Mortalität der Serumfälle allein, welche ja aus dem oben angeführten Grunde keinerlei Bedeutung besitzt, sondern an diejenige des gesammten Diphtheriematerials während der Serumperiode, so erhält man, nach WIDERHOFER's eigenen Zahlen, 96 Serumfälle mit 24 Todten und 50 ohne Serum Behandelte mit 21 Todten, also zusammen 146 Diphtheriefälle mit 45 Todesfällen. Es ergibt sich also für die Serumperiode eine Gesammtmortalität von 30·8%, und diese unterscheidet sich nur so wenig von den 34·2% in der correspondirenden Periode des Jahres 1891, daß man diese geringe Differenz wohl ohne Weiteres auf den größeren Zufluß von leichteren Krankheitsfällen beziehen kann.

Auch derjenige Theil meiner Ausführungen, in denen ich mit namentlicher Anführung der betreffenden Autoren constatirte, daß in den ersten Tagen ihrer Krankheit mit Serum behandelte Kinder der Diphtherie erlegen sind, hat WIDERHOFER in eine außerordentliche Erregung versetzt, so daß er sich hinreißen ließ, mich deswegen der „Irreführung" zu beschuldigen. Ich halte es für überflüssig, darauf irgend etwas zu erwidern; denn eine solche Form der Discussion einer wissenschaftlichen Frage richtet sich von selbst.

Hofrath WIDERHOFER hat dann ferner gefragt, wie ich denn behaupten könne, daß sich in der Discussion der Berliner medicinischen Gesellschaft die große Majorität der Redner skeptisch oder ablehnend über das Heilserum geäußert habe. Nun, meine Herren, die Antwort auf diese Frage ist ganz einfach die, daß ich dies aus den Berichten der medicinischen Zeitungen entnommen habe, welche WIDERHOFER ebensogut zur Verfügung gestanden sind, wie mir. Aus diesen Berichten war nun zu ersehen, daß sich in dieser Discussion nur KÖRTE und BAGINSKY auf Grund ihrer eigenen Beobachtungen günstig über das Heilserum ausgesprochen haben; daß VIRCHOW zwar schwere theoretische Bedenken gegen die Serumtherapie geäußert hat, daß er aber sagte, er müsse sich der brutalen Gewalt der Zahlen — die ihm BAGINSKY aus dem von ihm geleiteten Spitale vorgelegt hatte — beugen; daß aber BAGINSKY selbst einige Wochen später darüber Klage geführt hat, daß die Krankheit noch immer eine sehr verderbliche geblieben sei, woraus man schließen darf, daß die Zahlen seither Manches von ihrer Brutalität eingebüßt haben dürften; daß BERGMANN sich dahin geäußert hat, daß ihm die von BEHRING vorgeführten Thierversuche so wenig Vertrauen eingeflößt hätten, daß er die Versuche am Menschen wieder aufgegeben habe, daß er sie jetzt aber auf die Erklärung VIRCHOW's hin wieder aufnehmen wolle; daß aber HANSEMANN, BENDA, GOTTSTEIN, RITTER, SCHEINMANN und LIEBREICH sich im ungünstigen Sinne ausgesprochen haben. Ueberhaupt scheint der Enthusiasmus in Berlin bereits sehr in der Abnahme begriffen zu sein, obwohl er offenbar dort niemals eine solche Höhe erreicht hat, wie bei uns. Wenigstens hat das Comité, welches die Geldsammlungen zur unentgeltlichen Beschaffung des Heilserums übernommen hatte, wie ich einem Privatschreiben entnehme, öffentlich erklärt, daß es einstweilen kein Geld mehr übernehme, weil es 12.000 Mark übrig hat, und daß von 2000 zur Verfügung gestellten Fläschchen 1100 bis Mitte Januar nicht requirirt worden sind. Diesmal weht also der kühle kritische Wind nicht in Wien, sondern in Berlin, während wir hier noch den heißen Samum des kritiklosen Enthusiasmus verspüren.

Ich gehe nun zu denjenigen Sätzen in der Rede WIDERHOFER's über, welche gar nicht mehr die Sache selbst betrafen, sondern direct gegen meine Person gerichtete Vorwürfe enthielten. Er hat z. B. gemeint, der von mir vertretene Standpunkt sei dem Ernste und der Bedeutung der deutschen Wissenschaft gegenüber ein nicht zu billigender; es gehe nicht an, in so absprechender Weise die ernsten und kritischen Bemühungen der deutschen Forschung und Therapie zu behandeln.

Um die ganze Ungeheuerlichkeit dieses Vorwurfes in das rechte Licht zu stellen, bitte ich Sie, meine Herren, sich an die vor vier Jahren von uns erlebte Tuberculinperiode zu erinnern. Auch die Tuberculintherapie war das Product

der ernsten Bemühungen eines deutschen Forschers, den wir Alle trotz seines damaligen therapeutischen Mißerfolges hochachten und verehren. Dieses Product deutscher Forschung wurde aber damals von VIRCHOW, HENOCH, NIEMEYER, NAUNYN und anderen guten deutschen Männern mit Eifer und Erfolg angefochten, und heutzutage ist wohl Jedermann davon überzeugt, daß sie in ihrem Rechte waren — vielleicht mit alleiniger Ausnahme BEHRING's, welcher noch Ende 1894 in seiner Bekämpfung der Infectionskrankheiten (pag. 232) behauptet, KOCH habe mit seinem Tuberculin unsere therapeutische Machtlosigkeit gegenüber der Tuberculose gebrochen. Nach WIDERHOFER haben sich also diese Forscher an der deutschen Wissenschaft versündigt und derselbe harte Vorwurf wäre auch an alle jene zahlreichen deutschen Gelehrten zu richten, welche es gewagt haben, ihren Zweifeln an der Wunderwirkung des Diphtherieheilserums Ausdruck zu geben.

Herr Hofrath WIDERHOFER hat aber noch einen zweiten, spitzeren Pfeil in seinem Köcher und er hat nicht einen Augenblick gezögert, auch diesen gegen mich abzuschnellen. Er wirft mir nämlich vor, ich habe mit meinem Vortrag in unverantwortlicher Weise Beunruhigung in die Bevölkerung getragen und das Vertrauen derselben in das Heilserum zu erschüttern gesucht.

Wenn also Jemand in einer Discussion, in der er vermöge seiner Stellung genöthigt ist, das Wort zu ergreifen, seiner durch nüchternes und eingehendes Studium der Frage gewonnenen Ueberzeugung in ruhiger und objectiver Weise Ausdruck verleiht, wird er dafür mit dem schärfsten Tadel überhäuft, und zwar ausdrücklich aus dem Grunde, weil er sich nur darum gekümmert hat, ob sein Resultat richtig oder unrichtig ist und nicht zugleich auch darum, ob dasselbe angenehm oder unangenehm sein werde. Würde Herr Hofrath WIDERHOFER an meiner Stelle anders gehandelt haben und hätte er seine Ueberzeugung unterdrückt oder gar verleugnet, um das Publicum nicht zu beunruhigen? Oder nehmen wir einen anderen Fall, der ja ganz gut denkbar ist; nehmen wir an, er würde im Laufe dieses Jahres schlechte Erfahrungen mit dem Heilserum machen, wie sie ja bereits von anderer Seite gemacht worden sind; würde er mit diesen schlechteren Resultaten hinter dem Berge halten, nur um keine Beunruhigung in die Bevölkerung zu tragen? Nein, meine Herren, er würde dies ganz gewiß nicht thun und ich bin weit entfernt davon, ihm etwas so Schimpfliches zu insinuiren. Wer gibt ihm aber dann das Recht, Derartiges gerade von mir zu verlangen?

Wenn Jemand in dieser Sache unverantwortlich gehandelt hat, so sind es Diejenigen, welche diese Frage frühzeitig, bevor eine wissenschaftliche Entscheidung derselben möglich war, vor das große Publicum gebracht haben, welche mittelst einer bisher noch nie erlebten raffinirten Ausnützung der nicht fachmännischen Tagespresse, mittelst Tag für Tag, im Morgen- und im Abendblatte wiederholter Notizen und einseitiger Berichte, mit völliger Mißachtung und Vorenthaltung aller negativen oder warnenden Aeußerungen, den Enthusiasmus des Publicums bis zu einer Höhe gesteigert haben, von der es selbst im besten Falle in einen Abgrund von Enttäuschung herabstürzen wird. Glaubt man vielleicht, daß sich die Welt damit zufrieden geben wird, wenn man mit Mühe und Noth einige Percente scheinbar verringerter Spitalsmortalität herausrechnen wird, oder wenn der Prosector auch ferner bei den Obductionen günstige Veränderungen zu sehen glaubt und nicht mehr Nierenentzündungen findet als früher, oder wenn Jemand, wie dies thatsächlich geschehen ist, behauptet, daß die tracheotomirten Kinder um einige Tage später sterben als sonst, oder gar, wie ebenfalls einer der Enthusiasten gemeint hat, daß die Kinder eines schmerzloseren Todes sterben als früher? Nein, meine Herren, die Enttäuschung wird in allen Fällen eine furchtbare sein, und die Schuld an derselben werden nicht Diejenigen tragen, welche frühzeitig ihre warnende Stimme erhoben haben, sondern Diejenigen, welche in ihrem blinden Eifer ihnen dafür die bittersten Vorwürfe machen zu müssen glauben.

Meine Herren! Genau an demselben Tage, an welchem Herr Hofrath WIDERHOFER uns seinen enthusiastischen Bericht erstattet hat, hat sich auch ein anderer österreichischer Professor der Kinderheilkunde, nämlich GANGHOFNER in Prag, über denselben Gegenstand öffentlich ausgesprochen. Er sagte:

„Ich stehe der neuen Behandlungsmethode **nicht ablehnend** gegenüber. Ich habe vielmehr einen im Ganzen günstigen Eindruck empfangen. Dennoch muß ich sagen: 110 behandelte Fälle und ein Zeitraum von einigen Monaten genügen nicht zu einem alle Fragen umfassenden Urtheil, wenn dasselbe abgegeben werden soll über den Werth der Behandlung der Diphtherie."

So spricht ein Mann, der sich der großen Verantwortung wohl bewußt ist, die er bei der Abgabe eines solchen Urtheils übernimmt. Auch ich habe mein anders lautendes Urtheil in die vorsichtigste Form gekleidet und Pro und Contra genau gegeneinander abgewogen. Für Hofrath WIDERHOFER bestand aber schon nach $2^1/_2$ Monaten **nicht mehr der geringste Zweifel**, und er hat dies in seiner bekannten These mit lapidaren Worten verkündet. Wer weiß, ob er es nicht bald genug bedauern wird, sich ohne jede Nöthigung den Rückzug für immer abgeschnitten zu haben.

Ueber Impfschäden, Impfexantheme
und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen.

Von **Dr. Leonhard Voigt**,
Oberimpfarzt in Hamburg.

(Schluß.)

Ich komme zu den acuten fieberhaften Exanthemen.

Die Wasserblattern, Varicella, werden durch die gleichzeitig oder kurz vorher erfolgte Impfung in keiner Weise beeinträchtigt und sie thun auch der Entwicklung der Vaccine keinen Abbruch. Ihr Auftreten bei Geimpften bietet Gelegenheit zur Verwechslung mit dem sehr ähnlich aussehenden allgemeinen Vaccine-Ausschlag.

Die Complication der Masern mit der Vaccine scheint den Ablauf des Masernprocesses nur wenig zu erschweren, und die Impfpusteln nehmen während der Masernkrankheit den gewöhnlichen Verlauf, aber in einzelnen Fällen werden die Borken feucht und heilen langsamer ab, als sonst üblich ist.

Das Scharlachcontagium ist hie und da im Impfterrain in einzelnen Fällen verbreitet worden in Folge des Aufenthaltes von Reconvalescenten dieser Krankheit im Impfraume u. dgl. Dieses ist jetzt verboten. Bei frisch Geimpften sollen die Symptome des Scharlach mit besonders lebhaftem Fieber und oft mit Diphtherie der Impfpusteln verlaufen. Es sind das ganz seltene Unglücksfälle, deren Wiederkehr durch jenes Verbot gesteuert ist. Ich selbst habe Derartiges noch nie gesehen.

Die Differentialdiagnose zwischen dem masernähnlichen secundären Ausschlag der Vaccine und dem wirklichen Masernausschlag ist leicht zu stellen, weil der Vaccine die catarrhalischen Symptome der Masern fehlen. Ist der vaccinale secundäre Ausschlag mehr dem Scharlach oder den Rötheln ähnlich, so läßt er sich von den Rötheln nur schwer, aber vom Scharlach leicht unterscheiden durch den Mangel starken Fiebers, der Angina und der Scharlachzunge und später durch den Mangel der charakteristischen Scharlachabschuppung.

Es erübrigt die Frage der Impfsyphilis und der Impflepra. Beide Fragen haben für Deutschland und hoffentlich bald auch für Oesterreich, jetzt nach Einführung der animalen Lymphe und der obligatorischen veterinär-polizeilichen Besichtigung der geschlachteten Impfthiere, eine viel geringere Bedeutung als für die Länder, in welchen vorwiegend die humanisirte Vaccine verimpft wird.

Die Impfsyphilis wird nicht sofort nach der Impfung ersichtlich, denn die Impfpusteln nehmen anfangs den gewöhnlichen Verlauf. Erst etwa 4 Wochen nach der Impfung entzünden, verhärten sich ihre Narben, werden sie geschwürig und folgen dann die übrigen specifischen Symptome. Man kann ein solches Unglück nur durch sehr sorgfältige Auswahl des Abimpflings vermeiden. Bei einer so sorgfältigen Auswahl der Abimpflinge war aber die zur Durchführung der obligatorischen Impfung und Wiederimpfung erforderliche Menge der Impflymphe nicht zu beschaffen und mußte die animale Impfung eingeführt werden. Seitdem diese reiche Quelle des Impfstoffes nach und nach immer genauer erforscht, erprobt und vervollkommnet ist, wurde es möglich, sie auch im heißen Klima zu züchten und zu verwenden, z. B. in Ostindien, in Cochinchina, in Batavia. Auf diese Weise ist es möglich, die Gefahr der Impfsyphilis jetzt in jedem geordneten Staatswesen zu beseitigen, denn die Syphilis kommt beim Rinde nicht vor.

Das Gleiche gilt von der Lepra. Die Gefahr der Impflepra wird neuerdings von den Impfgegnern als ein Sturmbock gegen die Impfgesetze herangerollt. Tebb will uns glauben machen, daß die Ausbreitung der Lepra Schritt halte mit der Ausbreitung der Impfung. Richtig ist es, daß in Skandinavien die Zwangsimpfung seit vielen Jahrzehnten besteht und daß der dort einheimische Aussatz seitdem eher ab- als zunimmt. Geglückt ist der Versuch einer directen Uebertragung des Aussatzes auf dem Wege der Verimpfung, indem ein Gemisch des Saftes eines Lepraknotens mit der Vaccine auf einen bis dahin nicht leprösen Verbrecher verimpft wurde. Da dieser Verbrecher auf diese Weise den Aussatz bekam, so steht die Möglichkeit der Uebertragung der Lepra bei Gelegenheit der Vaccination fest, außerdem liegt ein ziemlich begründeter Verdacht vor, daß diese Uebertragung durch die Impfung in einigen Fällen wirklich stattgefunden hat, endlich sind Leprabacillen gefunden worden in dem Inhalte der Vaccinepusteln einiger mit dem knotenförmigen Aussatze behafteter Menschen.

Obgleich es nun kaum denkbar ist, daß Jemand einen tuberös Aussätzigen zum Abimpfen wählen wird, so ist die Möglichkeit der Uebertragung dieser scheußlichen Krankheit bei der Impfung allenfalls denkbar. Eine solche Uebertragung muß aber unter allen Umständen vermieden werden. Da das Rind vom Aussatze nicht befallen wird, so besitzen wir in der Thierlymphe ein zu diesem Zwecke vollkommen ausreichendes Mittel. Es wird die Aufgabe der betreffenden Regierungen sein, in den durch die Lepra gefährdeten Ländern die erforderlichen Schritte zur Herstellung der animalen Vaccine zu thun.

Ich schließe die Reihe der sogenannten Impfschäden mit der Betrachtung der Combination des Contagiums der Maul- und Klauenseuche mit demjenigen der Vaccine; sie verursacht, wie es scheint, manche postvaccinale Erkrankung.

Die genannte Seuche beruht nach Behla's Untersuchungen auf einer Invasion von protozoenartigen Gebilden in das Blut und in die erkrankten Schleimhäute. Diese Gebilde finden sich in ähnlicher Form bei den Pocken und der Vaccine und es ist sehr wohl denkbar, daß sich Mischformen des Erkrankens dort ausbilden, wo sich beide Contagien vereinen. In mehreren Fällen ist der Verdacht bei mir rege geworden, daß diese Combination vorläge, deutlich glaubte ich sie in 3 Fällen zu erkennen.

Der erste Fall verlief leicht, die beiden andern erregten Besorgniß, wären aber beide geheilt, wenn nicht die Cholera das eine Kind hinweggerafft hätte. Aehnliche Fälle finden sich hie und da in der Literatur.

Der von uns selbst genauer beobachtete Fall betraf ein bis dahin gesundes Kind, das im Alter von 14 Monaten, am 24. April 1893, geimpft wurde und 6 gute Impfpusteln bekam. Am 4. Mai, also 10 Tage nach der Impfung, erkrankt das Kind an hochgradiger Stomatitis aphthosa mit starkem Fieber. Zahnfleisch, Zunge, Lippen, Gaumen waren stark ergriffen. Dazu gesellte sich ein bläulicher papulöser Ausschlag an Lippen, Wangen, Genitalien, der stark juckte, hie und da zu mißfarbigen Borken zusammenfloß, namentlich an beiden Wangen. Der Ausschlag verbreitete sich über den ganzen Körper, auch in der Nachbarschaft der Impfpusteln, doch wurden diese nicht besonders bösartig verändert. Als nun noch Bronchitis und Bronchopneumonie hinzukam, erschien die Lage verzweifelt, besonders als sich unter den wegen der Lungenentzündung gemachten kalten Umschlägen eine Verschlimmerung des Hautausschlags, nämlich massenhafte Folliculitis cutanea, heranbildete, die später eine Menge von Incissionen erforderte. Laue Bäder, entsprechende Behandlung des Mundes und des Hautleidens führten das Kind der Heilung entgegen, doch trat diese erst am 20. Tage der Erkrankung, am 30. Tage nach der Impfung ein. Zur selben Zeit ereigneten sich in der Nachbarschaft dieses Kindes zahlreiche Fälle der Mundfäule, und die in der Umgegend vorgekommene Maul- und Klauenseuche gab Veranlassung zu veterinär-polizeilichen Maßnahmen.

Der andere, in ähnlicher Weise schwer verlaufene Fall, betraf ein sehr mangelhaft verpflegtes Kind, das am 29. Juli 1892 geeimpft worden war und am 10. August, also 12 Tage später, erkrankte. Die übrigen Erscheinungen gingen zurück, aber sein Ausschlag bestand noch, als es um Anfang September sammt seinem Vater von der Cholera hinweggerafft wurde.

Wir dürfen aus solchen Erfahrungen die Lehre ziehen, daß wir auch die der Stomatitis aphthosa verdächtigen Kinder mit der Impfung verschonen.

Da das Zusammentreffen des Erysipels mit der Vaccine von Herrn Dr. Stumpf besprochen werden wird, ist hiemit die ganze Linie der exanthematischen Complicationen des Impfprocesses vorgeführt.

Hienach ist ersichtlich, daß die sogenannten Impfschäden fast niemals in Folge mangelhafter Beschaffenheit der Impflymphe entstehen, sondern daß sie zurückzuführen sind auf eine krankhafte Beschaffenheit der Haut des Impflings, oder auf Schädigungen, welche die Impfpusteln während der Zeit ihrer Reife oder Abborkung treffen. Die eine Gruppe dieser Schäden ist dadurch zu vermeiden, daß man schwächliche und hautkranke Kinder von der Impfung ausschließt, die andere Gruppe durch gute Pflege der Geimpften.

Wenn ich gesagt habe, daß diese oder jene Folgezustände oder Erkrankungen seltener oder häufiger nach den Impfungen sich ereignen, so habe ich nach meinen Erfahrungen in Hamburg geurtheilt. In meiner dortigen amtlichen Stellung habe ich im Laufe zweier Jahrzehnte ungefähr eine Viertelmillion Impflinge auf den Erfolg ihrer Impfung besichtigt und diese Gelegenheit benutzt, um mir thunlichste Klarheit über die sogenannten Impfschäden zu machen, indem ich jeden nennenswerthen Fall sofort notirte und ihn später, so gut es ging, unter polizeiärztlicher Hilfe auf seinen Ablauf prüfte. Gestatten Sie mir, Ihnen mitzutheilen, was z. B. im Laufe der letzten 5 Jahre unter nahezu 100.000 Geimpften vorgekommen ist.

Da habe ich zunächst zu nennen 35 Fälle allgemeiner Vaccine, und zwar 17 Fälle des morbillösen Erythems, 18 Fälle des papulösen und pustulösen Ausschlages der generalisirten Vaccine.

An sogenannten Impfschäden gab es 69, nämlich: 11 Fälle von Urticaria, 8 Fälle von Impetigo und 27 Fälle von Eczem: in diese Zahl sind die herpetischen, die Prurigo- und Miliariaformen inbegriffen. Sodann 2 Fälle der Psoriasis, 2 Purpura, 1 Pemphigus, 3 Stomatitis aphthosa. Ferner: 2 Abscesse, 1 Bubo axillaris purulentus, 1 Furunculosis, 5 Geschwüre der Impfpusteln, 2 Erysipele. Endlich 4 Fälle von Augenentzündung. Dazu kommen dann noch einzelne Fälle stärkerer Randentzündung um die Impfpusteln, welche namentlich Revaccinirte betrafen.

Fast in jedem dieser 69 Fälle ließ sich nachweisen, daß eine von der Impfung ganz unabhängige Ursache den Schaden veranlaßt haben mußte, und daß die Kranken binnen ganz kurzer Zeit wieder hergestellt wurden. Der einzige Todesfall ereignete sich bei einer Verschwärung der Impf-

pusteln. Hier handelte es sich aber nicht um einen eigentlichen Impfschaden, sondern um eine nachträglich entstandene Wunderkrankung, denn dieses Kind hatte noch am 7. Tage nach der Impfung vollkommen gesunde Impfpusteln.

Vergleicht man die hier von mir gebrachten, der Wirklichkeit entsprechenden Zahlen mit dem lärmenden Nothgeschrei der Impfgegner von Volksvergiftung und Massenmord, so wird man von Ekel ergriffen über solche dreiste und zielbewußte Wahrheitswidrigkeit.

Nach Obigem kann man mit gutem Gewissen sagen, daß der geringe Zwang, den das Impfgesetz jedem Einzelnen auferlegt, wohl zu verantworten ist gegenüber den Verheerungen, welche die Blattern in den durch die Impfung ungeschützten Ländern alljährlich anrichten. Deutschland ist jetzt, Dank der wohldurchgeführten Impfung, vor allen anderen Ländern beneidenswerth blatternfrei.

Referate und literarische Anzeigen.

J. BOAS (Berlin): **Ueber Schwefelwasserstoffbildung bei Magenkrankheiten.**

Es ist das Verdienst der modernen Magendiagnostik, die Erkenntniß begründet zu haben, daß die Zersetzungsproducte eines malignen Magenprocesses, bei welchem es zur Stauung gekommen ist, ganz andere sind, als bei einfacher gutartiger Magenektasie. Einen werthvollen Beitrag zu diesem Punkte liefert B. in der vorliegenden Mittheilung („Ctbl. f. inn. Med.", 1895, Nr. 3).

B. hat alle ihm zu Gesicht gekommenen Fälle von gutartiger und maligner Ektasie, sowie andere Magenaffectionen auf das Vorkommen von Schwefelwasserstoff geprüft und ist hiebei zunächst zu dem Resultate gekommen, daß das Vorkommen von H_2S im Mageninhalt bei gutartiger Magenektasie eines der häufigsten Vorkommnisse ist, daß es dagegen im carcinomatösen Mageninhalt fast immer vermißt wird. Ferner hat sich herausgestellt, daß die Schwefelwasserstoffbildung absolut unabhängig von der Salzsäureanwesenheit ist. Dagegen hängt sie offenbar mit der Art der Nahrung zusammen, ein Punkt, der übrigens noch Gegenstand weiterer Untersuchungen sein muß. Die H_2S-Bildung fand sich niemals unter anderen Umständen, als bei Fällen mechanischer Insufficienz und Stauung des Mageninhaltes. Bei einfachen atonischen Zuständen wurde stets vergeblich daraufhin untersucht. Das Gleiche gilt von Neurosen, vom Ulcus ventriculi, von der Gastritis und von einfachen, nicht durch Ektasie complicirten Lageveränderungen des Magens. Hingegen kann bei acuten Diätfehlern vorübergehend H_2S-Bildung auftreten.

Ein auffallender Antagonismus ergab sich ferner zwischen H_2S-Bildung und Milchsäuregährung, welche niemals nebeneinander vorkamen. Dadurch begründet sich ein tiefgreifender Unterschied zwischen Mageninhalten bei einfachen Stauungszuständen und bei solchen auf maligner Basis. Bei ersteren überwiegt die Gasgährung mit Bildung von Wasserstoff, Sumpfgas, Kohlensäure, Stickstoff und Schwefelwasserstoff, bei letzteren fehlt dagegen, zumal in vorgerückteren Stadien, Gasgährung fast immer, dafür tritt Milchsäureproduction ein, die in den erstgenannten Formen fehlt. Ausnahmen von diesem Verhalten können vorkommen, wenn benigne Processe einen malignen Charakter annehmen (z. B. Ulcus carcinomatosum) oder wenn ein maligner Proceß anfänglich unter dem Bilde eines benignen Magenleidens verläuft. s—s.

M. BIAL (Berlin): **Milchsäurebildung im Magensaft bei Ulcus ventriculi mit Gastritis atrophicans und Gastrectasie.**

Bekanntlich hat BOAS als der Erste auf die große diagnostische Bedeutung des Milchsäurebefundes bei Magenerkrankungen hingewiesen und auch eine eigene Methode der Milchsäurebestimmung im Mageninhalt angegeben, welche die bisher übliche UFFELMANN'sche Reaction an Sicherheit bei weitem übertrifft. Der positive, wiederholt geführte Nachweis von Milchsäure im Mageninhalt auf Grund dieser Methode spricht, wie BOAS angibt, mit größter Wahrscheinlichkeit, vielleicht Sicherheit, selbst ohne nachweisbaren Tumor, für das Vorhandensein eines Magencarcinoms.

Es liegen nun in der Literatur bereits mehrere Fälle vor, welche geeignet erscheinen, die absolute Geltung dieses Satzes zu erschüttern. Diesen Fällen reiht B. (Berliner klin. Wochenschr., 1895, Nr. 6) eine neue, durch die Section gestützte Beobachtung aus der Abtheilung EWALD'S an. Es handelte sich um einen Pat., welcher seit einigen Jahren Magenbeschwerden hatte (Erbrechen, Appetitlosigkeit, Druckgefühl), die sich in letzter Zeit sehr gesteigert hatten. Dazu kam während der letzten Tage eine Trübung des Bewußtseins mit nervösen Reizerscheinungen, und zum Schluß stellte sich ein comatöser Zustand ein, in welchem der Exitus erfolgte. Obgleich ein Magentumor nicht gefühlt werden konnte, so wurde doch wegen der starken Abmagerung, der physikalischen Zeichen der Dilatation, des Erbrechens und der Appetitlosigkeit und nicht zum Mindesten wegen des chemischen Befundes: Mangel freier Salzsäure und Nachweis größerer Mengen von Milchsäure, die Diagnose auf Carcinoma ventriculi gestellt. Die Section ergab nebst anderweitigen Organveränderungen mehrere Geschwüre in der Gegend des Pylorus, in deren Umgebung narbige Retractionen, die Schleimhaut am Pylorus leicht, die Muscularis stark hypertrophisch, Pylorus etwas verengt, der ganze Magen stark dilatirt, Gastritis chronica.

Es zeigte sich demnach, daß in einem Falle, in welchem man mit den anderen Hilfsmitteln der Diagnostik zu keinem sicheren Resultate kommen konnte, auch das Verfahren von BOAS nicht zum Ziele führte. Wenn man auch zugeben muß, daß sehr viele Fälle von Carcinoma ventriculi mit starker Milchsäurebildung einhergehen, so stellt nach der Ansicht B.'s dieser Proceß nichts für das Carcinom Specifisches dar, sondern kann nach unseren jetzigen Kenntnissen auch ohne maligne Neubildung zu Stande kommen, wenn nur die übrigen Bedingungen, welche das Carcinom im Magen zu setzen pflegt, starke Herabsetzung der Salzsäurereproduction und eine genügende Stauung des Mageninhaltes, eintreten. s—s.

W. LATZKO (Wien): **Zur Diagnose und Frequenz der Osteomalacie.**

Die Arbeiten L.'s über Osteomalacie sind für den Praktiker von ganz eminentem Interesse. Denn die Osteomalacie gehört zu den von den Aerzten am wenigsten gekannten, von ihnen am häufigsten verkannten Krankheiten. Fehldiagnosen (Gicht, Rheumatismus, chronische Myelitis etc.) bilden nicht etwa die Ausnahme, sondern die Regel. Die Differentialdiagnose der Osteomalacie verdient daher eine breitere Behandlung wie bisher, und L. liefert einen Beitrag hiezu in seiner jüngsten Publication („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.", Sep.-Abdr.).

Im Allgemeinen kommen der Osteomalacie gegenüber zwei Krankheitsgruppen in Betracht: r h e u m a t i s c h e und spinale Affectionen. Zur Annahme eines rheumatischen Processes verleiten die oft auftretenden Muskelschmerzen und noch mehr Gelenkaffectionen. L. ist geneigt, die im Verlaufe der Osteomalacie zur Beobachtung kommenden Gelenksaffectionen nicht als Complication, sondern als Theilerscheinung derselben aufzufassen. Noch weitgehender sind die Analogien der Osteomalacie mit s p i n a l e n Processen. In erster Reihe stehen hier die Befunde am Muskelsystem: allgemeine Muskelschwäche, motorische Insufficienz der unteren Extremitäten, speciell Paraparese der Hüftgelenksbeuger; ferner die mit großer Regelmäßigkeit zu beobachtende Steigerung der Sehnenreflexe, endlich das Vorkommen von Muskelcontracturen, speciell der Adductoren. In zweiter Reihe stehen die Angaben über subjective Schmerzempfindung im Bereich des unteren Thoraxabschnittes, die als Gürtelgefühl gedeutet werden könnten, die Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule und verschiedene nervöse Symptome, wie: Tremor, fibrilläre Muskelzuckungen, ROMBERG'sches Phänomen, Initialzittern etc.

Von diesen pseudospinalen Symptomen kommt in diagnostischer Beziehung eine besondere Bedeutung der Ileopsoaslähmung und der Adductorencontractur zu. Die I l e o p s o a s l ä h m u n g, welche den eigenthümlichen watschelnden Gang der Osteomalacischen erzeugt, galt seit jeher für ein typisches Symptom der Osteomalacie. Neu ist nur die causale Beziehung zwischen der Parese der Hüftgelenks-

beuger und den Gehstörungen, welch letztere früher und auch jetzt noch größtentheils anderen Momenten (Beckenverhältnissen, bezw. Pfannenstellung) zur Last gelegt wurden. Dagegen spricht schon, daß typischer Entengang auch bei fehlender Beckenverengerung deutlich ausgeprägt vorkommt, und daß er bei hochgradiger Beckenverbildung unter dem Einflusse einer Phosphormedication allmälig verschwinden kann. In gleicher Weise wurde das Symptom der Adductorencontractur, auf dessen Bedeutung als Frühsymptom L. als der Erste hingewiesen hat, auf Pfannenstellung und Beckenverengerung zurückgeführt. Daraus lassen sich aber die Fälle ohne, oder wenigstens ohne wesentliche Beckendifformität mit gleichzeitiger, ausgesprochener Abductionsbehinderung, die ausgeheilten Fälle mit Beckenverengerung, in denen die Abductionsbehinderung sich verringerte, endlich die Fälle, in denen eine Contractur des Schultergelenkes das passive Erheben der Arme unmöglich macht, in denen also eine Knochenhemmung gewiß nicht in Frage kommt, unmöglich erklären. Das Bestehen einer Adductorencontractur ist für L. noch keine Veranlassung, Osteomalacie anzunehmen, sondern eine Aufforderung, nach anderen Symptomen derselben zu forschen. Adductorencontractur, Ileopsoaslähmung, eventuell Reflexsteigerung sind ihm aber im Vereine mit Druckempfindlichkeit verschiedener Stammesknochen genügende Anhaltspunkte, um auch ohne Skeletveränderung Osteomalacie mit Sicherheit zu diagnosticiren. Wenn aber allgemein die Diagnose der Osteomalacie fast einzig auf Skelet-, respective Beckenveränderungen gestützt wird, dann ist es nicht zu verwundern, wenn nur vorgeschrittene Formen dieser Krankheit erkannt werden.

Was nun die Frequenz der Osteomalacie betrifft, so ist L. der Ueberzeugung, daß es absolut unmöglich ist, ein irgendwie sicheres Bild von der Verbreitung der Osteomalacie zu construiren, bevor nicht die Diagnose Gemeingut der Aerzte geworden ist. Gegen das ausgesprochen endemische Vorkommen der Osteomalacie in dem bisher angenommenen Ausmaße spricht nicht nur die unverhältnißmäßige Häufung der Einzelbeobachtungen aus aller Herren Länder, sondern noch mehr der Umstand, daß immer mehr Orte als angeblich endemische Verbreitungsbezirke der Osteomalacie erkannt werden. L. ist in der Lage, als weiteren derartigen Ort Wien anzuführen, wo die Osteomalacie in ganz besonderer Häufigkeit auftritt. L. hat selbst vom August 1891 bis heute 50 Fälle von Osteomalacie genau beobachtet und verfolgt. Diese beträchtliche Anzahl von Osteomalacien in so kurzer Zeit kann kaum überraschen, wenn man in Erwägung zieht, daß L. den Begriff der Osteomalacie bedeutend weiter faßt, als dies bisher üblich war. Ba.

Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für Aerzte und Studirende. Von Dr. Hermann Eichhorst, o. ö. Professor der speciellen Pathologie und Therapie und Director der med. Univ.-Klinik in Zürich. Fünfte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. I. Bd. Mit 165 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Unter den zahlreichen, wohlaccreditirten Handbüchern der inneren Medicin ragt Eichhorst's Werk, welches Theorie und Praxis so glücklich vereint, unbestritten hervor. Präcise Diction, übersichtliche Anordnung des colossalen Stoffes, kritische Berücksichtigung der fast unabsehbaren Literatur sind die Eigenschaften, die es auszeichnen, und die im Vereine mit der auf jedem Blatte niedergelegten reichen Erfahrung des Autors sein Werk zu seltener Vollkommenheit erheben.

Daß die Anerkennung, die Eichhorst's Handbuch bei der Kritik aller Länder gefunden hat, auch von Jenen getheilt wird, welchen es gewidmet ist, den Aerzten und Studirenden der Medicin, beweist die rasche Folge der Ausgaben, deren fünfte uns nunmehr vorliegt.

Der bisher erschienene erste Band, die Krankheiten des Circulations- und Respirations Apparates enthaltend, weist neuerdings eine erhebliche Vermehrung des Stoffes auf, welche zumal die Capitel Klappenfehler, Krankheiten der Nasenhöhle, der Bronchien, des Brustfells etc. betrifft. Auch die Zahl der vorzüglichen Holzschnitte ist neuerdings erheblich vergrößert worden. — Die Wiedergabe der zahlreichen Verschreibungsweisen in Receptform wird den Lesern des Werkes nicht minder willkommen sein, wie Jenen, die es als Nachschlagebuch benützen.

So glauben wir denn, auch der neuesten Auflage des angezeigten Buches eine überaus günstige Prognose stellen zu können. Autor und Verleger sehen einem neuen, wohlverdienten Erfolge entgegen. B.

Feuilleton.

Das Dispensationsrecht und andere Rechte der Homöopathen.

Es dürfte nicht allgemein bekannt sein, daß die homöopathische Heilmethode durch eine allerhöchste Entschließung vom 13. October 1819, welche mit Hofkanzleidecret vom 21. October 1819 bekannt gemacht wurde, in ihrer Ausübung „allgemein und strenge" verboten worden ist. Erst durch allerhöchste Entschließung vom 6. Februar 1837, bekanntgegeben durch das Hofkanzleidecret vom 10. Februar 1837, wurde die Ausübung der homöopathischen Heilmethode wieder gestattet. Das Hofkanzleidecret vom 9. December 1846 schränkte aber diese Praxis schon wieder ein, indem es im Wesentlichen bestimmte, daß die Stammtincturen und -Präparate aus den Apotheken verschrieben werden müssen; die Arzneien selbst können aber sodann von den der homöopathischen Heilmethode ergebenen Aerzten verdünnt, verrieben und ihren Patienten, jedoch unentgeltlich, verabreicht werden, doch soll den letzteren immer ein Arzneizettel übergeben werden, auf welchem das Medicament verzeichnet ist.

Am 27. Mai 1887 verordnete wieder das Ministerium des Innern, „um den Mißbräuchen zu begegnen, welche insbesondere dadurch sich ergeben, daß Homöopathen andere als homöopathische Medicamente an Kranke verabreichen", daß zur Selbstdispensation nur jene Aerzte berechtigt seien, welche der homöopathischen Heilmethode „ergeben" sind, d. h. welche sich bei Behandlung ihrer Kranken ausschließlich der homöopathischen Heilmethode bedienen und sich genau an die ursprünglich strengen Grundsätze der potenzirten homöopathischen Verdünnung halten.

Es wäre wohl verlockend, die Frage der Berechtigung zur Ausübung einer „Heilmethode" zu erörtern, welche an keiner Universität Oesterreichs gelehrt wird. Doch würde dies hier zu weit führen, ebenso wenn wir über den Werth der Homöopathie discutirten. Es sei aber gestattet, ein Wort Wernich's (Eulenburg's Real-Encyclopädie, IX, 1887) zu citiren, weil es uns auf so manchen Jünger Hahnemann's heute noch anwendbar scheint: „Beim Vergleichen der zahlreichen Bekämpfungen Hahnemann's wird man am bereitwilligsten auf die Seite derjenigen Kritiker treten, welche die Person des überall herumabenteuernden, vor keinem Mittel, sich Praxis zu verschaffen, zurückschreckenden Erfinders der Homöopathie in erster Linie verantwortlich machen."

Ganz entschieden aber sollte einmal von berufener ärztlicher Seite gegen das Dispensationsrecht der Homöopathen Stellung genommen werden.

Kein Arzt in Oesterreich hat das freie Recht, die Medicamente seinen Patienten selbst verfertigen und ausfolgen zu dürfen, er sei denn — Homöopath. Am Wohnsitze einer Apotheke darf kein österreichischer Arzt selbst dispensiren, ausgenommen — der Homöopath. Und daß das so in Ordnung ist, dafür spräche der 50jährige Bestand eines Decrets, das unseres Wissens öffentlich noch nie angefochten wurde. Wir finden dies aber durchaus nicht in der Ordnung, ja jenes Decret muß geradezu als eine Verletzung des Rechtes aller österreichischen Aerzte erklärt werden. Wie vor dem Gesetze alle Staatsbürger, so sollten auch vor dem Hofdecrete aus dem Jahre 1846 alle Aerzte gleich sein, und wenn kein Arzt am Sitze einer öffentlichen Apotheke eine Hausapotheke halten darf, so soll sie auch der Homöopath dort nicht halten dürfen.

Wir Aerzte sollten schon aus dem Grunde gegen diese durch gar nichts zu rechtfertigende Bevorzugung unserer Collegen von der Homöopathie ganz energisch Protest erheben, weil sonst gesetzlich die größere Vertrauenswürdigkeit Jener documentirt bliebe, welche die auf den österreichischen Universitäten gelehrten Heilmethoden in der Ausübung ihrer Praxis negiren.

Diese Bevorzugung steht allerdings in argem Widerspruche mit dem behördlich ausgesprochenen Mißtrauen gegen die Homöopathen, weil diese verhalten sind, die Arzneien unentgeltlich zu verabreichen, nur homöopathische „Heilmittel“ abgeben zu dürfen und der Homöopathie voll und ganz ergeben sein zu müssen.

Aber selbst die Befolgung dieser dem tiefsten Mißtrauen entsprungenen Vorschriften kann zu mannigfachen Conflicten führen, die des Näheren weiter erörtert zu werden verdienen.

Geradezu lächerlich ist es, wenn die behördlichen Verordnungen durch das Gebot der Unentgeltlichkeit homöopathischer Medicamente Mißbrauch hintanzuhalten glauben.

Wir haben leider keine Minimaltaxen für eine ärztliche Hausordination oder eine Visite, und es bleibt dem Homöopathen unbenommen, die Gebühr für sein gehaltvolles Medicament unter der Flagge des ärztlichen Honorars in seine Cassa hinüber zu segeln. Es wird wohl auch kein Patient glauben, daß er vom Homöopathen das Medicament gratis bekommt, sondern er wird wissen, daß er dieses bezahlt, wenn er den Arzt überhaupt honorirt.

Es ist sonderbar, von den Homöopathen zu verlangen, daß sie unentgeltlich ein Medicament abgeben sollen, das ihnen doch selbst auch etwas kosten dürfte. Es müßte denn sein, daß die Behörden annehmen, in den homöopathischen Arzneien stecke überhaupt kein reeller Werth und der imaginäre müßte durch das Gebot der Unentgeltlichkeit den Patienten vor materiellem Schaden bewahren.

Auch der Arzneizettel ist kein sicheres Schutzmittel gegen etwa beabsichtigten Mißbrauch. Das Recht des Dispensirens muß auf dem besonderen Vertrauen zum dispensirenden Arzte beruhen; dieses Recht zu controliren hat sich die Behörde theoretisch richtig ausbedungen, aber in der Praxis hat die Möglichkeit dazu fast nur der Patient selbst. Und dieser ist nicht in der Lage, eine xte Potenz einer Verreibung von einer kräftigen Morphiumdosis zu unterscheiden.

Die Medicamente des Apothekers kann der behandelnde Arzt controliren, weil er dazu genügend befähigt ist; einer solchen Controle entbehrt aber der Homöopath vollständig. Wie jedem zur Führung einer Hausapotheke berechtigten Arzte, ist auch dem Homöopathen das Vertrauen geschenkt, daß er seine Medicamente nach bestem Wissen und Gewissen verabreicht. Dieses Vertrauen ist aber ein Imponderabile und gibt keine Garantie vor Mißbrauch.

Geradezu widersinnig, obsolet und beschämend für den ärztlichen Stand im Allgemeinen und für den der Homöopathen im Besonderen ist die behördliche Verfügung, daß das Recht der Selbstdispensation durch die Pflicht voller Ergebung in die Homöopathie bedingt ist. Der Homöopath darf sich also ausschließlich nur der homöopathischen Heilmethode bedienen und muß sich genau an die ursprünglich strengen Grundsätze des seligen HAHNEMANN halten. Der Wortlaut dieser Verordnung beweist klar, daß der Homöopath sich ausschließlich mit der Behandlung interner Krankheiten befassen darf. Es gibt ja heutzutage keine homöopathische Chirurgie, und die Geburtshilfe kann, wie zu HAHNEMANN'S Zeiten, auch heute noch des Forceps nicht entbehren; eine homöopathische Wendung ist wohl möglich vom Wege der wissenschaftlichen Medicin zu dem der populären, nicht aber im Uterus einer Schwangeren.

Weil das Recht der Selbstdispensation die Pflicht der ausschließlichen Ergebung in die Homöopathie auferlegt, so darf in Folge dessen der Homöopath keine Luxation oder Fractur behandeln, es ist ihm untersagt, einen Forceps anzulegen etc. etc., trotzdem er diese ärztlichen Kunstgriffe erlernt hat. Der Homöopath, welcher der alleinige Arzt in einem Orte wäre, verliert durch das Selbstdispensationsrecht das Recht, eine Radialis zu unterbinden, einen Uterus zu tamponiren, eine Tracheo- oder Herniotomie zu machen; er soll de jure müßig zusehen, daß neben seiner Wohnung ein Menschenleben zu Grunde geht, das er durch einen Handgriff vielleicht retten könnte, den er aber nicht machen soll, weil er sich „genau an die ursprünglichen strengen Grundsätze der potenzirten homöopathischen Verdünnung“ halten muß. Abgesehen von der Zwangslage, in welche den homöopathischen Arzt der Widerstreit zwischen dem allergewöhnlichsten Pflichtbewußtsein und einer hochwohlweisen behördlichen Anordnung bringen kann, existirt für ihn wie für jeden österreichischen Staatsbürger aber noch der §. 335 St. G., wonach jede Unterlassung, von welcher der Handelnde vermöge seines Berufes einzusehen vermag, daß sie eine Gefahr für das Leben herbeizuführen oder zu vergrößern geeignet sei, an dem Schuldtragenden geahndet werden soll. Auch der Homöopath wird, wenn er zu einer spritzenden Radialis gerufen ist, einzusehen vermögen, daß der Verletzte sich verbluten kann, wenn er nicht sofort richtig ärztlich behandelt wird, und es ist der bare Unsinn, wenn ihn an seiner gewöhnlichsten Staatsbürgerpflicht irgend eine am grünen Tische ausgedachte Verordnung hindert.

Die angezogenen behördlichen Verordnungen hatten jedenfalls die löbliche Absicht, die Zahl der Homöopathen möglichst zu beschränken, weshalb den letzteren wirklich drückende, beschämende, ja geradezu unmöglich zu erfüllende Verpflichtungen auferlegt wurden.

Diese Verordnungen dachten wahrscheinlich an Homöopathen, die ihre Heilmethode in den großen Städten ausüben und die mit den verordneten Beschränkungen ihrer ärztlichen Wirksamkeit sich abzufinden vermögen, sie dachten aber nicht an den Landarzt, der jede Stunde des Tages und der Nacht Alles, was ihm seine Kunst an die Hand gibt, anzuwenden in die Lage kommen kann, und der Alles anwenden muß, wenn er ein bischen Ehre im Leibe hat. Aber der Kampf um's Dasein drängt so manchen Arzt vom geraden Wege ab, und man sieht bei uns auf dem Lande so manchen kinderreichen, vermögenslosen Arzt, der die Aurea praxis dort zu finden glaubt, wo Vulgus profanum das ärztliche Wartezimmer belagert. Wenn der Nervus rerum seine Rechnung dabei findet, so werden der Homöopathen wahrscheinlich nicht weniger werden. Exempla trahunt!

Will die Behörde die Homöopathie nicht untersagen, so gestatte sie dieselbe ebenso wie jede andere Specialkunst, sie nehme ihr aber das Selbstdispensationsrecht und befreie sie von einfach widersinnigen Beschränkungen.

Die Aerzte Oesterreichs haben das Recht zu verschreiben, was sie für gut befinden, daran hat sie noch nie Jemand gehindert und soll sie auch in Zukunft Keiner hindern, auch wenn da und dort einer in homöopathischen Dosen verschreiben will. Das Gegentheil wäre die Beschränkung der gewöhnlichsten persönlichen Freiheit, die auch der ärztliche Stand sich schützen muß, der, wie jeder andere Beruf, unter dem Schutze, aber auch unter dem Schwerte des Gesetzes steht.

Gleiches Recht für alle Aerzte puncto recipiendi aber auch puncto dispensandi, und wer eine Hausapotheke halten will, soll sie dort halten dürfen, wo dies heute die behördlichen Normen den fern vom Sitze einer öffentlichen Apotheke domicilirenden Aerzten gestatten. Dann braucht sich kein Decret den Kopf zu zerbrechen, unter welchen Cautelen ein Arzt Tinct. belladonae in der Dosis von 0·50 Grm. oder in der 30. Potenz verabreichen soll. Dann wäre auch die famose „Ergebenheit“ begraben.

(Schluß folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— Es wurde schon seinerzeit[1]) über die Erfolge berichtet, welche englische Autoren mit der Castration bei Hypertrophie der Prostata erreicht haben. Dr. ROBERT LÜTKENS in Celle („D. med. Woch.“, 1895, Nr. 5) berichtet nun neuerdings über einen Fall von **Prostatahypertrophie, durch Castration geheilt.** Der Fall betrifft einen 65jährigen Pat., der seit mehreren Jahren an Harnbeschwerden gelitten hatte, welche sich mit dem Gebrauche des Katheters noch weiter gesteigert hatten. Die Untersuchung ergab einen Prostatatumor von der Größe eines Hühnereies. Da Pat. spontan nicht uriniren konnte und auch der Katheterismus mit großen Schwierig-

[1]) S. „Wiener Med. Presse“, 1894, pag. 1963.

keiten verbunden war, entschloß sich L. zur Operation, bei welcher beide Hoden entfernt wurden. Bald nach der Operation konnte Pat. schon selbst uriniren, am 10. Tage konnte er den Katheter gänzlich entbehren und nach wenigen Wochen urinirte er in dickem, kräftigem Strahl und war wieder vollkommen gesund und heiter, wie vor einer Reihe von Jahren. Was den Prostatatumor betrifft, so war an demselben in den ersten Tagen nach der Operation keine Veränderung wahrzunehmen; aber schon am 10. Tage post operationem konnte ein deutliches Kleinerwerden der linken Hälfte constatirt werden, welche nach weiteren 2 Wochen kaum zu tasten war, während der rechte Lappen noch die Größe einer kleinen Walnuß zeigte. Bei einer Nachuntersuchung circa 5 Monate nach der Operation war von einer Hypertrophie nichts mehr zu constatiren; die Untersuchung per rectum ergab normale Verhältnisse, wie bei einem jungen Manne. Nach diesem günstigen Resultate gedenkt L. jeden weiteren Fall von stärkerer Prostatahypertrophie nach diesem Principe zu behandeln. Sollten die Erfolge auch fernerhin so glückliche sein, so gebühre dieser einfachen und wenig eingreifenden Methode der Vorzug von allen übrigen, selbst vor dem Katheterismus.

— In letzter Zeit wird vielfach statt des Atropins das aus der Wurzel von Scopolia atropoides gewonnene Alkaloid **Scopolaminum hydrobromicum in der Augenpraxis** verwendet und als Mydriaticum und Antiphlogisticum in 1—2% Lösung empfohlen. Primararzt Dr. GROSSMANN in Budapest („Pester med.-chir. Presse", 1895, Nr. 4) hat dieses Mittel durch ein Jahr auf seiner Abtheilung und in der Privatpraxis versucht und constatirt zunächst bezüglich seiner Wirkungsweise gegenüber dem Atropin Folgendes: Beim normalen Auge tritt die Pupillenerweiterung mit Scopolamin rascher ein (in 8—10 Minuten) als bei Atropin (erst nach 20 Minuten). Die Accommodationsparese erfolgt bei Scopolamin nach 30—35 Minuten, bei Atropin nach 50—60 Minuten und dauert bei Scopolamin viel kürzer, als bei Atropin. Die Pupille erreicht bei Scopolamin ihre normale Größe innerhalb 4—6 Tagen, bei Atropin binnen 7 bis 10 Tagen. Mit Cocaïn combinirt, wirkt Scopolamin intensiver, Atropin schwächer. Während nun eine 1procentige Lösung von Scopolamin selbst Monate lang täglich 2—3mal angewendet werden kann, ohne Nebenwirkungen hervorzurufen, und erst eine 3- bis 4%ige Lösung toxische Erscheinungen, ähnlich wie bei Atropin, hervorruft, kommt es bei einer 1%igen Atropinlösung nach längerer Anwendung und oft schon nach 2—3maliger Instillation zu Vergiftungserscheinungen. Als rasch wirkendes Mydriaticum und Antiphlogisticum ist das Scopolamin. hydrobrom. indicirt: 1. Bei entzündlichen Erkrankungen des vorderen Bulbusabschnittes, bei Keratitis vasculosa und parenchymatosa. Die Wirkung des Mittels charakterisirt sich durch Schmerzlinderung, Abnahme der Gefäßinjection um die Cornea und Aufhellung derselben, ferner Verminderung des Thränenflusses, der Lichtscheu nebst Schwellungsabnahme der Bindehaut und ihres krankhaft vermehrten Secretes. 2. Bei Iritis ruft das Medicament starke Pupillenerweiterung, sowie Schwellungsverminderung des Irisgewebes hervor. Bei weniger intensiver Entzündung tritt nach öfterer Einträufelung des Scopolamins Sprengung hinterer Synechien ein. Breite und fest angewachsene Synechien widerstehen der Einwirkung dieses Mittels. 3. Bei Hypopyon-Keratitis mit Zerfall des Cornealgewebes. Unter dem Einflusse dieses Heilmittels erfolgt bald Reinigung des Geschwüres und die in der Vorderkammer angesammelte Eitermenge (Hypopyon) gelangt rasch zur Aufsaugung. 4. Bei Herzleidenden und Kindern ist immer Scopolamin dem Atropin vorzuziehen, indem eine 1%ige Scopolaminlösung selbst bei andauerndem Gebrauch toxische Nebenwirkung nicht erzeugt. Zu diagnostischen Zwecken, besonders bei bejahrten Individuen, verdient das Scopolamin immer den Vorzug vor Atropin und Homatropin. Schließlich widersteht das Scopolamin unvergleichlich viel längere Zeit der Pilzbildung, als das Atropin.

— Als **acute Retropharyngealabscesse** beschreibt Dr. KOPLIK („Ctbl. f. Bact.", 1894, 12. u. 13. H.) eine Erkrankung bei Säuglingen und Kindern, welche bis dahin vollkommen gesunde Individuen befällt und sich außer einer ziemlich erheblichen Störung des Allgemeinbefindens durch eine Geschwulst charakterisirt, welche in der Mittellinie des Pharynx oder seitlich davon liegt, und die hintere Rachenwand vordrängt, zum Theil ziemlich tief bis unterhalb der Epiglottis. Durch dieselbe kann sowohl der Schlingact, als die Athmung eine erhebliche Störung erfahren. Der Verlauf ist stets gutartig, was an sich schon die Natur des Processes gegenüber den tuberculösen Affectionen und Senkungsabscessen der hinteren Rachenwand unterscheidet. Als ätiologisches Moment dieser Abscesse fand K. in 60 bisher beobachteten Fällen einen Streptococcus, dessen einzelne Formen zu differenziren und ihre Wirkung auf den Thierkörper festzustellen er versuchte. Es gelang ihm, vier Arten von Streptococcen aus dem von acuten Retropharyngealabscessen gewonnenen Eiter zu isoliren, und zwar je zwei dem Streptococcus brevis und Streptococcus longus angehörige. Die vorgenommenen Thierversuche ergaben, daß es sich durchaus um gutartige Mikroorganismen handelte. Als Eingangspforte für die Infection sind die Tonsillen, die Nebentonsillen, sowie die adenoiden Gewebsmassen des Nasenrachenraumes und Gaumengewölbes anzusehen.

— Als „Vasogene" werden neuestens Präparate in den Handel gebracht, welche mit Sauerstoff imprägnirte Kohlenwasserstoffe, oxygenirte Vaseline sind, und sich dadurch auszeichnen, daß sie Lösungsmittel für viele in der Dermatologie gebräuchliche Medicamente sind und wegen ihrer Emulsionsfähigkeit zur schnellen Resorption der in ihnen gelösten Arzneistoffe beitragen. Mit einem dieser Vasogene, dem **Jodvasogen**, hat nun LEISTIKOW („Monatsh. f. prakt. Dermat.", 19. Bd., Nr. 10) Versuche angestellt, wobei er ein 6%iges Präparat verwendete. Nach seinen Erfahrungen findet L. das Jodvasogen indicirt bei blennorrhoischer acuter und chronischer Epididymitis, bei beginnenden Leistendrüsenentzündungen im Anschluß an weiche Schanker, versuchsweise bei allen Formen von Drüsenschwellungen, bei syphilitischen und tuberculösen Haut- und Schleimhautaffectionen. Im Allgemeinen stellt das Jodvasogen ein vollkommenes Ersatzmittel der Tinctura jodi und anderer in der dermatologischen Praxis üblichen Jodpräparate dar. Außerdem kommen dem Jodvasogen gewisse Vorzüge zu. In keinem Falle wurde eine Joddermatitis beobachtet; ferner sind die Eigenschaften des Jods in Verbindung mit dem Vasogen prägnanter und deutlicher. Das Präparat verflüchtigt sich außerordentlich schnell, wovon das völlige Verschwinden der Jodfärbung kurz nach dem Einreiben Zeugniß ablegt. Die geradezu hervorragende Tiefenwirkung z. B. bei chronischen, harten epididymitischen Infiltraten, beweist, daß verhältnißmäßig viel von dem sich verflüchtigenden Jod zur Wirkung gelangt. Es verdient somit dem Autor gemäß das Jodvasogen wegen seiner hervorstechenden Vorzüge, nämlich des Fehlens jeder Reizwirkung, der Farblosigkeit, der schnellen, prompten, localen Jodwirkung, einen dauernden Platz im dermatologischen Arzneischatze.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 22. Februar 1895.

J. GRÜNFELD berichtet über eine für die Endoskopie der Harnröhre wichtige Beobachtung, deren Verwerthung eine genaue Inspection der Pars prostatica urethrae möglich macht. Wenn man nämlich das Endoskop in die Harnröhre einführt und den Pat. den Levator ani contrahiren läßt (wie am Ende der Defäcation), so macht die Urethra retrograde Bewegungen im Ausmaße von 6—15 Mm., wobei man nicht blos das Caput gallinagin., sondern auch die Schleimhaut vor und hinter demselben übersieht. Es stellt diese Art der Bewegung ein Analogon der Phonation bei der Laryngoskopie dar. Die Untersuchung des Pat. wird auf dem vom Vortr. construirten „endoskopischen Sessel" vorgenommen, welcher durch eine automatische Vorrichtung sowohl zum Sitzen wie zum Liegen eingerichtet ist.

LORENZ stellt ein 12jähriges Mädchen mit congenitaler Hüftluxation vor, welches vom 2. Lebensjahre an durch 9 Jahre vom Mechaniker Hessing mit seinen Extensionsapparaten behandelt worden war, und zwar mit dem Erfolge, daß L., welcher hievon nicht unterrichtet worden war, den Fall für therapeutisch unange-

tastet hielt. Das Kind zeigte eine Luxationsverkürzung des einen Beines um 4 Cm., der Trochanter seitlich mächtig vorspringend, der Schenkelkopf durch die in Folge des Maschinendruckes hochgradig atrophisch gewordenen Weichtheile fast unmittelbar unter der Cutis zu fühlen; auch sonst fehlt keines der classischen Symptome der angeborenen Hüftluxation, und das Kind ist ohne Apparat überhaupt nicht im Stande, zu gehen. L. hat stets darauf hingewiesen, daß vom 5.—6. Lebensjahr an eine mechanische Reposition der angeborenen Hüftluxationen unmöglich sei; für einen Laien gebe es allerdings keine anatomischen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten. Es erscheine angezeigt, vor einem Forum von Fachmännern die marktschreierischen Behauptungen eines Laien auf das richtige Maß zurückzuführen.

Im Anschlusse an diese Demonstration stellt L. noch weitere 10 Kinder vor, welche der operativen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation vor Kurzem unterzogen worden waren, und die alle ein glänzendes functionelles Resultat ergeben hatten.

RIEHL demonstrirt eine zur Classe der Primulaceen gehörige Zierpflanze, Primula obconica, welche, vor wenigen Jahren aus China nach Europa eingeführt, bei Gärtnern die Veranlassung zu einer heftigen Dermatitis abgegeben hatte, weshalb denn auch diese Pflanze seit einem Jahre aus den Ziergärten wieder verschwunden ist. Die Ursache für die Hauterkrankung geben kurze Haare ab, welche dreigliedrig sind und an ihrem Endgliede mit Flüssigkeit gefüllte Bläschen tragen, die bei Berührung offenbar platzen und einen intensiven Reiz auf die Haut ausüben.

ZEMANN demonstrirt das pathologische Präparat einer Extrauteringravidität, welches dadurch interessant ist, daß der Fötus zu einer relativ beträchtlichen Größe herangewachsen war (circa 6 Monate), daß ferner der abgestorbene Fötus noch weitere 12 Monate getragen wurde, bis es innerhalb des Eisackes zu theilweise fettiger Degeneration der Frucht und späterhin durch Entzündung und durch Infection, wahrscheinlich vom anliegenden Dünndarm herzu Eiterung und Jauchung und schließlich zu tödtlicher Peritonitis gekommen war.

GLEICH stellt eine Pat. vor, bei welcher er das von ihm vorgeschlagene Verfahren zur Herstellung eines tragfähigen Amputationsstumpfes durchgeführt hat. Das Verfahren beruht auf dem Verschluß der Markhöhle durch einen Haut-Periostknochenlappen. Die Pat. ist im Stande, auf ihrem Amputationsstumpfe, resp. der Gipsstelze allein zu stehen.

v. WAGNER: Psychiatrische Heilbestrebungen.

Zum Ausgangspunkt seiner Ausführungen dient dem Vortr. die Erfahrungsthatsache, daß eine Reihe von Psychosen durch intercurrente, acut fieberhafte Krankheiten in ihrem Verlaufe günstig beeinflußt werden. Analoge Erfahrungen liegen auch auf anderen Gebieten vor, und v. W. verfügt selbst über eine Heilung von Epilepsie durch Intermittens und von Dystrophia musculorum progressiva durch eine Typhusinfection. Hieher gehört der Fall MAUTHNER's von Heilung einer progressiven Sehnervenatrophie nach Variola, von chronischen Hautkrankheiten nach fieberhaften Erkrankungen, der Einfluß des Erysipels auf maligne Geschwülste etc., und endlich aus der Thierpathologie das Verschwinden des Tetanus bei Pferden nach Influenza.

Eine genügende Erklärung für diese Thatsachen gibt es bis heute nicht, doch gestattet die moderne Forschung, sie von einem neuen Gesichtspunkte aus zu betrachten. Es wäre nämlich möglich, daß es sich um eine Einwirkung der Bacterienproducte auf das Nervensystem handelt. Wie dem auch sei, liegt in der Thatsache der günstigen Beeinflussung der Psychosen durch acute fieberhafte Processe eine Aufforderung, den Vorgang der Natur künstlich nachzuahmen. Nachdem v. W. die bisher vorliegenden Bestrebungen nach dieser Richtung hin erörtert hat, geht er auf seine eigenen, im Verein mit seinem Assistenten Dr. BÖCK unternommenen Versuche auf diesem Gebiete über.

Diesem Zwecke diente KOCH's Tuberculin. Zum Versuche wurden Fälle ausgewählt, welche unter dem Bilde der acuten, heilbaren Psychosen erkrankt waren, und bei welchen man wegen der langen Dauer und wegen gewisser Erscheinungen im Krankheitsbilde annehmen mußte, daß sie im Begriffe seien, den Charakter der sogenannten secundären Geistesstörungen anzunehmen, deren Prognose somit etwas ungünstiger geworden war. Es wurde darauf gesehen, daß die Temperatur 39° nie überschritt, was durch sorgfältige Dosirung leicht vermieden wurde. Auf diese Weise wurden in einer Anzahl von Fällen sehr günstige Resultate, ja in 3 Fällen sogar vollständige Heilung erzielt, nachdem die Psychose in 2 Fällen durch 2 Jahre und in einem Falle 3 Jahre gedauert hatte. Schon nach der ersten Injection, welche mit fieberhafter Reaction einherging, stellte sich eine auffallende Besserung ein, die allerdings wieder zurückging, um mit der Fortsetzung der Behandlung permanent zu werden. Dieser allmäligen Besserung entsprach eine allmälige Zunahme des Körpergewichtes, welche in einigen Fällen innerhalb 6—8 Wochen 12—15 Kgrm. betrug. Dieses Factum allein spricht schon für die Ungefährlichkeit des Verfahrens, wie überhaupt in keinem einzigen Falle eine Verschlimmerung der Psychose beobachtet wurde. Die Zunahme des Körpergewichtes fand sich übrigens auch in Fällen, in welchen die Psychose selbst keine Besserung erfuhr.

Nach diesen günstigen Erfahrungen mit dem Tuberculin wäre es nicht ausgeschlossen, daß andere Bacterienproteïne noch besser oder in Fällen wirken könnten, in welchen das Tuberculin unwirksam ist. BÖCK hat daher mit Pyocyaneus-Culturen Versuche angestellt, die aber bisher noch kein abschließendes Urtheil gestatten.

ALBERT erwähnt im Anschlusse an diesen Vortrag der seinerzeit von ihm bei MEYNERT gemachten Transfusionen bei Melancholikern, welche ausnahmslos einen entschieden günstigen Einfluß auf den psychischen Zustand der Kranken ausübten. Jede Transfusion war in typischer Weise von Fieber gefolgt. A. macht auch auf das bei Autotransfusion auftretende Fieber aufmerksam, welches vielleicht im Sinne des Vortr. verwerthet werden könnte.

GÄRTNER erinnert an das seinerzeit von ihm vorgeführte Experiment, welches die eminente lymphagoge Wirkung der Bacterienproteïne bewies. Diese Thatsache könne eventuell zur Erklärung der günstigen Wirkung der Bacterienproducte auf Psychosen herangezogen werden. Bs.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Wissenschaftliche Versammlung vom 18. Februar 1895.

ENGLISCH: Ueber tuberculöse Erkrankungen des Zellgewebes in der Umgebung der Vorsteherdrüse und Blase.

Die Tuberculose der Harnorgane tritt entweder primär auf, d. h. bei Individuen, die weder hereditär, noch individuell tuberculös belastet sind, — die seltenere Form, oder bei belasteten Individuen, — die ungleich häufigere Form. Die tuberculöse Degeneration kann entweder die Schleimhaut oder die drüsigen Organe des Harnapparates oder endlich das umgebende Zellgewebe der letzteren betreffen. Letztere macht ENGLISCH zum Gegenstand seiner Besprechung, indem er die tuberculösen Erkrankungen in der Umgebung der Pars membranacea, der Prostata, der Vesiculae seminales und der Blase von einander sondert.

Die Tuberculose in der Umgebung der Pars membranacea geht in der Regel von der Schleimhaut aus und führt, die Umgebung ergreifend, zur tuberculösen Periurethritis. Die Erkrankung beginnt mit einem spärlichen Ausfluß aus der Urethra, welcher oft lange ohne weitere Symptome bestehen kann, bis es zu einer Störung der Harnentleerung kommt. Dieser Ausfluß wird oft genug für infectiös gehalten, was bezüglich der Behandlung nicht gleichgiltig ist. Die Untersuchung ergibt ein Undeutlichwerden und eine Verbreiterung der Pars membranacea bei sehr geringer Druckempfindlichkeit. Allmälig kommt es zur Bildung einer Geschwulst von mehr rundlicher Form, zu Erweichungsherden und zur Absceßbildung. Der Durchbruch erfolgt in der Regel gegen die Urethra, worauf sich ein dauernder Eiterabfluß von wechselnder Intensität einstellt. Die

Erkrankung der Pars membranacea und ihrer Umgebung betrifft in der Regel jugendliche Individuen und demgemäß kommen auch hier die meisten Heilungen vor.

Beim tuberculösen Proceß in der Umgebung der Prostata findet man eine bis an die Seitenwände des Beckens hin reichende Infiltration, mit welcher in der Regel auch eine Infiltration der Basis der Vesiculae seminales verbunden ist. Der Sulcus prostaticus und die Prostata in ihrem inneren Antheile sind so lange deutlich zu tasten, als nicht Zerfall eingetreten ist. Bei Zerfall und Absceßbildung erfolgt der Durchbruch in der Regel in das Rectum, seltener in die Urethra; doch können sich auch am vorderen Rande des Afters Fistelöffnungen bilden.

Die Infiltration in der Umgebung der Vesiculae seminales kommt bei älteren Individuen sehr häufig vor, und zwar betrifft hier die tuberculöse Degeneration in der Regel entzündliche Producte in der Umgebung der Samenbläschen. Man findet die Affection daher sehr häufig bei Individuen, welche, tuberculös belastet, eine Blennorrhoe überstanden haben. Bei der Untersuchung findet man einseitig oder beiderseitig eine der Configuration der Samenbläschen entsprechende Geschwulst, welche am besten durch die bimanuelle Untersuchung nachgewiesen wird. Dieselbe ist zum Unterschiede von den Infiltrationen in der Gegend der Pars membranacea und der Prostata entschieden druckempfindlich. Der Zerfall tritt bei dieser Form sehr spät ein und nur äußerst selten kommt es zu einer Peritonitis. Der Proceß schreitet vielmehr nach unten hin fort und es kommt in der Regel zum Durchbruch in die Pars prostatica, gelegentlich auch in das Rectum oder gegen das Perineum hin.

Die Infiltrationen des Zellgewebes in der Umgebung der Blase selbst sind äußerst selten und ENGLISCH hat nur zwei derartige Fälle beobachtet. Sie boten hauptsächlich Harnstörungen und von Seiten des Rectums Compressions- und Entzündungserscheinungen dar.

Diesen langsam verlaufenden Formen stehen die Fälle mit sehr raschem Verlaufe gegenüber. Sie betreffen meist ältere, tuberculös belastete Individuen, bei welchen eine nach Blennorrhoe zurückgebliebene entzündliche Infiltration angenommen werden kann. Die Kranken kommen gewöhnlich mit ausgebreiteten Infiltrationen in der Umgebung der Prostata zur Beobachtung. Der Proceß wird in der Regel durch heftige Fieberattaquen eingeleitet. In kurzer Zeit kommt es zur Bildung großer Abscesse, welche sich meist spontan entleeren, worauf das Fieber nicht sistirt, sondern bis an's Ende anhält. Der Urin wird rasch jauchig, es kommt zu einer Phlegmone des Cavum Retzii und zur Peritonitis, unter deren Erscheinungen der Tod eintritt.

Diese Fälle sind nicht häufig, aber von prognostischer Wichtigkeit. Es liegt nahe, sie ätiologisch als durch eine Verallgemeinerung der Tuberculose auf dem Wege der Blutbahn bedingt anzusehen.

Die Behandlung aller dieser Fälle erfordert in erster Linie ein antidyskrasisches Vorgehen, in zweiter Linie die Bekämpfung des örtlichen Leidens. In langsam verlaufenden Fällen empfiehlt sich zunächst die Anwendung der Kälte, welche später durch erweichende Mittel in Form von Umschlägen, Bädern etc. ersetzt wird. Die instrumentelle Behandlung muß in diesen Fällen auf das Allernothwendigste eingeschränkt werden. Wenn sich ein Absceß entwickelt hat, der gegen das Rectum durchzubrechen droht, so empfiehlt es sich, den spontanen Durchbruch abzuwarten, da die Erfahrung gelehrt hat, daß dann die Heilung viel rascher erfolgt, als nach dem Gebrauch des Messers. Wenn hingegen die Perforation gegen eine andere Höhle (Blase, Bauchhöhle) droht, so ist so rasch als möglich einzuschneiden. Das Hauptgewicht der Therapie ist aber in allen diesen Fällen auf die Allgemeinbehandlung zu legen. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 13. Februar 1895.

Vorsitzender: Dr. TELEKY.

Doc. Dr. KÖNIGSTEIN: Ein Fall von Gumma der Orbita.

Frau A. J. stellte sich vor 5 Wochen wegen Schlechtsehens vor. Die Adspection ergab: Links ziemlich bedeutenden Exophthalmus, keinerlei äußere entzündliche Erscheinung und entsprechend der Supraorbitalregion eine starke Schwellung. Die functionelle, sowie ophthalmoskopische Untersuchung zeigte, daß das Sehvermögen auf dem linken Auge stark herabgesetzt war, daß der Bulbus nicht nach allen Richtungen gleich gut bewegt werden konnte, daß Doppelbilder bestanden und ausgesprägte Stauungserscheinungen constatirt werden konnten. Bei der Palpation fand man eine kleinapfelgroße Geschwulst im Stirnbein, die sich elastisch, weich, fluctuirend anfühlte und über den Orbitalrand auf die obere Augenhöhlenwand erstreckte, so daß der scharfe Rand nicht getastet werden konnte und dem Finger das Eindringen zwischen Bulbus und Augenhöhlenwand verwehrt wurde. Auch hier am Orbitalrande fühlte sich die Geschwulst elastisch, weich, fluctuirend an. — Gleichzeitig bemerkte man auf der rechten Seite des Unterkiefers, in der Nähe des Gelenkes, eine viel größere Geschwulst, die dieselben Charaktere zeigte und außerdem bestand Schmerzhaftigkeit und Schwellung am linken Knie, so daß die Kranke nicht gut gehen konnte.

Die Anamnese ergab, daß Pat. an beiden chirurgischen Kliniken hier seit mehreren Jahren des Oefteren in Behandlung war, daß die Geschwulst in der Kiefergegend mehrmals operativ (Excochleatio) angegangen worden war, und daß noch früher in der Schlüsselbeingegend eine Geschwulst eröffnet oder ausgelöffelt wurde, daß eine Contractur im Knie bestanden, die durch Streckung behoben worden und daß im Januar verflossenen Jahres eine Kiefersperre nur durch längeres Tragen von Mundkeilen beseitigt werden konnte.

Durch die Freundlichkeit eines an der Klinik GUSSENBAUER beschäftigten Collegen konnte K. genauer in die Krankengeschichte Einsicht nehmen und erfuhr aus derselben, daß die Pat. im Januar 1894 mit Periostitis chronica geführt wurde.

Bei der ersten Vorstellung der Kranken (vor 5 Wochen) lag wegen der Multiplicität der Geschwülste und dem anscheinend gleichen Charakter derselben die Diagnose Osteosarcom sehr nahe, umsomehr, als die Pat. jede luetische Erkrankung energisch abwehrte. Das relativ gute Aussehen der Kranken ließ aber bei der langen Dauer den Gedanken an ein malignes Neugebilde nicht aufkommen und drängte trotz der negativen Anamnese zur Diagnose einer gummösen Erkrankung und wurde auch Jodkali in größeren Dosen verordnet. Fast sofort stellte sich der Erfolg ein, denn nach 5 Tagen bereits äußerte sich die Pat., daß die Schmerzen im Knie geringer seien, das Sehen sich bessere und daß die Geschwülste sich verkleinern. Heute, nachdem etwa 80 Grm. Jodkali gebraucht wurden, ist die Geschwulst am Stirnbein verschwunden, der Orbitalrand zu fühlen, wenngleich noch etwas verdickt (der Finger kann über den Bulbus in die Orbita dringen), der Exophthalmus kaum mehr vorhanden, die Doppelbilder nicht existent, das Sehvermögen normal, von Stauungserscheinungen im Augenhintergrunde, resp. der Neuritis nichts zu sehen. Aber auch die Geschwulst am Kiefer ist bedeutend zurückgegangen (mehr als um die Hälfte), die Schwellung am Knie und die Schmerzen daselbst absolut geschwunden, das ganze Aussehen gebessert.

Wenn man hier post hoc ergo propter hoc die Diagnose stellen darf, so scheint die Vermuthung, daß hier Lues vorhanden, bestätigt, die verschiedenen Geschwülste demnach als Gummen aufzufassen seien. Der Fall ist jedoch nicht allein hiedurch interessant, sondern auch aus dem Grunde, weil luetische Erkrankung der Orbita ein relativ seltenes Vorkommniß ist.

Dr. C. ULLMANN: Ein Fall von Icterus im Frühstadium der Syphilis.

Der vorgestellte 19jährige Mann hatte im September v. J. eine syphilitische Initialsclerose am Präputium acquirirt mit den gewöhnlichen Folgeerscheinungen, Leisten- und sonstigen Drüsen

anschwellungen, Angina specifica und einem maculösen Exanthem. Gleichzeitig mit letzterem hatten sich bei dem Pat. ohne die mindesten subjectiven Beschwerden von Seiten des Magen-Darmtractus die Erscheinungen eines Icterus catarrhalis eingestellt.

Unter einer milden specifischen Behandlung per os (Pillen von Protojoduretum Hydrargyri) gingen die manifesten luetischen Erscheinungen zurück, nicht aber der Icterus, der trotz Zufuhr von Alkalien und entsprechender Diät heute nach wie vor weiter besteht. Im dunkelgelben Urin wurde mehrmals reichlich Gallenfarbstoff nachgewiesen.

Eiweiß wurde niemals constatirt. Stühle waren von Anfang der Beobachtung bis heute noch stets mehr weniger acholisch. Der objective Befund ergibt heute von specifischen Erscheinungen nur mehr leichte universelle Drüsenschwellungen, insbesondere der Leisten-, Ellbogenbeugen- und Nackendrüsen, sowie einen geringen Grad von Angina specifica. Die Leber überragt den Rückenbogen um mehr als 2 Querfingerbreite. Die Ränder der Leber sind deutlich palpabel, glatt, die Lebergegend auf Druck nicht empfindlich.

Das gleichzeitige Auftreten des Icterus mit dem Ausbruch des syphilitischen Exanthems weist unbedingt auf eine gemeinsame Grundursache. Es ist naheliegend, wenn auch unbewiesen, daß diese in der syphilitischen Infection zu suchen ist.

Redner hat im Verlaufe der letzten 8 Jahre, insbesondere aber als Assistent an der Abtheilung des Prof. LANG und v. HEBRA zahlreiche derartige Krankheitsfälle genauer zu beobachten Gelegenheit gehabt, wo jedesmal die Gelbsucht gleichzeitig mit dem ersten Exanthem oder einem frühen Recidiv einsetzte.

Nach eingehender Erörterung der ganzen vorliegenden Literatur bemerkt Vortr., daß im vorgestellten Falle jede Betheiligung der Niere und trotz der vorhandenen Leberschwellung jede sichere Handhabe zur Entscheidung der Frage fehle, ob es sich hier um einen rein hepatogenen oder hämatogenen oder syphilotoxischen Icterus handle.

Die bisher durchgeführte milde antiluetische Therapie genügte wohl, um die manifesten Syphiliserscheinungen zum Verschwinden zu bringen, der Icterus aber hat sich, wie deutlich zu sehen ist, bis heute erhalten. Der Vortr. gedenkt nun, bei dem Pat. eine energische Schmiercur vorzunehmen, um so vielleicht ex juvantibus die syphilitische Natur des Icterus durch rasches Schwinden desselben noch nachträglich zu erweisen. Bleibt derselbe trotz der Schmiercur noch längere Zeit bestehen, so würde die Annahme einer rein hepatogenen Form, etwa im Sinne GUBLER's, oder einer rein zufälligen Complication viel an Wahrscheinlichkeit gewinnen. Leider sind derartige Fälle, namentlich ohne Sectionsergebnisse, trotz sorgfältigen Untersuchung des Urins und des Blutes vorderhand nicht mit Sicherheit entscheidbar.

Discussion.

Doc. Dr. Pick bemerkt, daß Icterus bei Syphilis wiederholt beobachtet wurde. In solchen Fällen muß man zuerst daran denken, ob der Icterus nicht zufällig neben der Lues besteht. Es kann sich aber auch um einen durch das syphilitische Virus hervorgerufenen Icterus handeln; diese Fälle nehmen einen sehr raschen günstigen Verlauf. Dagegen gibt es Formen, bei denen der Icterus sehr lange dauert; dann scheint es sich um eine interstitielle Hepatitis luetischer Natur zu handeln. Redner erwähnt einen solchen Fall, den BIERMER beschrieben hatte.

Dr. Ullmann bemerkt, daß die vom Vorredner zuletzt erwähnte Form von Leberaffection wiederholt beobachtet wurde. Es handelt sich dabei um eine granuläre Hepatitis, was aber für den vorgestellten Fall nicht zutrifft.

Dr. ULLMANN: Fall von Dermatitis papillaris capillitii.

An der Haut des Nackens bis in die Mitte des rasirten Hinterhauptes findet sich bei dem vorgestellten 50jährigen sonst stets gesunden Manne ein über handtellergroßes, blauroth verfärbtes, der Consistenz nach derbes, stellenweise warzig höckeriges und von zahlreichen Eiterpusteln bedecktes Hautinfiltrat, in dessen Umgebung sich zahlreiche, linsen- bis kreuzergroße, mehr hellrothe, frischere Hautinfiltrate finden. Angeblich bestand eine ähnliche Hautaffection an derselben Stelle vor ungefähr 30 Jahren, die unbehandelt blieb und dann entweder spontan zurückging oder stationär blieb. Seit circa $1^1/_2$ Jahren Zunahme der Beschwerden.

Es ist deutlich zu sehen und zu fühlen, daß das große Hautinfiltrat sämmtliche Schichten der Cutis befallen und selbst das subcutane Zellgewebe ergriffen hat und durch Confluenz kleinerer Infiltrate entstanden ist. Diese Infiltrate entstehen, wie an der Peripherie heute noch zu sehen, durch entzündliche Infiltration der Haarfollikel.

Der Proceß schreitet sodann per contiguitatem fort. Die Hartnäckigkeit des Leidens sowie sein regelmäßiger Standort an der Nackenhaargrenze haben von jeher das Interesse der Aerzte für dieses an sich seltene Leiden wachgehalten, ohne daß es bis heute gelungen wäre, das Wesen der Erkrankung, insbesondere ätiologisch klarzustellen.

KAPOSI hat vor 25 Jahren das Leiden als etwas Specifisches erkannt und beschrieben. ALIBERT hatte es als Pianruboid (eine Art der Framboesie), RAYER als Sykosis (vera) capillitii, HEBRA sen. als Sykosis framboesiformis bezeichnet. Neuerdings haben sich PELLIZARI, DUBREUILH und MIBELLI mit der Histologie dieser Affection befaßt. Alle stimmen darin überein, daß es sich hier nicht um eine keloide Acne, sondern um eine in der Cutis sitzende Neubildung sui generis handle, die, von den Haartaschen und Follikeln ausgehend, in der reticulären Schicht des Derma gelegen ist. Die fibröse, nur durch wenig Rundzellen durchsetzte Bindegewebsformation bringt durch Druck die meisten Haarfollikel zur Verödung und bewirkt so Atrophie der Haare und Talgdrüsen, so daß die befallenen Hautstellen durch ihre Derbheit und Kahlheit in ihren Endstadien eben wie keloide Knoten imponiren. Der Unterschied von letzteren ist, abgesehen von der fortwährenden Pustelbildung, auch durch die Hypertrophie und Gefäßneubildung im Papillarkörper gegeben, die hier vorhanden, beim echten und Narbenkeloid stets fehlen. Einige vorgewiesene Photogramme von Pat., die in Beobachtung des Vortr. stehen, zeigen einerseits den Beginn in Form einer sklerosirenden Folliculitis, andererseits die keloiden Endformen.

Die Aetiologie dieser Affection, deren Lieblingssitz die Nackenhaargrenze ist, daher auch der Name Nackenkeloid (PELLIZARI), ist noch völlig unbekannt. Der Vortr., seit 2 Jahren mit dem Studium und der bacteriologischen Untersuchung dieser Fälle beschäftigt, wird nach Abschluß seiner Untersuchungen des Näheren darüber berichten.

A. BUM: Die mechanische Behandlung der Hemicranie.

Die mannigfache pathogenetische Deutung, welche der Symptomencomplex „Hemicranie" seit jeher erfahren hat — in neuester Zeit haben LIVEING und MOEBIUS die Migräne der Epilepsie an die Seite gestellt und sprechen von einem „Status hemicranicus", der auf ererbte krankhafte Veränderung der Hirnrinde zurückzuführen ist — legen die Anschauung nahe, daß wir es bei der Hemicranie nicht mit einem gleichwerthigen, d. h. stets durch die gleiche Ursache bedingten Leiden zu thun haben (ROSENBACH). In vielen Fällen ist dieselbe als Reflexneurose aufzufassen, und sind als Reizstellen die Nasenschleimhaut, die Zahnpulpa etc. bekannt.

Nicht allzu selten scheint, wie zuerst HENSCHEN, ferner ROSENBACH und NORSTRÖM gefunden haben, ein der Hemicranie adäquater, zumeist halbseitig oder doch auf einer Seite besonders heftig auftretender Kopfschmerz bei gleichzeitigem Bestehen deutlich nachweisbarer Indurationen der Kopfschwarte sowie einzelner Gesichts und Halsmuskeln aufzutreten, die zweifellos rheumatischen Ursprungs sind. Diese rheumatischen Muskelschwielen sind von den Nervenschmerzpunkten durch die Palpation und die durchaus abweichende Localisation wohl zu trennen. Das Vorkommen derselben wird von MOEBIUS geleugnet und die Erfolge der mechanischen Behandlung als Suggestion erklärt.

Der Vortr. bekämpft diese Aeußerung MOEBIUS' und verweist auf die Resultate der Massagebehandlung von 17 Fällen myogener Hemicranie, bei welchen die Muskelindurationen deutlich gefühlt und durch mechanische Behandlung zur Resorption gebracht worden sind.

Von diesen Fällen betrafen 11 Männer und 6 Frauen im Alter von 19—48 Jahren. Acht Fälle, die Redner noch derzeit, nach Jahren, zu sehen Gelegenheit hat, sind nach 5—12wöchentlicher Behandlung anfallsfrei geblieben; 4 Fälle hat er, nachdem sie von der 4.—6. Woche an keine Anfälle mehr hatten, aus den

Augen verloren; in einem Falle war nach 9 Monaten Recidive aufgetreten; 4 Fälle haben sich der Behandlung vorzeitig entzogen.

Nach Mittheilung einschlägiger Casuistik geht Vortr. zur Besprechung der Technik der mechanischen Behandlung über, die er vorwiegend manuell — Frictionen und Vibrationen der Muskelinfiltrate — übt. In mehreren Fällen wurde als Ersatz der ermüdeten Hand der LIEDBECK'sche Vibrator angewendet, den Redner mit Handbetrieb und in der von ihm angegebenen zweckentsprechenden Modification — mit Fußbetrieb — demonstrirt.

(Die ausführliche Publication wird in dieser Wochenschrift erfolgen.)

Discussion.

Dr. Herz glaubt, daß durch die Vibrationen die ganze Hemisphäre und nicht ein localisirter Theil angegriffen wird.

Dr. Bum entgegnet, die Wirkung der Vibrationen könne sehr gut dosirt und localisirt werden. Im Uebrigen werden Erschütterungen des Kopfes überhaupt angenehm empfunden und wurden in jüngster Zeit auch von französischen Autoren bei allen Formen der Cephalalgie empfohlen.

Dr. H. Weiß bemerkt, daß der Vortr. über die sog. „Nahtalgien", die auch als Hemicranien aufgestellt werden, nichts erwähnt hat. Gerade bei den Nahtalgien findet man empfindliche Stellen. Die Myalgien stellen den kleinsten Bruchtheil der Hemicranien dar. Redner erinnert nun an seine Behandlung der Hemicranie durch Compression der Aorta. Er erwähnt ferner, daß man gewöhnliche Neuralgien als Hemicranien bezeichnet hat. Ob man gerade die rheumatischen Affectionen der Galea als Hemicranien auffassen soll, hält er für sehr fraglich. Bei diesen kann übrigens die mechanische Therapie einen Erfolg haben. Redner erinnert an die Behandlung der Hemicranie durch die statische Elektricität und die faradische Hand, welche in vielen Fällen sehr erfolgreich ist. Schließlich verlangt er vom Vortr. die Angabe der Verhältnißzahl der Hemicranien zu den Myalgien.

Dr. Hatschek betont, daß die schwedischen Aerzte schon seit langer Zeit die Vibrationen des Kopfes bei der Behandlung der Hemicranie benützen.

Dr. Bum bemerkt, daß er heute lediglich über die Behandlung einer ganz bestimmten Gruppe von Cephalalgien gesprochen habe, und daß er deshalb den Ausführungen des Herrn Dr. WEISS, als sein Thema nicht berührend, nicht folgen könne.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 6. Februar 1895.

A. BAGINSKY: Fall von BARLOW'scher Krankheit.

Bei dem vorgestelltem Kinde besteht eine starke Schwellung und hohe Schmerzhaftigkeit der unteren Extremitäten, außerdem eine Anschwellung des Zahnfleisches. In allen derartigen Fällen handelt es sich um hämorrhagische Ergüsse subperiostaler Natur, keineswegs aber um Rachitis, wie man früher allgemein annahm. Gerade Kinder aus den besseren Schichten der Bevölkerung werden vorzugsweise von dieser Affection befallen. Redner selbst hat die Erkrankung zumeist bei Kindern beobachtet, bei denen allerhand Kunststücke mit neuen Ernährungspräparaten vorgenommen wurden.

A. ROSENBERG: Geheilte Kehlkopfphthise.

Im Jahre 1887 constatirte Redner an dem vorgestellten 27jährigen Lehrer ausgedehnte Ulcerationen an beiden Stimm- und Taschenbändern, sowie an der hinteren Larynxwand. In dem Secret dieser Geschwüre ließen sich deutlich Tuberkelbacillen nachweisen. Patient wurde mit 10—20% igem Mentholöl, sowie mit Mentholinhalationen behandelt und in Folge dieser Behandlung trat im Laufe des Sommers vollständige Heilung ein. Die Heilung hat seitdem, d. h. seit 8 Jahren, angehalten, trotzdem Patient nur in dürftigen Verhältnissen gelebt und seine Stimme in seinem Berufe nicht geschont hat. Bei der jetzigen Untersuchung sieht man nur noch die narbigen Defecte an den früher ergriffenen Stellen.

MAX WOLFF empfiehlt zum Nachweis der LÖFFLER-schen Diphtheriebacillen anstatt der New-Yorker Blutserumanwendung einfach mit einem sterilisirten Glasstäbchen ein wenig von dem Secrete des Mundes oder der Nase zu entnehmen und in ein sterilisirtes, mit Watte verschliessbares Reagensglas zu bringen. Von hier aus kann man ganz beliebig nach Stunden oder Tagen Culturversuche anstellen.

W. MANASSE: Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

Auf Grund früherer anatomisch-pathologischer Untersuchungen sowie seiner klinischen Erfahrungen bei der Prostatahypertrophie konnte Redner constatiren, daß der bei Füllung der Blase nach unten bis zum unteren Rande der Symphyse tretende Fundus vesicae nach Füllung des Rectums durch einen Mastdarmtampon nicht nur eine einfache Verschiebung nach oben erfährt, sondern auch eine stark nach vorn abfallende Lage einnimmt und daß ferner die Volumveränderungen des Rectums eine Veränderung der Länge und Krümmung der Pars fixa urethrae bedingt. Diese Hebung und Veränderung des unteren Blasensegmentes hat Redner bei der Behandlung der Prostata in der Weise verwerthet, daß er einen weichen Mastdarmtampon in Form eines dünnen Gummiballons construirte, der ohne Schaden längere Zeit von dem Patienten getragen werden kann und im Stande ist, die gefürchtete Senkung des hinteren unteren Blasensegmentes, die häufige Ursache des schlimmen Ausganges der Prostatahypertrophie, auszugleichen.

Die Vorzüge des sehr einfachen Instruments bestehen darin, daß zunächst der in gehöriger Stärke eingeführte, ein Entweichen der Flatus ermöglichende Mastdarmtampon eine völlige Entleerung der Blase auch vom Residualharn ermöglicht. Der größte Vorzug aber besteht darin, daß durch den beständigen elastischen Druck auf die Prostata die erweiterten Venen vor Ueberfüllung geschützt werden. Endlich aber verhindert der öfters und längere Zeit eingeführte Tampon eine Distension der Blase auf mechanische Weise.

An der Discussion betheiligen sich GÜTERBOCK, GOLDSCHMIDT und KUTTNER, welche die Zweckmäßigkeit der Methode bezweifeln, während MANASSE betont, daß gegenüber den bisher üblichen Methoden das Neue seines Verfahrens darin besteht, daß der von ihm construirte Tampon dem Patienten nicht schadet und den Mastdarm schont.

—r.

Notizen.

Wien, 23. Februar 1895.

(Das Sanitätswesen im böhmischen Landtage.) Aus Prag wird uns berichtet: Das Sanitätsgesetz vom 23. Februar 1888, auf welches sich die Organisation des Sanitätswesens in Böhmen gründet, hat in der verhältnißmäßig kurzen Zeit seines Bestehens vielfache Anfechtungen, zumal von Seite der autonomen Organe, als auch der Districtsärzte erfahren, so daß sich bereits im vorigen Jahre der Landtag mit dieser Frage beschäftigte und den Landesausschuß aufforderte, die Bezirksausschüsse über die mit diesem Gesetze gemachten Erfahrungen zu hören. Der vom Abgeordneten Dr. HOFMANN gestellte Antrag, auch die Aerzte in dieser für sie so wichtigen Angelegenheit zu befragen, wurde vom Landtage abgelehnt, weil man gemeint hat, die Districtsärzte seien untergeordnete Organe, welche man bei einer derartigen Einvernahme nicht zu hören brauche. Der Centralverein deutscher Aerzte in Böhmen hat nun auf eigene Faust gethan, was eigentlich Sache des Landesausschusses gewesen wäre: er hat Fragebogen an die einzelnen Districtsärzte versendet und das gewonnene reichliche und interessante Material zur Grundlage eines die Petita der deutschen Aerzte enthaltenden, dem Landesausschusse vorgelegten Promemorias gemacht. In der Landtagssitzung vom 15. d. M. hat Abgeordneter Dr. HOFMANN die von Seiten der deutschen Aerzte in Böhmen hinsichtlich der Veränderung und Besserung des Sanitätsdienstes aufgestellten Wünsche des Weiteren auseinandergesetzt. Diese sind theils von materieller, theils von moralischer Bedeutung. Zu ersteren gehört zunächst die Gehaltsfrage, welche in der Weise geregelt werden soll, daß vier Gehaltsclassen von 400—800 fl. aufgestellt werden und überdies jeder definitiv angestellte Gemeinde- oder Districtsarzt auf vier in den Gehalt einzubeziehende Quinquennalzulagen von je 50 fl. und auch auf die für die Landesbeamten normalmäßigen Ruhe- und Versorgungsgenüsse für sich und die hinterbliebenen Angehörigen Anspruch habe. Das zumeist ungenügende Reisepauschale möge von Zeit zu Zeit, etwa alle 2 Jahre, im Verhältnisse zu den districtsüblichen Fahrgelegenheitspreisen von Neuem festgesetzt werden. Ferner wünscht man die Unterscheidung jener Verrichtungen, zu welchen die Aerzte verpflichtet sind, von jenen, welche von den Parteien mittelbar entschädigt werden müssen. Von moralischer Bedeutung ist der Wunsch nach Wiederherstellung des passiven Wahl

rechtes in die Gemeinde und Bezirksvertretungen, welchem übrigens der Landesausschuß insoweit Rechnung getragen hat, als in der Vorlage bezüglich der Abänderung der Gemeindewahlordnung ein darauf bezüglicher Passus aufgenommen worden ist. Die disciplinare Unterstellung unter die autonomen Organe wird deshalb perhorrescirt, weil die Aerzte oft in die Lage kommen, Anordnungen zu treffen, welche dem Interesse des einen oder des anderen Mitgliedes der autonomen Körperschaften zuwiderlaufen. Schließlich wünscht der Verein die Berufung einer Enquête, zu welcher die Aerzte in genügender Anzahl herangezogen werden mögen.

(Ein neues Element.) Bereits auf der letzten Jahresversammlung der „British Association" machten die englischen Gelehrten Lord RAYLEIGH und Prof. RAMSAY Mittheilung davon, daß es ihnen gelungen sei, in der atmosphärischen Luft ein neues Element, das sie Argon benennen, aufzufinden; in der jüngsten Sitzung der Royal Society vom 31. Januar, über welche die „Münch. med. Woch." berichtet, vervollständigten sie ihre Mittheilungen über diesen interessanten Befund. Ausgangspunkt für die Entdeckung war die Auffindung der Thatsache, daß der atmosphärischen Luft entzogener Stickstoff und auf chemischem Wege aus Verbindungen isolirter Stickstoff eine um eine constante Größe verschiedene Dichte besitzen. Anfangs suchte man diese Erscheinung durch Annahme von Verunreinigung des atmosphärischen Stickstoffes durch leichtere Gase, beispielsweise Wasserstoff, zu erklären. Atmosphärischer Stickstoff, den man aber über glühendes Kupferoxyd leitete, behielt seine Dichte, während ein künstliches Gemenge von chemisch reinem Stickstoff und Wasserstoff, in derselben Weise behandelt, wieder die für chemisch präparirten Stickstoff gefundene Dichte ergab. Die Hypothese war also unhaltbar und wurde daher von Lord RAYLEIGH durch die neue Hypothese eines bisher übersehenen neuen Gases als Bestandtheil der atmosphärischen Luft ersetzt. Die Methoden der Darstellung dieses Gases sind zweierlei; nach der einen läßt man durch Luft, die mit Sauerstoff übersättigt ist, elektrische Funken schlagen, entfernt die gebildete salpetrige Säure durch ein Alkali und den Sauerstoffüberschuß durch alkalinisches Pyrogallat, worauf als Residuum das neue Gas Argon zurückbleibt; nach der zweiten Methode leitet man das, was man bisher für der atmosphärischen Luft entzogenen Stickstoff betrachtete, über rothglühendes Magnesium, durch das der Stickstoff absorbirt wird; es bleibt dann Argon als Residuum zurück. — Die Dichte des reinen Argons ist 20, sein Moleculargewicht 40; es löst sich mit 4 Theilen in 100 Theilen Wasser, ist also $2^1/_2$mal so löslich, als Stickstoff. Bei — 138 6° C. und 38 Atmosphären Druck wird es zu einer farblosen Flüssigkeit verdichtet; bei noch niederer Temperatur gefriert es zu einer krystallinischen Masse; es besitzt ein charakteristisches Spectrum. Sein Antheil an der atmosphärischen Luft soll zwischen $^1/_{20}$ und $^1/_{125}$ schwanken. Eine auffallende Eigenschaft des neuen Elementes ist seine chemische Indifferenz, nach welcher es auch benannt wurde (αν-ἔργον). Es sind alle möglichen Versuche angestellt worden, um Argon in chemische Verbindungen einzuführen, aber alle sind gescheitert. — Der Vortrag, der in der überfüllten Aula der Londoner Universität gehalten wurde, fand begeisterten Beifall. Sollte die Entdeckung sich bestätigen, so ist klar, daß auch der Biologie neue Fragen über die Bedeutung dieses bisher unbekannten Bestandtheiles der Luft für den Menschen entstehen würden.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) Im Laufe des nächsten Monates finden die statutenmäßigen Generalversammlungen des Collegiums und seiner Institute statt. Dienstag, 5. März, werden die Mitglieder des Unterstützungs-Institutes im Sitzungssaale des Collegiums zur diesjährigen ordentlichen Plenarsitzung zusammentreten; für Donnerstag, 14. März, ist die Generalversammlung der Witwen- und Waisensocietät in den neuen Saal der k. Akademie der Wissenschaften einberufen, und Montag, 18. März, wird in demselben Saale die Jahresversammlung des Doctoren-Collegiums abgehalten werden, welcher die Wahlen der Functionäre obliegen. Sämmtliche Versammlungen beginnen um 7 Uhr Abends.

(Personalien.) Der Sanitätsassistent Dr. LUDWIG WINTERNITZ ist zum ordinirenden Arzte im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten ernannt worden. — Dem Regimentsarzte erster Classe Dr. MAXIMILIAN WURZEL vom nicht activen Stande der Landwehr ist das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen worden. — Der k. k. Landesgerichtsarzt, Dr. KARL RUBEN, hat das Ritterkreuz I. Classe des großherzoglich Sachsen-Weimar'schen Hausordens und den k. preußischen Rothen Adler-Orden IV. Classe, der Chefarzt des Militär-Curhauses in Abbazia, Prof. J. GLAX, den letztgenannten Orden erhalten.

(Universitäts-Nachrichten.) Dem Privatdocenten an der Universität Krakau Dr. RUDOLF TRZEBICKY ist der Titel eines a. o. Professors verliehen worden. — Dr. JOHANN LOOS hat sich als Privatdocent für Kinderheilkunde an der Universität Graz habilitirt.

(Revision der Rigorosenordnung in Ungarn.) Behufs Revision der medicinischen Prüfungsordnung hat der Unterrichtsminister Dr. WLASSICS eine Conferenz einberufen, welcher folgende Fragen zur Entscheidung vorgelegt werden sollen: Soll es gefordert werden, daß von der ärztlichen Studienzeit eine gewisse Anzahl von Semestern an einer vaterländischen Universität verbracht werden müsse? Soll das Studium der naturwissenschaftlichen Gegenstände fallen gelassen werden? Inwieferne soll bei der definitiven Feststellung der Rigorosenordnung das mittlerweile erfolgte Inslebentreten der Physikats- und gerichtsärztlichen Prüfungen in Betracht gezogen werden? Sollen den Charakter von Jahresprüfungen tragende obligatorische Rigorosen eingeführt werden? Soll der Unterricht und die Prüfung auf einzelne wichtigere, in der bisherigen Rigorosenordnung nicht berücksichtigte specielle Fächer der praktischen Medicin ausgedehnt werden? Soll schließlich vor Beginn der Praxis der Ausweis einer einjährigen obligatorischen Spitalspraxis gefordert werden?

(Zur Misère im ärztlichen Stande.) Unter dieser Ueberschrift veröffentlicht die „Deutsche Tageszeitung" vom 23. Januar dieses Jahres den Brief eines Arztes, der seinen Schneider um Stundung bittet und dann fortfährt: „Am liebsten wäre es mir, wir glichen die Sache in der Weise aus, daß ich mich verpflichte, für die gelieferten Anzüge jeden der beiden Herren Compagnons in je zwei Krankheiten zu behandeln. Sollte einer von ihnen gleich bei der ersten Behandlung sterben, so würde natürlich der Ueberlebende das Recht auf freie Behandlung in einer dritten Krankheit haben. Ich bemerke dabei, daß ich als Krankheit nicht eine vorübergehende Indisposition, wie Husten, Schnupfen u. dgl. auffasse, sondern nur ein reelles Leiden, wie Lungenentzündung, Typhus, Wassersucht, Krebs etc. darunter verstehe."

(DUJARDIN-BEAUMETZ †.) Aus Paris wird uns geschrieben: Am 15. d. M. ist in Beaulieu bei Nizza der berühmte Kliniker GEORGES DUJARDIN-BEAUMETZ im 62. Lebensjahre einem Magencarcinom erlegen. Mit ihm verliert die Schule einen ausgezeichneten Interpreten der internen Medicin, dessen Vorlesungen eine ungewöhnliche Anziehungskraft auf Studirende und Aerzte ausübten, unsere Stadt einen der gesuchtesten Consiliarärzte, das Hôpital Cochin einen pflichtgetreuen Abtheilungschef. Seine Arbeiten über Alkoholvergiftung, Phosphorbehandlung, über die Erkrankungen der Verdauungsorgane etc. und die von DUJARDIN-BEAUMETZ herausgegebenen encyclopädischen Werke, zumal das „Dictionnaire de thérapeutique", sichern dem Verblichenen ein dauerndes Andenken.

(Erratum.) In dem Artikel (Nr. 7 dieses Blattes): Die therapeutische Anwendung des Ferropyrins soll es in Zeile 3 statt Ludwigshafen a. M. heißen am Rhein und Zeile 9 statt Antipyrin 24% muß es lauten: Antipyrin 64%.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Die nächste wissenschaftliche Versammlung findet am 1. April 1895 statt.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 27. Februar 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Dr. M. HERZ: Ueber sicht- und fühlbare Arterienpulsationen. Angemeldet: Dr. REINER und Prof. v. BASCH.
3. Prof. OBERSTEINER: Die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Histologie des Centralnervensystems kritisch beleuchtet.

Nr. 9. Sonntag den 3. März 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Behandlung des Blasencatarrhes.

Von **Prof. Dr. Josef Englisch**, Primararzt in Wien.

Je mehr Mittel zur Behandlung einer Krankheit angegeben werden, umso schwerer muß die Erkrankung oder umso geringer muß die Kenntniß ihrer Veranlassungen sein. Bezüglich der Blasenentzündung würde sich nach den mannigfachen Behandlungsmethoden ein sehr ungünstiges Verhältniß für unsere Kenntniß der Ursachen dieser Krankheit ergeben. Dies war auch der Grund, welcher viele Aerzte ansporute, nach der Ursache der Blasenentzündung zu forschen. Wir sehen daher in den letzten zwei Decennien eine Reihe hieher gehöriger Arbeiten erscheinen, deren Aufgabe es war, jene Mikroorganismen zu finden, welche möglicher Weise als Erreger der Erkrankung angenommen werden können. Und in der That gelangten sämmtliche Forscher dahin, zu erklären, daß Blasenentzündung nur durch Mikroorganismen bedingt ist; keine Blasenentzündung ohne Bacterien oder Coccen. Auf diese Weise wäre die Behandlung der Blasenentzündung sehr einfach, man tödte die Mikroorganismen. An Stelle der früheren symptomatischen Behandlung würde jetzt die allein richtige, die radicale, treten und daraus eine wesentliche Vereinfachung der Behandlung resultiren. Diese Consequenz wurde auch von vielen Specialisten gezogen und ein oder das andere Mittel als absolut wirksam angepriesen. Sieht man sich jedoch genauer um, so sind wir, nach eigenen Erfahrungen, noch weit entfernt von dem vorgesteckten Ziele.

Schon die einfache Betrachtung der Forschungsresultate bezüglich der Mikroorganismen ergibt ein verschiedenes Resultat.[1])

Was das Wesen der Erkrankung anlangt, so stellt Guyon als Grundbedingung für die Cystitis das Vorhandensein von Eiter im Harne mit häufigem Harndrange und Schmerz auf und unterscheidet folgende Zustände an der Blase: a) acute. 1. Bloße Injection und Hyperämie ohne Eiweiß im Harne und ohne Leukocyten, saure Reaction. Cystitis catarrhalis s. superficialis; 2. Epithelialveränderungen mit schleimig-eiterigem Sedimente, welches Epithelien, Leukocyten und einzelne Blutkörperchen und Trippelphosphate enthält; die Reaction ist alkalisch; das Eiweiß entspricht dem Sedimente (Cystitis); 3. oberflächliche oder submucöse Abscesse und Ulcerationen; b) chronische Cystitis.

Nach den einzelnen Schichten wird eine: 1. Cystitis mucosa (Schleimhaut); 2. interstitialis (Bindegewebe und Muskelhaut); 3. Pericystitis unterschieden.

Eine andere Eintheilung ist die nach den ursächlichen Momenten, z. B. Guyon: 1. Cystitis bei Blennorrhoe; 2. bei Tuberculose; 3. bei Harnsteinen; 4. bei Stricturen; 5. bei Prostatikern; 6. bei Blasentumoren; 7. bei Frauen; 8. in Folge chemischer Irritation; 9. in Folge bacterieller Infection durch den Harn. Diese Eintheilung Guyon's entspricht dem später darzulegenden Verhältnisse zu den Mikroorganismen und findet ihre Begründung in gewissen, für den Praktiker wichtigen speciellen Erscheinungen. Guyon betont ausdrücklich das Verhältniß der Constitution der erkrankten Individuen zur Entwicklung der Cystitis, denn der Krankheitsboden, den die Cystitis vorfindet und der ihre Entwicklung beeinflußt und ihr einen besonderen Charakter aufprägt, muß aus der klinischen Beobachtung beurtheilt und zur Grundlage für die Eintheilung genommen werden.[2]) Die Cystitis blennorrhagica: „Verlauf, Dauer, Ausgang hängen hier in ganz besonderer Weise von dem allgemeinen Gesundheitszustand des befallenen

[1]) Eine kurze Anführung der wichtigsten Entdeckungen möge an dieser Stelle gestattet sein. Pasteur (1860) nahm ein organisirtes Ferment als Ursache an; ebenso Tieghem. Miquel (1879) fand einen Bacillus, welcher den Harnstoff zersetzte; Jaksch (1881) das Bacterium ureae; Leube und Grasser für den Harnstoff zersetzende Bacterien, während Musculus ein lösliches Ferment gefunden zu haben glaubt (widerlegt); Flügge (1887) seinen Micrococcus ureae liquefaciens, ebenfalls den Harnstoff zersetzend; Rovsing (1890) stellte in seiner vortrefflichen Abhandlung mehrere Arten pyogener Staphylococcen und den Bacillus pyocyaneus auf, Landström zwei den Harnstoff zersetzende Coccen; Krogius (1890) seinen Urobacillus liquefaciens septicus, Hauser den Proteus, welchen auch Schnitzler (1891) annahm.

[2]) Guyon, Klinik der Krankheiten der Harnblase und Prostata, übersetzt von Mendelsohn, Berlin 1893, pag. 144.

Individuums ab." Des weiteren führt GUYON an: Die Prädispositionen sind: Tuberculose, Rheumatismus, Scrophulose, lymphatischer Habitus (pag. 147). Diabetes kann bis zum Ausbruche der Cystitis latent bleiben. Hereditäre Momente dürfen nicht vergessen werden. Zu den erworbenen Dispositionen gehören: Veränderungen der Blase durch Krankheiten, Alter, Arteriosclerose und Leiden des Centralnervensystems.

Bezüglich der ursächlichen Momente hebt THOMPSON dieselben Verhältnisse hervor.

Eine ähnliche Eintheilung stellt GÜTERBOCK [3]) auf: 1. Essentielle, rheumatische Cystitis; 2. die traumatische; 3. symptomatische: a) durch Fortpflanzung von benachbarten Theilen, b) Schädlichkeiten in der Blase selbst: Neoplasmen, Congestion, Plethora abdominalis, c) allgemeine Ursachen: Kälte, Infectionskrankheiten, Parasiten, Hyperurie, trophische Störungen vom Centralnervensystem aus; 4. auch Mikroorganismen bei bestehenden Hilfsursachen.

Mit dem Aufschwunge der Bacteriologie wurden auch die entzündlichen Processe der Blase in Betracht gezogen und eine Reihe von Arbeiten über diesen Gegenstand, wie bereits angeführt, veröffentlicht. Es liegt durchaus nicht im Sinne der vorliegenden Mittheilungen, auf die einzelnen Untersuchungen einzugehen, sondern soll nur der Einfluß der Mikroorganismen auf die Entstehung der Cystitis, soweit er dem praktischen Bedürfnisse entspricht, hervorgehoben werden.

Betrachten wir nun die einzelnen Mittheilungen, so unterscheidet ROVSING [4]) folgende Formen der Cystitis: 1. durch medicamentöse Vergiftung; 2. durch Mikroben bei bestehenden mechanischen Läsionen der Blasenschleimhaut oder Harnverhaltung durch Zersetzung des Harnstoffes in harnsaures Ammoniak, und 3. durch pyogene Mikroorganismen als Cystitis suppurativa oder durch nicht pyogene als Cystitis catarrhalis; 4. durch Tuberkelbacillen ohne Harnstoffzersetzung.

KROGIUS [5]) konnte bei Injection seines Urobacillus liquefaciens septicus in der Blase nur Cystitis erzeugen, wenn gleichzeitig die Urethra für verschieden lange Zeit unterbunden worden war.

Damit stimmen schon ältere Beobachtungen überein. PETERSEN [6]) kam durch seine Versuche zu dem Schlusse: Ligatur der Urethra erzeugt an sich keine eiterige Cystitis. Injection von faulendem Blut in die Blase ohne Ligatur der Harnröhre erzeugt nur eine Cystitis catarrhalis levis, mit Ligatur der Harnröhre aber Cystitis gravis. Desgleichen konnte DUBELT [7]) bei Injection faulen Blutes in die normale Blase nur eine Cystitis levis, in einer verletzten Blase aber nur Cystitis gravis hervorrufen. Auch DROYSEN [8]) fand, daß Harnstauung an sich keine Cystitis bewirke.

Aus seinen Versuchen mit Injectionen des Proteus vulgaris HAUSER und anderer aus entzündeten Blasen gezüchteten Mikroorganismen kommt SCHNITZLER [9]) zu dem Schlusse, daß es zur Erzeugung von Cystitis neben Einspritzung der Bacterien in die Blase nicht immer nöthig ist, zugleich eine mechanische Verletzung der Blase oder eine Harnverhaltung (GUYON, ROVSING) anzunehmen, sondern, daß unter gewissen Umständen (Raschheit der Vermehrung in der Blase und Erzeugung ihrer schädlichen Producte) die Einführung der Bacterien allein Blasenentzündung hervorrufen kann. Jedoch folgt eine heftigere Blasenentzündung, wenn die Harnröhre gleichzeitig umwickelt ist.

Von besonderer Wichtigkeit für unsere Betrachtungen sind die Erfahrungen GUYON's, indem sie neben den von CLADO, ALBARRAN u. s. w. ausgeführten experimentellen Untersuchungen und Thierexperimenten, auch die reichlichen klinischen Erfahrungen am Menschen enthalten. GUYON hebt besonders hervor, „der Krankheitsboden, den die Cystitis vorfindet und der ihre Entwicklung beeinflußt und seinen besonderen Charakter aufprägt, muß aus der klinischen Beobachtung beurtheilt und zur Grundlage für die Eintheilung gemacht werden" (wie bereits oben angegeben). Die Ursachen zerfallen:

1. In disponirende, und zwar:
   a) als ererbte;
   b) als erworbene: Alterationen der Blase in Folge von Krankheiten.
   Altersveränderungen, Arteriosclerose, trophische Störungen bei Gehirn- und Rückenmarksleiden.
   Läsionen der Umgebung als Krankheiten der Genitalorgane bei Frauen, bei Hämorrhoiden, Affection der Nieren, Erkältung.
2. Gelegenheitsursachen. Die disponirenden Ursachen geben nur dann Veranlassung zur Blasenentzündung, wenn sich zu ihnen Störungen der Harnentleerung gesellen.

Aus diesem Grunde leugnet GUYON eine primäre oder essentielle Entzündung der Blase (l. c. pag. 231 u. s. w.). Die Erfahrung lehrt, daß Neubildungen, Lithiasis, Fremdkörper in der Blase von nur geringem Einflusse sind, so lange sie nicht mit Störungen der Harnentleerung verbunden sind; dagegen, sobald sich erschwertes Harnlassen oder eine Harnverhaltung einstellt, sind sie von großem Einflusse auf die Entstehung des Blasencatarrhes. So lange die Alteration oder Zersetzung des in der Blase zurückgehaltenen Harnes nicht mit Congestion oder Circulationsstörungen der Blase verbunden ist, entsteht keine Blasenentzündung, wohl aber mit der letzteren, die sich durch häufigen Harndrang, besonders Nachts, Schmerz bei der Harnentleerung kennzeichnen, und zwar ist die Blasenentzündung rascher und heftiger, je vollständiger die Harnverhaltung ist, während im Gegentheile sich die Krankheit nur langsam entwickelt. Die Krankheiten, welche mit erschwertem Harnlassen oder Harnverhaltung verbunden sind (disponirende Ursachen) wirken umso stärker, je normaler die Blase ist. Darum bei musculöser Blase in Folge erhöhter Thätigkeit rasch eine acute Blasenentzündung, während bei erschlaffter Blase andere Momente hinzutreten müssen, als: zu rasche Entleerung der Blase oder Einführen von Mikroorganismen in die Blase. Das Einführen der Mikroorganismen kann aber nur dann eine dauernde Wirkung ausüben, wenn andere Läsionen der Blase schon vorher bestehen, denen auch immer für das Zustandekommen der Cystitis trotz der Einführung von Bacterien der vorwiegende Einfluß zugesprochen werden muß. Unter normalen Verhältnissen machen die in die Blase eingebrachten Bacterien nicht viel. Wohl dürfen die Regeln der Antisepsis niemals vernachlässigt werden; aber die Mikrobe allein macht auch die Cystitis nicht. „Also nur die individuelle Prädisposition, als eine ererbte oder eine erworbene, kann als die eigentliche Ursache der Cystitis betrachtet werden; besonders in den Vordergrund treten hiebei die Alterationen der Blase (s. oben). Gesellen sich zu diesen Veränderungen functionelle Störungen, so ist die Entzündung der Blase da. Dieselbe wird desto intensiver sein und länger andauern, je ausgesprochener geworden die jedesmaligen Dispositionen sind."

Die Heftigkeit der Blasenentzündung hängt nicht allein von dem Grade der Disposition ab, sondern auch die Weiterverbreitung nach oben, d. h. nach der Niere.

Neben der angegebenen Bedingung zur Entstehung der Blasenentzündung müssen wir noch die nach Vergiftungen, z. B. Canthariden u. dgl., sowie die Tuberculose anführen. Nach eigener Erfahrung wäre noch die Cystitis nach Beschäftigung mit Säuren, besonders Salzsäure, hinzuzufügen.

Wie aus dem Angeführten hervorgeht, sind es zunächst alle jene Erkrankungen, welche mit Störungen der Harn-

[3]) GÜTERBOCK, Krankheiten der Harnblase, 1891.
[4]) ROVSING, Die Blasenentzündungen, ihre Aetiologie, Pathogenese und Behandlung, Berlin, Hirschman, 1890.
[5]) KROGIUS, Festschrift der Universität Helsingfors 1890.
[6]) PETERSEN, Experimentelle Studien zur Pathogenese und Therapie der Cystitis. Inaug.-Diss. Dorpat 1874.
[7]) DUBELT, Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 1876, Bd. 5.
[8]) DROYSEN, Zur Aetiologie des Blasencatarrhes, Inaug.-Dissert. Berlin 1883.
[9]) SCHNITZLER, Zur Aetiologie der Cystitis, Wien 1892.

entleerung verbunden sind, welche zur Disposition für die Blasenentzündung führen. Ein Vergleich mit den Ursachen, welche zum traumatischen Harnfieber disponiren und welche vom Verf. an anderer Stelle des Ausführlichen mitgetheilt wurden[10]), ergibt, daß sich dieselben vollkommen decken. Beiden gemeinsam ist, daß die Erkrankung mit Störungen der Harnentleerung, als: häufigem Harndrang, erschwertem Harnlassen, selbst bis zur Harnverhaltung, eingeleitet werden. Nach einiger Zeit stellt sich wolkiges, schleimiges und zuletzt eiteriges Sediment ein. Nach den eigenen Beobachtungen gehören hieher:

1. Organische Veränderungen der Harnorgane, besonders der Niere, sei es selbstständig oder als Begleiterscheinung anderer, besonders Infectionskrankheiten. Wir sehen nämlich nicht selten, daß eine Nephritis mit häufigem Harndrange eingeleitet wird und zur Harnverhaltung führt, worauf erst in den folgenden Tagen die übrigen Erscheinungen, besonders die von Seite des Harnes, eintreten. Nicht minder sind Störungen der Secretion der Niere Ursache des vermehrten Harndranges mit seinen Folgen, und zwar sowohl die Vermehrung, als auch Verminderung der Harnsäureausscheidung, welche letztere unter dem Sammelnamen Pyelitis zusammengefaßt werden. Von besonderer Wichtigkeit sind die Hemmnisse der Harnentleerung, welche durch Veränderungen des Lumens der Harnröhre hervorgerufen werden. Obenan stehen die Größenverhältnisse der Vorsteherdrüse. Von der Vergrößerung ist es hinlänglich bekannt, welchen Einfluß dieselbe auf die Entstehung der Blasenentzündung und des Harnfiebers hat. Nach eigenen Erfahrungen ist aber eine abnorme Kleinheit der Vorsteherdrüse für die Individuen nicht minder gefährlich, und zwar durch Klappenbildung am Blasenhalse. Da diese letzteren Veränderungen zu einer Zeit eintreten, wo die Blase noch schwach ist, so erfolgt zumeist Erweiterung und Schwäche derselben, in Folge dessen der Druck des gestauten Harnes rasch oben am Nierenbecken und Niere bemerkbar wird und lebensgefährliche Veränderungen bedingt.

2. Die Dyskrasien wirken theils durch Veränderungen in den Nieren, theils in den anderen Harnorganen, obenan steht die Tuberculose.

3. Als eine bekannte Thatsache muß hervorgehoben werden, daß Erkrankungen des Centralnervensystems sehr oft mit Harnbeschwerden eingeleitet werden, z. B. Tabes, wie schon Charcot nachgewiesen hat. Insbesondere sind es die Erkrankungen des Rückenmarkes. Verf. hatte Gelegenheit, dergleichen Fälle vom Auftreten des häufigen Harndranges bis zur Untersuchung des Rückenmarkes nach dem Tode zu beobachten.

4. Bezüglich des Diabetes mellitus stimmen die eigenen Erfahrungen nicht mit denen Guyon's überein, welcher Diabetes als Disposition nicht annimmt. Nach den eigenen Beobachtungen werden Individuen, welche ursprünglich an Hyperurie oder Oxalurie gelitten hatten, von Diabetes befallen und entwickelt sich in dem vorgerückten Stadium nicht selten ein Blasencatarrh.

5. Inwieferne der Alkoholgenuß störend auf die Harnentleerung, wie sie nicht selten bei Alkoholikern gefunden wird, einwirkt, ist derzeit noch nicht erklärt. Ist es der bloße Reiz des veränderten Harnes auf die Schleimhaut oder die Veränderung der Blasenmusculatur?

6. Zu den Seltenheiten als Ursache eines Blasencatarrhes mögen noch die von Verf. wiederholt beobachteten Störungen der Harnentleerung bei der Bleivergiftung und einigemale bei Arbeitern, welche mit Salzsäure oder Säuren überhaupt zu thun hatten, erwähnt werden.

Aus dem Angegebenen geht hervor, daß die Zahl der zu Erkrankungen der Blase führenden disponirenden Bedingungen eine große ist.

Nachdem es nun allgemein bekannt ist, wie schwer sich gerade die disponirenden Momente beheben lassen, so erklärt sich daraus schon, wie ungünstig sich die Vorhersage bezüglich der Heilung der Blasenentzündungen gestaltet. Die Vorhersage hängt aber nicht nur von den disponirenden Momenten, sondern auch von den organischen Veränderungen der Blase ab. Die Prognose ist daher umso ungünstiger, je mehr Schichten ergriffen sind (Cystitis mucosa, submucosa, interstitialis, Pericystitis), ebenso, je eingreifender die Veränderungen der Bestandtheile der Blase sind (Cystitis catarrhalis, suppurativa, crouposa, diphtheritica, gangraenosa).

Endlich darf gerade bei der Vorhersage der Blasenentzündung die Constitution [11]) nicht unberücksichtigt bleiben, denn je geschwächter die Kranken, oder je mehr eine Dyskrasie ausgeprägt ist, umso ungünstiger die Vorhersage. Wir sind daher nur dann in der Lage, eine vollständige Heilung vorherzusagen, wenn wir im Stande sind, die disponirende und Gelegenheitsursache zu beseitigen.

Von besonderer Wichtigkeit für die Behandlung erscheint es noch, in welcher Weise die Bacterien in die Blase gelangen. Nachdem die bei der Blasenentzündung in der Blase gefundenen Bacterien auch in der normalen Harnröhre gefunden werden, so ist es am wahrscheinlichsten, daß sie von daher in die Blase gelangen, und zwar bei nicht vollständigem Verschlusse der inneren Harnröhrenmündung direct oder durch den Katheterismus. Ferner wird angenommen, daß sie dahin gelangen durch die Niere, die Blutbahn, Arterien und Lymphbahnen, ferner durch Fortpflanzung entzündlicher Vorgänge der Umgebung auf die Blase, z. B. an den weiblichen Genitalien. Auch hier ergibt sich, wie oben, daß wir es mit einer Combination von disponirenden und Gelegenheitsursachen zu thun haben.

Von diesen beiden Gesichtspunkten (Disposition und Infection) aus muß auch die Behandlungsweise beurtheilt werden, und liegt daher der Erfolg der Behandlung zum größten Theile in der Erkennung der gegebenen ursächlichen Verhältnisse.

Aus diesen Verhältnissen ergibt sich, daß die Behandlung der Blasenentzündung keine schematische sein könne, sondern eine im höchsten Grade individualisirende sein muß. (Fortsetzung folgt.)

Beiträge zur Physiologie und Anatomie der menschlichen Nase.

Der Weg des Luftstromes in der Nase.

Von **Dr. Gottfried Scheff** in Wien.*)

M. H.! Eine von Braune und Clasen aufgestellte Hypothese über die Function der Nebenhöhlen veranlaßte mich, zur Prüfung derselben darauf hinzielende Experimente anzustellen. Diese Hypothese stellt den Satz auf, daß die Nebenhöhlen, insbesondere die Kiefer- und Stirnhöhle vermöge ihrer Größe und vermöge der Lage ihrer Einmündungsstellen in die Nasenhöhle den Riechact auf mechanischem Wege begünstige.

Beim gewöhnlichen Athmen nehme der Luftstrom durch die Nase den kürzesten Weg, welcher zwischen Nasenloch und Choanen gelegen ist und tangire kaum den todten Winkel, welchen die Regio olfactoria darstellt. Wenn aber der Mensch oder ein anderes Säugethier die Geruchswahrnehmung recht kräftig gestalten will, dann führen sie eigenthümliche Inspirationsbewegungen aus, welche man Schnüffeln oder Schnuppern nennt.

Bei diesen Schnüffel- oder Schnupperbewegungen werden die Nasenlöcher sichtlich verengt, weil durch die rasch er-

[10]) Englisch, Der Katheterismus. Wiener Klinik 1887, April-Mai und Jahresbericht der k. k. Krankenanstalten Wiens für das Jahr 1892, und „Wiener allgem. med. Ztg.“ 1894.

[11]) Englisch, Ueber tuberculöse Periurethritis, „Wiener med. Jahrbücher“ 1883 — der Katheterismus „Wiener Klinik“ 1887 — über chronische Harnverhaltung; „Wiener allgem. med. Ztg.“ 1889.

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Laryngologie der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

folgende Reaction der Inspirationsmuskeln (Zwerchfell etc.) ein beträchtlicher negativer Druck im ganzen Respirationsschlauch erzeugt wird, so daß dann der äußere Luftdruck die nachgiebigen Theile desselben, das sind die Nasenflügel, gegen die Nasenscheidewand anzudrängen versucht und so eine Stenose an der Mündung des Respirationsrohres, d. i. an den Nasenlöchern hervorruft. Durch diese Stenosirung wird ein Nachströmen der Luft in die Nasenhöhle und ein Ausgleich der Druckdifferenz verhindert, wobei es zu einer beträchtlichen Verdünnung der Luft in der Nase und gewiß auch in den Nebenhöhlen der Nase kommt.

Braune und Clasen haben in einem Falle, wo sie das eine Nasenloch mit einem Manometer verbanden, bei den Schnüffelbewegungen einen negativen Druck von 60 Mm. Quecksilber beobachtet.

Einen so hohen Werth kann aber die Druckdifferenz bei offenen Nasenlöchern niemals erreichen. Es wird nämlich durch Einfügung eines Manometers die Zuströmungsöffnung auf die Hälfte ihres Querschnittes reducirt, da ja die Luft nur durch das offene Nasenloch nachströmen kann. Da mich diese Frage eigentlich nur nebenher interessirte, so sei hier blos der Hinweis auf die Unvollkommenheit dieser Druckmessungen gegeben, welche zur Controverse führte, ob der Inspirationszug 2 Mm. Wasser oder 60 Mm. Quecksilber beträgt.

In der That entsteht durch das Schnüffeln eine Luftverdünnung in der Nase und den Nebenhöhlen. Wenn diese eigenthümliche Inspirationsbewegung sistirt, dann muß Luft in die Nebenhöhlen nachströmen. Die Richtung dieser Luftströmungen aber geht direct gegen die Regio olfactoria, auf welchem Wege größere Quantitäten der riechbaren Substanzen dem Geruchsorgane zugeführt werden. Meine Absicht, auf experimentellem Wege Aufschluß über den Werth der eben genannten Druckdifferenzen zu erhalten, konnte durch den Thierversuch verwirklicht werden. In die von der Fossa canina aus mit einem Drillbohrer eröffnete Kieferhöhle bei einem Hunde wurde eine Canüle luftdicht eingeschraubt, welche mittelst eines kurzen Schlauches mit einem Wassermanometer in Verbindung stand. Bei oberflächlichen Athemzügen des Hundes wurde kaum ein leises Zittern der Flüssigkeit im Manometer wahrgenommen, bei sehr tiefen dyspnoischen Athemzügen, wie sie morphinisirte Hunde häufig auszuführen pflegen, konnte eine Differenz gesehen werden, welche im Maximum etwa 6—8 Mm. betragen haben dürfte. Die Druckschwankungen in der Highmorshöhle wurden mit Hilfe der Marey'schen Trommel registrirt und dabei Curven von ganz analoger Form erhalten, wie sie bei graphischer Darstellung der Respiration vom Nasenloch aus erhalten werden. Kurz können also folgende Sätze aufgestellt werden:

1. Es kommen in den Nebenhöhlen der Nase bei tieferen Respirationen Druckschwankungen vor, welche den Schwankungen in der Nase parallel gehen.

2. Bei sehr tiefen Respirationen beträgt die Größe dieser Schwankungen nur einige Millimeter Wasser und bleibt hinter den von Braune und Clasen von bis 60 Mm. Quecksilber = 780 Mm. Wasser um ein sehr Beträchtliches zurück.

Es erscheint demnach die von Braune und Clasen angenommene Function der Nebenhöhlen, derzufolge ein Einfluß auf das Dirigiren der Luft gegen die Regio olfactoria genommen werde, weit überschätzt.

Ein von mir darauf hin angestellter Versuch an einem möglichst frischen menschlichen Leichenkopfe, an welchem die von außen angebohrten Nebenhöhlen (Stirn- und Highmorshöhle) einer Seite mit heißem Wachs völlig ausgegossen wurden, die Mündungen dieser Höhlen aber vorerst mit einem Wattetampon von der Höhle aus verlegt waren, zeigte bei Einleitung künstlicher Inspiration, wie ich sie später zu besprechen Gelegenheit nehmen werde, daß die einseitige Obliterirung nicht den geringsten Einfluß auf die Richtung des Luftstromes ausgeübt hat, daß dieser vielmehr in der Nasenhälfte mit offenen Nebenhöhlen denselben Weg nimmt, wie in der Nasenhälfte mit verstopften Nebenhöhlen. Die von Braune und Clasen aufgestellte Hypothese über die Function der Nebenhöhlen fand demnach nicht ihre Bestätigung.

Die Versuche veranlaßten mich, neuerdings Prüfungen anzustellen, welchen Weg eigentlich der Luftstrom und speciell der Inspirationsstrom in der Nasenhöhle einschlägt? Wegen knapp bemessener Zeit kann die Literatur dieses Gegenstandes von mir hier nicht erschöpft werden. Kurz sei hier nur angeführt, daß bis vor nicht langer Zeit die von Bidder gemachten Angaben hierüber allgemein angenommen und gelehrt wurden.

B. Fränkl läßt den Luftstrom durch den unteren Nasengang in die eigentlichen Respirationsorgane gelangen. Aehnliche Anschauungen finden sich in den Lehrbüchern der Anatomie und Physiologie niedergelegt. Auch Braune und Clasen sind der Ansicht, daß beim ruhigen Athmen der Luftstrom vorzüglich durch die untersten Abschnitte der Nasenhöhle hindurchstreicht. Diese Lehre hat auch die Eintheilung der Nasenhöhle in eine Reg. olfactoria und Reg. respirat. bedingt. H. Meyer muthet der mittleren Muschel in Gemeinschaft mit dem Septum einen Einfluß zu, durch welchen der Weg nach oben hin, gegen die Riechspalte versperrt und der Luftstrom nach dem unteren Nasengang dirigirt werde.

Aehnlich läßt auch Fick den Luftstrom durch den unteren Nasengang in den Pharynx gelangen. Auch Zuckerkandl legt der während der Respiration eingezogenen Luft das Bestreben bei, unter der Riechspalte vorbei gegen die Choanen zu entweichen.

Der Erste, welcher die Frage: „Welchen Weg nimmt der Luftstrom in der Nasenhöhle?" auf experimentellem Wege zu lösen versuchte, war Paulsen. Von der Art und Weise, wie die Experimente angestellt wurden, soll hier nicht weiter gesprochen werden; anderwärts mehr hievon. Hier will ich nur die Ergebnisse dieser Experimente citiren.

Die erste, von ihm selbst als mangelhaft erkannte Methode ergab: „Die Luft dringt durch die horizontal gestellte Ebene des Nasenloches in verticaler Richtung in die Nase ein, wird dann einestheils durch den nach hinten wirkenden Zug, andererntheils durch den schiefgestellten Nasenrücken in der Hauptmasse am Septum entlang nach dem unteren Theile der Choane hingeleitet."

Die von Paulsen modificirte zweite Methode ergab zum Unterschiede von der ersten, daß der Luftstrom mehr an der äußeren Wand streiche und daß er bis an's Nasendach heranreiche. Nach Paulsen hat R. Kayser als Resultat seiner Experimente den Satz aufgestellt: „Die Luft strömt während der Inspiration in der normalen Nase so, daß sie hauptsächlich über der unteren Muschel an der Scheidewand entlang bogenförmig nach oben bis nach dem Nasendach zieht." Nach ihm habe die Stellung der Nasenöffnungen den wichtigsten Einfluß auf die Luftstromrichtung, denn die untere Peripherie der äußeren Nasenöffnung stehe höher als der Nasenboden, eine Thatsache, welche schon von Schwalbe und Zuckerkandl erkannt wurde und neuerdings von mir durch das hier zu zeigende Ausgußpräparat constatirt erscheint. Dadurch will Kayser auch die Erscheinung erklären, daß selbst bei gerader Richtung des Luftstromes der untere Nasengang nicht passirt würde. Wie die Luftströmung wesentlich nach oben gerichtet ist, so findet auch selbst bei ruhigem Athmen Geruchswahrnehmung statt und es hat die Eintheilung der Nasenhöhle in Regio respiratoria und Regio olfactoria nur eine anatomische, aber keine physiologische Berechtigung.

Pathologische Veränderungen in der Nase liefern den Beweis, daß hauptsächlich der mittlere Nasengang der Weg für den Luftstrom sei, weil bei Verlegung dieses, zum Unterschiede vom unteren Nasengang, Athmungshemmung eintritt.

Gustav Franke, der Letzte, welcher sich mit der Untersuchung unseres Gegenstandes befaßte, hatte im Großen und Ganzen Resultate, welche mit denen der eben genannten Beobachter ziemlich übereinstimmen.

In den Nebenhöhlen fand er einen **negativen Druck** bei der Exspiration. Nach Versuchen an seinen Modellen soll das schnelle Vorbeistreichen eines Luftzuges über die Oeffnungen der Nebenhöhlen ein besonders günstiges Moment für den Luftwechsel in diesen Höhlen abgeben nach dem Principe des SIEGLE'schen Dampfzerstäubers.

(Schluß folgt.)

Ein neuer Apparat
zur
Constatirung einseitiger hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit
und zur Entlarvung von Simulanten.

Von **Dr. Marcell Lauterbach** in Annaberg.

Nicht selten finden wir hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit bei Individuen mit normalem oder fast unverändertem Trommelfell. In der Regel geben uns dann Versuche mit der Stimmgabel über den Sitz der Krankheit Aufschluß. Die Angaben der Patienten sind aber in gerichtlichen und militärärztlichen Fällen oft unglaubwürdig, und es tritt an den Militär- und Gerichtsarzt die Frage heran, ob und wie man sich in Fällen mit angeblich hochgradiger Schwerhörigkeit und normalem oder wenig verändertem Trommelfell in der That überzeugen kann, inwieferne den Angaben des Patienten Glauben zu schenken sei.

Diese Frage ist von hervorragenden Fachmännern in eingehenderer Weise gewürdigt worden und es sind verschiedene Apparate und Versuche angegeben worden, welche Simulanten entlarven sollen. Ich kann und will mich nicht über den Werth aller oder nur eines großen Theiles dieser Versuche aussprechen, aber über den Werth zweier Versuche muthe ich mir ein Urtheil zu, weil ich sie wiederholt von Militärärzten vornehmen sah und ich sie dennoch als höchst unzuverlässig ansehe.

Es ist dies der Versuch, bei welchem gleichzeitig in beide Ohren gesprochen wird, und der Versuch, das gesunde Ohr durch Fingerdruck auf den Antitragus zeitweise vom Gehöracte auszuschalten. Was den ersten dieser Versuche betrifft, müssen dabei zwei Aerzte fungiren, und es ist bekannt, daß es bei langer Uebung in der Regel gelingt, den Gehöract einer Seite willkürlich auszuschließen. Ich selbst überzeugte mich davon an einem 27jährigen Drechsler J. N., der diese Kunst im Militärspitale erlernt haben soll, während er dort wegen eines Augenleidens in Behandlung stand.

Der Werth des zweiten Versuches ist womöglich noch unzuverlässiger. Ich darf die Behauptung aufstellen, daß es fast nie gelingt, selbst durch gewaltsamen Fingerdruck auf den Antitragus, den äußeren Gehörgang dieser Seite so vollkommen abzuschließen, daß das Ohr keine Eindrücke percipirt. Bei vielen meiner Collegen und mir wenigstens ist dies trotz größter Mühe nicht gelungen. Es kommt noch dazu der Umstand, daß, wenn ein Militärarzt diesen Versuch mit einem angeblich Schwerhörigen vornimmt, der Druck auf das gesunde Ohr kein auffälliger sein darf, sonst orientirt sich der Simulant viel früher darüber, was er zu hören hat, als der Arzt, was er von den Angaben des Untersuchten zu halten hat, weshalb diese Probe schon von vielen hervorragenden Specialisten als werthlos angesehen, merkwürdigerweise aber mit Vorliebe in den Militärspitälern geübt wird.

Ich habe nun unter Leitung des Assistenten der Ohrenklinik des k. k. allgem. Krankenhauses in Wien, Dr. DANIEL KAUFMANN, einen Apparat construiren lassen, der sich wegen seiner Einfachheit zur Diagnose einseitiger hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit eignen dürfte, wie ich mich hievon in der erwähnten Klinik an mehreren Versuchen überzeugen konnte. Sowohl Dr. KAUFMANN, der die Liebenswürdigkeit hatte, mich mit dem Apparat an der Klinik Versuche vornehmen zu lassen, als auch viele andere Collegen, welche anwesend waren, konnten sich die Ueberzeugung verschaffen, daß ich mittelst dieses Apparates in kurzer Zeit in den meisten Fällen den Simulanten entdeckte.

Der Apparat selbst, dessen Abbildung ich hier beifüge (Fig. 1), besteht aus einer gebogenen Hartgummiröhre, die um den Kopf zu beiden Ohren des Patienten geht und dort mit kleinen Hartgummitellern endigt, die aus- und eingeschraubt werden können, dem jeweiligen Ohrenabstande entsprechend. In der Entfernung von 6 Cm. von den Ohrtellern sind beiderseits Hähne angebracht, welche, wenn sie parallel zur Röhre stehen, das ganze Rohr offen halten. Wenn ein Hahn vertical gestellt

Fig. 1.

Fig. 2 a.

Fig. 2 b.

wird, sperrt er einen Theil der Röhre von der Schallleitung aus, so zwar, daß der am Hahne angebrachte Stift stets die offene Seite der Röhre anzeigt. Jeder der Hähne ist mit einem langen Kautschukschlauch verbunden, an dessen Ende sich ein Schallfänger, wie er bei Höhrrohren vorhanden ist, befindet. In der Mitte des Rohres ist eine Pelotte angebracht, die der Convexität des Hinterhauptes entspricht. Zwei starke Bänder, deren jedes zur Stirne hinzieht, und welche dort mittelst einer Spange schließen, halten den Apparat am Kopfe fest.

Außerdem bildet noch ein kleiner Klopfer (Fig. 2 a u. b) einen Theil dieses Apparates. Dieser Klopfer kann auf jeden der Schallfänger aufgesetzt werden und verursacht im Innern

des Schallfängers ein Klopfen auf Wunsch des Experimentators. Der Klopfer besteht im Wesentlichen aus einem Nickelhebel, der auf Fingerberührung auf einen angebrachten Nickeldraht niederfällt und so ein Klopfen verursacht.

Zum Versuche wird nun der Apparat am Kopfe des Patienten in angegebener Weise befestigt, der Experimentator steht hinter dem Untersuchten und kann nun in folgender Weise vorgehen: Er kann beide Hähne offen lassen und durch das Hörrohr, welches dem angeblich schwerhörigen Ohre näher liegt, sprechen. Manche Simulanten geben dabei an, daß sie nicht hören, obwohl sie mit dem gesunden Ohre hören müssen, und lassen sich leicht entlarven. Ferner kann der Experimentator das gesunde Ohr durch eine senkrechte Drehung des in der Nähe desselben Ohres befindlichen Hahnes vom Gehöracte ausschließen und dabei durch das Hörrohr, welches näher dem normalen Ohre angebracht ist, in das angeblich schwerhörige sprechen. Auch dieser Versuch ist geeignet, den Simulanten in die Falle zu locken, der voraussetzt, daß, weil der Experimentator in der Nähe des gesunden Ohres spricht, er das Gesprochene hören und nachsagen muß. Für noch routinirtere Simulanten bedient man sich des Klopfers, der dem Hörrohre der angeblich afficirten Seite aufgesetzt wird, während beide Hähne nur für die entsprechenden Ohren, d. h. der rechte für das rechte Ohr und der linke für das linke Ohr offen bleiben und dem Hörrohre der gesunden Seite gleichzeitig eine Taschenuhr nahe gehalten wird. Man verursacht nun durch leichten Fingerdruck einen Lärm mit dem Klopfapparat, der sich nur dem angeblich sehr schwerhörigen oder tauben Ohre mittheilt, während sich der Gang der Taschenuhr, der sehr unbedeutend im Vergleiche zu dem mit dem Klopfer verursachten Lärm ist, nur dem normalen Ohre mittheilt. Ist nun der Patient wirklich sehr schwerhörig oder taub, gibt er an, den Uhrgang mit dem normalen Ohre gehört zu haben, während Simulanten zumeist gar keine Angaben machen oder angeben, ein starkes Klopfen gehört zu haben.

Man kann sich auch des Apparates zum gleichzeitigen Sprechen in beide Ohren, und durch geeignete Drehung der Hähne zum Sprechen in's angeblich afficirte bei Ausschluß des normalen Ohres bedienen, wobei der Uebelstand wegfällt, daß der Untersuchte falsche Angaben dadurch macht, daß der normale Gehörgang nicht exact geschlossen blieb, was schon allein eine Würdigung des Apparates verdient. — Es soll noch ein Experiment nicht unerwähnt bleiben, das sich mit dem Apparate ausführen läßt und sich in manchen Fällen als geeignet zur Entlarvung der Simulanten erweisen dürfte. Man kann versuchen, bei beiderseits gesperrten Hähnen neben dem Hörrohre des normalen Ohres zu flüstern, so daß der Untersuchte es ohne Hörrohr hören muß. Bei wiederholten negativen Angaben wäre auch dieser Versuch als Entlarvungsversuch anzusprechen.

Ich erlaube mir noch zum Schlusse auf die immense Wichtigkeit der rechtzeitigen Diagnose von Schwerhörigkeit oder Taubheit bei der Schuljugend hinzuweisen, die v. Reichard in Riga und Nager in Luzern zur Vornahme von Gehörprüfungen in den Schulen veranlaßte. Wer Gelegenheit hatte, sich mit der Sache nur einigermaßen zu beschäftigen, weiß, wie viele Kinder mit schlechten Fortgangszeugnissen schwerhörig sind, und es dauert oft lange, bis der Lehrer oder die Eltern zufällig bei einem Kinde Schwerhörigkeit constatiren.

Der oben beschriebene Apparat dürfte sich auch zur Vornahme von Gehörprüfungen an neu eintretenden Schülern in öffentlichen Schulen seiner Einfachheit und Zweckmäßigkeit halber empfehlen.

Referate und literarische Anzeigen.

E. Mendel (Berlin): Drei Fälle von geheiltem Myxödem.
Palleske (Neustadt i. M.): Heilung eines operativ entstandenen Myxödems durch Fütterung mit Schafsschilddrüse.

Wir haben an dieser Stelle schon des öfteren über die glänzenden Resultate der Schilddrüsentherapie bei Myxödem berichtet. Einen weiteren Beitrag zu diesem Thema liefert M. („D. med. Woch.", 1895, Nr. 7), indem er über drei durch die Schilddrüsenbehandlung geheilte Fälle von Myxödem berichtet. Die Fälle an sich stellen Typen der genannten Krankheit dar, ohne in ihrem Symptomenbild etwas Besonderes aufzuweisen. Auffallend war nur die Neigung zu Blutungen (Menorrhagien, Ohr- und Mundblutungen), welche im zweiten und dritten Falle die Krankheit einleiteten. Von Interesse war ferner die geringe Menge des abgesonderten Harnstoffes im ersten und zweiten Falle. Was nun den therapeutischen Erfolg betrifft, so war der heilende Einfluß der Schilddrüsenpräparate in allen drei Fällen in die Augen springend. Am wenigsten markant zeigte er sich nach den Injectionen von Schilddrüsensaft, überraschend sowohl nach dem Eingeben roher Schilddrüse, wie der Thyreoideatabletten.[1] Die rapide Abnahme des Gewichtes (7·5, 9·75 und 8·5 Kgrm.), die Wirkung auf die Diurese und speciell die Zunahme des Harnstoffgehaltes des Urins traten in den ersten Wochen der Behandlung auf; wenige Monate nach der Darreichung der Präparate erschien die Heilung als eine vollständige. Unangenehme Nebenwirkungen wurden bei innerlichem Gebrauch der Schilddrüse niemals beobachtet. Diese Art der Darreichung erscheint auch für die Zukunft als die einzig empfehlenswerthe. Nach White's Vorschrift wurden von den Tabletten, deren jede 0·3 Grm. Schilddrüsensubstanz des Schafes enthält, anfangs 2, dann 4 Stück täglich gegeben.

Von besonderem Interesse ist die Mittheilung P.'s (ibd.), weil sie einen operativ durch Strumectomie entstandenen Fall von Myxödem betrifft, welcher, nach eingetretener voller Ausbildung der Myxödemsymptome, mit der Schilddrüse vom Thier behandelt und geheilt wurde, somit ein Fall, welcher bezüglich der auf das Wesen des Myxödems zu ziehenden Schlüsse einem Experimente völlig gleichkommt.

Der Fall betrifft eine 18jährige Pat., bei welcher im 13. Lebensjahre nach Unterbindung der Gefäße ein Schilddrüsentumor exstirpirt worden war. Wenige Tage nach überstandener Operation habe sich bei der Pat. ein bisher unbekanntes schweres Leiden zu entwickeln begonnen. Als P. die Pat. im Jahre 1893 nach etwa 3½jährigem Bestehen der Folgen der Strumectomie sah, bot sie die gesammten, stets nachweisbaren Symptome des Myxödems in ganz besonderer Ausbildung und Schwere. Am 27. October 1893 wurde mit der täglichen Darreichung einer rohen Schilddrüse vom Hammel begonnen. Am 7. August 1894 konnte Pat. die vollkommene Heilung des Myxödems constatiren. Pat. war seit Beginn der specifischen Behandlung um 5 Cm. gewachsen, das Körpergewicht, das während der Krankheit 40 Kgrm. betrug und während der Behandlung auf 31 Kgrm. zurückgegangen war, hatte sich auf 37 Kgrm. gehoben. Nichts erinnerte mehr an die überstandene schwere Krankheit.

Dieser Fall scheint P. eine Stütze für jene Theorie der Schilddrüsenfunction zu sein, welche annimmt, daß in der Schilddrüse ein für den Organismus ganz unerläßlich nothwendiger Stoff bereitet wird. Hiefür spricht das sofortige Eintreten von Myxödem nach Exstirpation der Schilddrüse, und ferner der schnelle Eintritt der Wirkung der Schilddrüse. Bereits 6 Stunden nach dem erstmaligen Einnehmen ließ sich die erste bestimmte Veränderung verspüren, und zwar Zunahme der Diurese, ein Symptom, das sich auch später regelmäßig einstellte und welche Vermehrung auch bei gesunden Individuen beobachtet wurde. Nicht ohne Wichtigkeit ist schließlich die Beobachtung P.'s, daß seine Pat. auf Kalbsdrüse wenig oder gar nicht reagirte. Bs.

[1] S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 15.

O. KÜSTNER (Breslau): **Alexander's Operation.**

K. hat die ALQUIÉ ALEXANDER'sche Operation, der er anfangs skeptisch gegenüberstand, in 30 Fällen von Retroversio-flexio uteri ausgeführt und hiebei ausgezeichnete Resultate erzielt. Wichtig für das Gelingen der Operation ist, daß die Retroflexion eine absolut frei bewegliche ist.

Das von K. im „Ctbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 7 beschriebene Operationsverfahren ist folgendes: Vor der Operation wird der Uterus reponirt, darauf zuerst links ein 6—8 Cm. langer Schnitt in der Richtung des Lig Pouparti oder eine Spur darüber vom Tuberculum pubis beginnend gemacht. Liegt die Fascia superficialis völlig frei, so erkennt man an dem herausquellenden Fetttränbchen den äußeren Leistenring; von ihm aus spaltet ein Scheerenschlag den ganzen Leistencanal. Der Inhalt desselben wird mit einer KÖBERLÉ'schen Klemmpincette gefaßt und das Lig. rotundum isolirt. Ist das etwa $^1/_2$—$^3/_4$ Cm. breite Band isolirt, dann wird es mit den Fingern hervorgezogen, bis der Processus vaginalis peritonei bequem sichtbar wird; durch diesen wird die erste fixirende Catgutnaht geführt, welche zugleich durch die Fascia superficialis geht. Gewöhnlich wird noch eine zweite ebenfalls durch diesen Kegel des Peritonealfortsatzes gelegt, die übrigen 2—3 Nähte liegen im freien Theil des Ligamentes und vernähen dasselbe auf Fascie und Weichtheile bis an den äußeren Winkel der Hautwunde. Der übrige, d. h. nicht durch Suturen fixirte Theil des Lig. rotundum wird amputirt. Schluß der Wunde durch Etagennähte. Wenn die Gefahr todter Räume besteht, so wird eine Compressionsnaht angelegt, d. h. es werden über der Nahtlinie noch zwei ihr parallel gehende Hautfalten zusammengenäht. Diese Naht macht jede Drainage überflüssig und garantirt die prima intentio in der Tiefe fast absolut. Dieselbe Operation wird dann auf der anderen Seite vorgenommen. Verband, kein Pessar, 8—10 Tage Bettruhe, Entlassung oft schon nach 14 Tagen.

In allen Fällen, auch in einem, in welchem die Operation nur auf einer Seite glückte, gelang es, den Uterus in ausgezeichneter Anteversio-flexio-Stellung zu erhalten. Dies gilt sowohl bei leerer, wie bei gefüllter Harnblase. Die Lage ist der normalen weit ähnlicher, als die durch irgend welche vaginale oder ventrale Fixation erzwungene. s—s.

A. MARTIN: Ueber Kraurosis vulvae.

Ueber drei weitere Beobachtungen von Kraurosis berichtend, knüpft M. an dieselben Bemerkungen über diese bisher noch wenig beobachtete Erkrankung, welche BREISKY als eine Form der Hautatrophie am Pudendum muliebre beschrieben, die eine Schrumpfung in den oberen Cutisschichten bedeute und zu Vestibularstenose führe.

Gegenüber den Anschauungen von WEBSTER, SAENGER, ZWEIFEL betont M. (VOLKMANN'S Sammlung, Nr. 102) auf Grund der von ORTHMANN an M.'s Präparaten ausgeführten Untersuchungen, daß bei Kraurosis der diese Krankheit charakterisirende Schwund der Gewebe Alles einbegreift, was überhaupt von Gebilden sich hier findet, die Drüsen, die Gefäße, die Nerven. Die Aetiologie der Kraurosis ist bisher nicht ergründet, bacteriologische Untersuchungen sind negativ geblieben, Syphilis nicht erwiesen.

An das Greisenalter ist die Krankheit nicht gebunden. BREISKY'S Fälle betrafen meist Schwangere. Jucken ist als Symptom nicht constant. Weit mehr tritt das Gefühl des Spannens hervor, das schon bei jeder Bewegung, aber auch beim Pressen zur Entleerung von Blase oder Darm, namentlich aber bei Coitusversuchen bis zum heftigsten Schmerz sich steigert. Sobald Schrunden und Fissuren hinzukommen, finden sich andauernde Schmerzen, welche das Allgemeinbefinden tief irritiren.

Der makroskopische Befund wird am häufigsten durch den Schwund der Nymphen, dann durch die Abflachung und das Erblassen der großen Schamlippen gekennzeichnet. Die Betheiligung der Glans und des Präputiums der Clitoris gehört nur den vorgerückten Stadien an, häufiger breitet sich die krankhafte Schrumpfung über die hintere Commissur aus. Eine Niveaudifferenz tritt kaum zu Tage. Nur ab und zu kommt es zu Epithelabschilferung. Das kraurotische Gebiet stellt sich der Betastung nur unerheblich derber, als die Umgebung dar.

Die Prognose kann nicht als ungünstig bezeichnet werden. In leichten Formen bei jugendlichen Personen vermag schon eine entsprechende medicamentöse Behandlung der Schrumpfung Einhalt zu thun. In hartnäckigen vorgeschrittenen Fällen ergibt die operative Therapie (Excision) anscheinend sichere Heilung. C. BRAUS.

F. REICHE (Hamburg): **Mischinfectionen bei Diphtherie.**

Zu einer Zeit, da, wie jetzt, das Wort Mischinfection kaum in einer der zahlreichen Diphtheriedebatten vermißt wird, gewinnen die Untersuchungen R.'s aus dem Secirsaale des Neuen Allg. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf („Centralbl. f. inn. Med.", 1895, Nr. 3) doppelte Bedeutung. Dieselben bezogen sich auf 32 Sectionen von Diphtherieleichen, deren Nieren auf ihren Gehalt an lebenden, wachsthumsfähigen Mikroorganismen geprüft wurden. Klinisch war die Diagnose in allen Fällen durch den Befund der LÖFFLER'schen Bacillen sichergestellt, welche niemals allein, sondern stets neben anderen Coccen- und Bacterienarten gefunden wurden. Die Untersuchung mittelst des Culturverfahrens und an gehärteten Nierenschnitten ergab neben dem gelegentlichen Befund von Diphtheriebacillen in den Nieren in 64·3% der Fälle Strepto- und Staphylococcen, in 45·2% Streptococcen allein in den Ausscheidungsorganen, so daß diese mithin sicher im Körper circulirt hatten. Von besonderem Interesse ist die Thatsache, daß bereits bei einem am zweiten Krankheitstage gestorbenen Kinde sich Streptococcen in den Nieren fanden, und daß eine Reihe positiver Befunde bei Todesfällen am 3. und 4. Tage der Erkrankung erhoben wurde. Diese Thatsache erscheint von Werth gegenüber den Erfolgen und der Beschränkung der BEHRING'schen Heilserumtherapie der Diphtherie, die eine Entgiftung des Körpers von den durch die specifischen Krankheitserreger producirten Stoffwechselproducten anstrebt, die aber gegenüber allen secundären Infectionen machtlos erscheint. Bs.

RYDYGIER (Krakau): **Ueber Splenopexie.**

R. schlägt vor („Przegląd lekarski", 1895, Nr. 3), bei Wandermilz dieses Organ nicht zu entfernen, sondern die Milz anzunähen, welchen Vorschlag er bereits in einem Falle, über welchen er später berichten will, verwirklichte. Schnitt in der Linea alba, dann wird die Milz reponirt, um die Stelle ausfindig zu machen, wo sie angeheftet werden soll. Nachdem die Milz wieder entfernt wurde, schneidet R. das die XI., X. und IX. Rippe bedeckende Peritoneum an und bildet auf stumpfem Wege eine Tasche, in welche er nun die Milz hineinschiebt und das Lig. gastro-lienale an den Rand der Tasche annäht. Einige Nähte können sogar durch das Parenchym der Milz dringen, auch kann man vor dem Befestigen der Milz die Kapsel etwas ritzen, um eine festere Vereinigung zu erzielen. BOGDANIK.

Les maladies du Soldat. Par **A. Marvaud.** Paris 1894, Félix Alcan.

Der Verf., Professor an der Militärschule du Val-de-Grâce und Chef des Militärspitales Villemanzy zu Lyon, benennt sein umfangreiches Werk eine „ätiologische, epidemiologische, klinische und prophylaktische Studie".

Dieses Programm wird an der Hand der Sanitätsstatistik des französischen Heeres und fremder Armeen, zum Theil auch der Civilbevölkerung anregend durchgeführt und durch zahlreiche graphische Darstellungen und Tabellen illustrirt.

Das Werk gliedert sich in fünf Bücher, die wieder in Capitel eingetheilt sind.

Das erste Buch enthält allgemeine Betrachtungen über die wichtigsten Krankheiten der Soldaten und über Sanitäts-Organisation. Verf. scheidet den Effectivstand in einen „effectiv total" (Sollstand) und „effectiv présent" (Iststärke). Letzterer ist um die Verabschiedeten, Beurlaubten und die in den Spitälern Befindlichen geringer. Seit 1890 ist auch in Frankreich die dreijährige Präsenzdienstpflicht eingeführt, und bestehen Assentcommissionen (conseils de révision) und Superarbitrirungscommissionen (commissions de réforme).

In der Statistik werden nur die Kranken in den Marodenzimmern (infermeries) und Spitälern, nicht aber jene in der Dislocation berücksichtigt.

Unter den Waffengattungen figuriren auch die Sträflinge (pénitenciers), die Zwangsarbeitshäuser (ateliers des condamnés) und die Disciplinarcompagnien; die Sterblichkeit im Heere beträgt 11‰, in der männlichen Civilbevölkerung gleichen Alters 8‰. Verf. beklagt, daß im französischen Heere längere Beurlaubungen und temporäre Entlassungen nicht stattfinden.

Sehr lehrreich sind die pag. 81 und 82 verzeichneten Verluste in den Kriegen der europäischen Heere. Die Franzosen hatten 1859 in Italien, die Deutschen 1870—71 ungleich größere Verluste durch feindliche Waffen, wie durch Krankheiten, im Gegensatze zum Krimkriege 1853—55 und dem russisch-türkischen Kriege 1877. Die pathogenetischen Einflüsse der Kriege und das classische Citat von KELSCH sind auf pag. 86 nachzulesen.

Das zweite Buch behandelt die Infectionskrankheiten. Erschöpfend sind die Darstellungen des Ileotyphus, der Tuberculose, des Sumpffiebers, der Dysenterie; der pathogenetischen Einflüsse in Algier und Tunis; der Combination des Typhus mit Malaria und Dysenterie.

Bezüglich der Tuberculose ergaben die Forschungen des Verf. 4‰ Abgang im französischen Heere, und zwar 3‰ durch Entlassungen, 1‰ durch Todesfälle, wobei die chirurgischen Tuberculosen nicht inbegriffen sind. Die jährliche Sterblichkeit an Phthisis betrug $^1/_6$—$^1/_5$ der Gesammtmortalität.

Die mit zahreichen Krankengeschichten belegten Schilderungen der verschiedenen Formen von Intermittenten und Remittenten entbehren der nöthigen Präcision und Klarheit.

In der französischen Armee wird der Schutzpockenimpfung die größte Sorgfalt gewidmet, es bestehen in derselben 6 Centralinstitute (centres vaccinogines), welche den animalen Impfstoff liefern. Verf. gibt eine minutiöse Beschreibung dieser Anstalten.

Bei der Wuthkrankheit wird der Entdeckung PASTEUR's mit Enthusiasmus gedacht. Seither fiel die Mortalität von 16% auf 1% (?). Die verdächtigen oder inficirten Soldaten werden nunmehr in Val-de-Grâce nach PASTEUR behandelt.

Wiewohl Verf. bei den Infectionskrankheiten auf dem bacteriologischen Standpunkte steht, die Forschungen von KOCH, LÖFFLER, KLEBS u. A. zur Grundlage nimmt, werden die Intermittensplasmodien und Influenzabacillen nicht erwähnt.

Die Geschichte der Influenza, des exanthematösen Typhus und der Cholera ist sehr lesenswerth; der Cholerätherapie von CANTANI wird nicht gedacht.

Im dritten Buche wird bei „faiblesse de constitution" die Untersuchung von Brustumfang, Körperlänge und Körpergewicht, der Lage der Herzspitze und die Prüfung der Exspirationsdauer an den Lungenspitzen eingehend besprochen (DUPONCHEL).

Das vierte Buch ist den Organerkrankungen gewidmet. Hochinteressant ist (Cap. II) die Darstellung der Ueberanstrengung des Herzens (coeur surmené) und der Wachsthums Hypertrophie des Herzens nach G. SÉE.

Das fünfte Buch bespricht Syphilis, gewisse Ernährungskrankheiten (Pellagra, Scorbut, Alkoholismus etc.), endlich Sonnenstich und Hitzschlag. —

Der Leser wird in MARVAUD's gediegenem, anziehend geschriebenem Werke, der Frucht langjähriger Studien wie reicher Erfahrungen des Verf. und anderer hervorragender französischer Militärärzte, vielfache Anregung und Belehrung finden.

Oberstabsarzt Dr. SPITZER.

Atlas der Ophthalmoskopie. Von **Dr. O. Haab**, Professor an der Universität und Director der Augenklinik in Zürich. 5 Text- und 102 farbige Abbildungen auf 64 Tafeln. München 1895, J. F. Lehmann.

Der beste und bekannteste unter den ophthalmoskopischen Atlanten ist unstreitig der JÄGER'sche; er ist aber für den praktischen Arzt zu theuer. Deshalb wird der HAAB'sche Atlas Allen willkommen sein, denn er bringt eine große Reihe farbiger Bilder, die in Zeichnung wie Farbe gut gelungen sind, und ist um einen relativ geringen Preis zu haben. HAAB hat den Grundsatz verfolgt, nützliche Bilder zu liefern, i. e. solche, welche Krankheiten abbilden, die häufig vorkommen, und sogenannte Raritäten ganz auszulassen. So finden wir die Retinitis albuminurica in ihren verschiedenen Stadien und Erscheinungsformen abgebildet, haben zahlreiche Bilder der Neuritis wie Papillitis, sowie auch der Erkrankung der Macula, aber keinen Cysticercus abgebildet, da letzterer in der Schweiz ebenso selten als bei uns gesehen wird. Man kann diesen Vorgang, praktisch wichtige Bilder in möglichst großer Zahl aufzunehmen, nur loben, denn für den praktischen Arzt hat es ja nur Curiositätsinteresse, einen Fall von Cysticercus abgebildet zu sehen; er wird wohl nie in die Gelegenheit kommen, einen zu diagnosticiren, während die verschiedenen Formen der Neuritis, der Netzhaut- und Maculaerkrankungen u. s. w. sozusagen sein tägliches Brod sind. HAAB hat diese Bilder alle gesehen und selbst gezeichnet und hat auch die Methode angegeben, wie auch ein nicht besonders geübter Zeichner in relativ kurzer Zeit mit Hilfe seines Skizzenbuches getreue Bilder aufnehmen kann. Das Buch ist sehr gut ausgestattet und kann Jedermann besonders empfohlen werden.

KÖNIGSTEIN.

Neue Arzneimittel.

IV.

Calcium boricum. CaB_4O_7.

Weißes Pulver, das sowohl von Chlorcalcium, als auch von Boraxlösungen aufgenommen wird.

AVARO ALBERTO („L'Orosi", 1894, pag. 199) empfiehlt das von ihm in die Therapie eingeführte Calciumborat äußerlich zur Behandlung von Verbrennungen, nässenden Eczemen, übelriechenden Schweißen etc. Innerlich ist das Mittel, namentlich bei Kindern, ein ausgezeichnetes Antidiarrhoicum; das Calciumborat ist nämlich gleich den anderen Boraten ein wenig stabiles Salz und wird im Darme in seine Componenten gespalten, durch deren antiseptische und anexosmotische Fähigkeiten die Wirksamkeit bei Diarrhoen bedingt zu sein scheint.

Rp. Calcii borici
Glycerini . . . . aa. 5·0
Lanolini . . . . 20·0
Balsami peruviani . . . . 1·0
M. f. ungt.
Zum Einreiben.
(Bei Eczem, Verbrennung etc.)

Rp. Calcii borici
(soviel Decigramm als das Kind Jahre zählt)
Pulv. tub. Salep. . . . . 0·2
Sacchar. alb. . . . . 0·3
M. Dent. tal. dos. Nr. X.
S. Täglich 3 Pulver.

Curarinum purissimum, frei von Curin nach Prof. BÖHM. $C_{18}H_{35}N$.

Gelbes, amorphes, sehr hygroskopisches Pulver, löslich in Wasser und Alkohol.

Das Curarin BÖHM ist der wirksame Bestandtheil des Curare, das in Folge seines wechselnden Gehaltes an wirksamer Substanz keine ausgedehntere Verwendung finden konnte. Als Körper von stets gleich bleibender Zusammensetzung gestattet das Curarin eine genaue Dosirung und ermöglicht so, die werthvollen therapeutischen Eigenschaften des Curare vollkommen auszunützen. Das Curarin wurde zuerst von TILLIE („Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol.", 1890, Bd. 27, pag. 1) eingehend pharmakologisch geprüft und die kleinste Dosis, welche bei subcutaner Anwendung am Frosch vollständige Lähmung aller willkürlichen Bewegungen bedingt, von ihm auf 0·00000028 Grm. pro 1 Grm. Körpergewicht festgesetzt. Nunmehr ist das Curarin auch beim Menschen in typischen Tetanusfällen zur Verwendung gelangt. F. A. HOFFMANN („Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte", 1894, Nr. 11) erzielte durch 3 Mgrm. Curarin entschiedenen Nachlaß der Krämpfe und subjective Beruhigung; bei Dosen von 12 Mgrm. traten eigenthümliche Zuckungen des Unterkiefers, Salivation, Andeutung von Singultus und Respirationsbeschwerden auf. Der Patient wurde als geheilt entlassen. HOCHE („Neurol. Centralblatt", 1894, Nr. 8) erreichte ebenfalls in einem

sehr schweren Falle von Tetanie durch schwächere Dosen von 0·25 bis 0·7 Mgrm. Curarin subjectiv Erleichterung und objectiv Verminderung der Intensität der Anfälle. Gänzliche Heilung trat nicht ein, da sich die Anfälle nach einiger Zeit wieder einstellten. Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt HOCHE, daß wir, bei genauerer Kenntniß der Dosirung und Applicationsweise etc., im Curarin ein werthvolles Unterstützungsmittel zur Behandlung verschiedener, mit Convulsionen einhergehender Leiden haben werden.

Zur subcutanen Darreichung empfiehlt sich folgende Formel:

Rp. Curarini purissimi Boehm . . . . . . 0·025
Aquae destillatae
Glycerini . . . . aa. 5·0
S. Zu Injectionen; bis zu einer Spritze.
(Bei Tetanus.)

Dijodoform, C_2J_4.

Schweres, gelbes, fast geruchloses Krystallpulver, unlöslich in Wasser, wenig löslich in Alkohol und Aether, leicht löslich in Chloroform, Benzin und Toluen. Schmelzpunkt: 192° C. Das Präparat spaltet am Lichte Jod ab und ist deshalb im Dunklen aufzubewahren.

Das Dijodoform wurde von MACQUENNE und TAINE („Nouv. remèdes", 1893, pag. 545) entdeckt; es enthält nächst dem Jodoform von allen bekannten Antisepticis am meisten Jod, und diesem Umstande, sowie seiner Geruchlosigkeit verdankt es auch die Einführung in die medicinische Praxis als Ersatzmittel des Jodoforms. HALLOPEAU und BRODIER („Nouv. remèdes", 1894, pag. 51) haben 12 weiche Schanker erfolgreich mit Dijodoform behandelt und empfehlen in Folge dieser sehr günstig verlaufenen Versuche das Mittel in allen Fällen, bei denen Jodoformverbände angezeigt sind. Die Erfahrungen haben später durch E. REGNAULD bei einer Anzahl chirurgischer Fälle in ihrem ganzen Umfange Bestätigung gefunden.

MAYET („Nouv. remèdes", 1894, pag. 324) empfiehlt zur Wundbehandlung, ferner bei Furunkeln, Anthrax und Verbrennungen folgende Dijodoformsalbe, welche eine treffliche antiseptische und anästhetische Wirkung ausübt:

Rp. Dijodoformii . . . . 2·5
Cocaini hydrochloric. . . . . 0·5
Acidi oleinici . . . . 2·0
Vaselini sterilisati . . . . 50·0
M. f. unguentum.
S. Aeußerlich.

Diese Salbe ist auch als örtliches, schmerzstillendes Heilmittel bei Hysteralgien, besonders neuropathischen oder solchen, welche durch Anteversion und Retroversion des Uterus verursacht werden und ferner bei Metritis cervicalis angezeigt. In derartigen Fällen führt man ein nußgroßes, feines, sterilisirtes Uterusschwämmchen, das mit der Salbe imprägnirt ist, in die Vagina ein.

Extractum Calliandrae Houstoni (Pambotano) fluid.

Bereitet aus der Rinde der mexikanischen Leguminose Calliandra Houstoni, welche in ihrem Heimatlande „Pambotano" genannt wird.

Die Pambotanorinde wurde zum ersten Male von VALUDE einer klinischen Prüfung unterzogen, über die DUJARDIN-BEAUMETZ der Académie de médecine zu Paris („Nouv. remèdes", 1890) berichtete. Hienach ist die Pambotano als ein treffliches Mittel bei Malaria anzusehen und sogar geeignet, als Ersatzmittel des Chinins zu dienen. Auch in den Händen von A. E. ROUSSEL („New-Orleans Med. and Surg. Journ.", 1891) hat sich das Mittel bei acht typischen Malariafällen gut bewährt. ROUSSEL glaubt jedoch nicht, daß Pambotano geeignet sei, das Chinin vollkommen zu ersetzen, da sein Gebrauch manchmal von Diarrhoe, Nausea und Erbrechen gefolgt ist; jedenfalls ermuntern aber die bisher gewonnenen Erfahrungen zur weiteren Anwendung des Mittels. Man gibt das Fluidextract nach folgender Formel:

Rp. Extr. Pambotano fluid. . . . . 70·0
S. Auf 4mal innerhalb 24 Stunden mit etwas Thee zu nehmen.

Das Präparat soll niemals bei vollem Magen genommen werden.

Extractum Dioscoreae villosae fluidum.

Dargestellt aus der Wurzel von Dioscorea villosa, einer Dioscoriacee Nordamerikas, die dort unter dem Namen „Wild Yam" bekannt ist.

Das Dioscoreaextract findet in Nordamerika bei Rheumatismus und biliöser Colik Anwendung. Das in ihm vorhandene wirksame Princip ist nach den Untersuchungen von W. CH. KALTEYER („Amer. Journ. Pharm.", 1888) wahrscheinlich ein saponinartiger Körper. Nach C. L. LOCHMANN (Dose and Price Labels, Philadelphia 1880) ist die Dosis 1·0—4·0 Ccm. pro dosi; bei biliöser Colik gibt man einen Theelöffel jede halbe Stunde, bis Erleichterung eintritt.

Rp. Extr. Dioscoreae fluid. . . . . 50·0
Syrup. Diacod. . . . . 80·0
S. Halbstündlich 1 Eßlöffel voll.

Feuilleton.

Das Dispensationsrecht und andere Rechte der Homöopathen.

(Schluß.)

Das oberwähnte Decret vom 9. December 1846 enthält eine Bestimmung, die sich in unseren heutigen ärztlichen Verhältnissen sehr sonderbar ausnimmt. Es wird nämlich darin verlangt, „daß bei gegründetem Verdachte eines ahndungswürdigen Benehmens eines Homöopathen nicht nur die Facultät, sondern auch immer theoretisch und praktisch ausgezeichnetere Aerzte der homöopathischen Heilmethode zu vernehmen sind".

Wir anderen praktischen Aerzte müssen selbst das Facultätsgutachten einholen lassen, falls dies nicht aus einem ihm beliebigen Grunde der Richter aus eigenem Antriebe thut, wenn Einer von uns in strafgerichtliche Untersuchung gezogen ist, aber bei den Herren von der Homöopathie sind schon bei dem allerdings gegründeten Verdachte eines ahndungswürdigen Benehmens nicht nur die Facultät, sondern auch „ausgezeichnetere" Aerzte der homöopathischen Heilmethode zu vernehmen. Abgesehen von dieser liebevollen Fürsorge einer hohen Behörde für ihre Schützlinge, ist noch der etwas ungenau präcisirte Plural „Aerzte" bemerkenswerth, ein Plural, der wohl dem angeklagten Homöopathen selbst peinlich werden dürfte, wenn er „ausgezeichnetere Aerzte" zu Hilfe rufen soll, und der deshalb sowohl von dem beschuldigten als auch dem sachverständigen Homöopathen lediglich als Pluralis majestaticus aufgefaßt werden wird und auch aufgefaßt wurde, wie folgendes lehrreiche Exempel darthut:

Irgendwo in Böhmen erkrankte Frau D. nach einer Sturzgeburt, verbunden mit Zerreißung der Nabelschnur, an Kindbettfieber, wahrscheinlich weil die betreffende Hebamme den Abgang einiger Placentarreste übersehen haben dürfte. Als am dritten Tage nach der Entbindung bei der Wöchnerin Fieber eintrat, wurde ein der Homöopathie „ergebener" Arzt, Dr. N., herbeigeholt, der Temperaturmessungen vornahm, das Abdomen percutirte, der Hebamme sagte, sie möge Vaginaleinspritzungen — die Wahl der Flüssigkeit blieb ihr überlassen — machen, und der auch noch Bryonia und Arsenik in homöopathischer Dosis ordinirte. Diese „Heilmethode" wurde 4 Wochen hindurch geübt, ohne eine einzige locale Untersuchung und ohne einen anderen localen therapeutischen Eingriff, als den der erwähnten angeordneten Ausspritzungen. Die betreffende Frau kam in stark heruntergekommenem Zustande in die Behandlung eines anderen Arztes, der die gerichtliche Anzeige erstattete. Das Gutachten der Prager Facultät lautete ungefähr folgendermaßen: Die Behandlung der Frau D. wurde nicht nach unseren gegenwärtigen Anschauungen und Normen für die Behandlung derartiger Processe eingeleitet. Es sei Pflicht jedes Arztes, sich über die Eingangspforte der Infectionskeime zu orientiren, also genau local zu untersuchen und, wenn nöthig, die localen therapeutischen Maßregeln persönlich vorzunehmen. Die homöopathische Behandlung eines Falles von Wochenbettfieber könne den Verlauf nicht beeinflussen. (Dies ist im ganzen Gutachten die einzige auf die Homöopathie bezugnehmende abfällige Meinungsäußerung.) Dr. N. habe jedoch keinen solchen Fehler begangen, aus welchem Unwissenheit am Tage lag und habe Frau D. auch nicht zum Nachtheile ihrer Gesundheit vernachlässigt; denn er habe die Krankheit erkannt, und die Facultät könne nachträglich nicht be-

stimmen, ob es zur Zeit, als Dr. N. consultirt wurde, überhaupt nicht schon zur localen Therapie zu spät war.

Gleichzeitig mit der Mutter war auch das Kind an Blennorrhoea neonatorum erkrankt und nach Zerstörung einer Cornea in die Behandlung jenes Collegen gekommen, welcher die strafgerichtliche Anzeige erstattet hatte. Bezüglich der „Heilmethode" beim Kinde stellte das Gericht Folgendes fest: Es wurde durch 4 Wochen intern homöopathisch behandelt, äußerlich wurde verordnet ein Kaffeelöffel voll Borax auf eine Tasse Flußwasser zu Umschlägen auf die erkrankten Augen. Als Dr. N. auf die Verschlimmerung aufmerksam gemacht wurde, sagte er: „Nehmen Sie mehr Borax." Das Auge des Kindes wurde nachweisbar von Dr. N. kein einziges Mal untersucht.

Die Prager Facultät sagte in ihrem Gutachten, Dr. N. habe laut Protokoll die Augenerkrankung als einen Catarrh selbst bezeichnet, also auch dafür gehalten; die Zerstörung einer Hornhaut sei aber mit der Diagnose Catarrh unvereinbar. Dr. N. habe dadurch eine verderbliche Sorglosigkeit an den Tag gelegt, daß er die Bindehaut zum Zwecke der Bespülung mit Heilflüssigkeiten nicht selbst bloßgelegt habe, ein Handgriff, den wegen der dazu erforderlichen Erfahrung und Geschicklichkeit der Arzt selbst vornehmen müsse. Boraxwaschungen seien ganz genügend für Catarrhe und auch bei der Blennorrhoe zum Entfernen des Eiters; unter den Sachverständigen herrsche aber seit Langem Uebereinstimmung, daß Touchirungen mit Lapislösungen einen guten Ausgang verbürgen, zu dieser Behandlung sei also jeder Arzt geradezu verpflichtet; er müsse sie auch selbst durchführen und täglich vornehmen. Herrn Dr. N. treffe daher ein Verschulden aus Unwissenheit und aus Mangel der gehörigen Aufmerksamkeit und des gehörigen Fleißes; er habe auch einen nachtheiligen Rath ertheilt, weil er die Anordnung approbirter Mittel unterlassen habe. Aus dieser Behandlungsweise sei höchst wahrscheinlich ein Nachtheil für die Gesundheit des Kindes erwachsen; doch könne dies weder bestimmt bejaht, noch verneint werden, weil ganz ausnahmsweise der Verlust eines Auges bei der correctesten Behandlung vorkomme und es denkbar sei, daß der vorliegende Fall ein solcher ganz besonders ungünstiger gewesen wäre.

Soweit der ganz objectiv ausgezogene Succus aus den zwei, zusammen über 17 Seiten umfassenden medicinischen Gutachten der ältesten Universität Deutschlands und Oesterreichs.

Nachdem nun der Verdacht eines ahndungswürdigen Benehmens eines Homöopathen durch zwei Facultätsgutachten genügend begründet wird, wurde das Gutachten eines „theoretisch und praktisch ausgezeichneteren Homöopathen" eingeholt.

Da im großen Königreich Böhmen kein solch „ausgezeichneterer" Arzt zu finden gewesen sein mußte und selbst die Residenzstadt Wien einen solchen nicht aufzuweisen schien, so wurde derselbe in einem Badeorte der Alpenländer entdeckt.

Daß der beschuldigte College N., sowie das untersuchende Gericht sich in der Wahl des Sachverständigen nicht geirrt hatten, bewies schon allein dessen Unterschrift auf dem Gutachten; denn unter dem Namen des Gefertigten stand zu lesen: Ritter des Ordens x und Ehrenbürger von N. Und jeder Zweifel an dieser nicht blos „theoretischen, sondern auch praktischen Auszeichnung" wurde dadurch behoben, daß die genannten Prädicate mit einem Striche unterstrichen erschienen, an dem die Tinte in nichts weniger als homöopathischer Verdünnung verwendet worden war.

Das homöopathische Gutachten lautete nun in succo:

Dr. N. habe bei der Behandlung der Frau N. gar keinen Fehler gemacht, denn Arsenik in homöopathischen Dosen intern sei ein vorzügliches Mittel bei faulendem Ausflusse des Kindbettfiebers; es gebe homöopathische Mittel, welche die Lochien günstig beeinflussen. Es sei ganz recht gewesen, daß Dr. N. die Frau D. nicht innerlich untersucht habe, denn „er hätte eine neuerliche Blutung hervorrufen können". Auch das Kind habe Dr. N. nicht vernachlässigt; Borax sei ganz angezeigt gewesen; Beweis dafür sei ein dem Gutachten beigelegtes Blatt aus dem Lehrbuche der Homöopathie von NOACK und TRICKS.

Im Uebrigen, fährt der „theoretisch und praktisch ausgezeichnetere Homöopath" fort, sei das Wort vom cito, tuto et jucunde curiren, das die Allopathen allezeit im Munde führen, eine tönende Phrase, im praktischen Leben sei sie nur Devise der Homöopathen.

Daß die Homöopathie gar nicht so sehr zu verachten sei, dafür sei Beweis genug, daß mit ihren Jüngern Kliniker vom Rufe eines SKODA, OPPOLZER, BAMBERGER, NOTHNAGEL zu Consilien gegangen seien.

Im Uebrigen sei es bekannt, daß der selige Radetzky seine Heilung dem Homöopathen Dr. V. HARTUNGEN verdankte, die Allopathen konnten alle nichts helfen. Der berühmte französische Chirurg ROUX habe statt eines Abscesses einmal ein Aneurysma incidirt und den Patienten dadurch um's Leben gebracht. Ein sehr bekannter Specialist habe durch eine Nasendouche einen Kranken mit Lupus inficirt, so daß er eines elenden Todes verstarb. Schließlich — endet der Ausgezeichnetere — sei zu ihm selbst in Nizza ein Kranker in Behandlung kommen, dem der hochberühmte GRAEFE eine Amaurosis fälschlich aufdiagnosticirt hatte; den habe er dann selbst geheilt, so daß GRAEFE seine falsche Diagnose dem Homöopathen gegenüber mit Berufsüberbürdung entschuldigen mußte. Ergo treffe Dr. N. kein Verschulden, denn ROUX, GRAEFE etc. sind ob ihrer Fehler nicht gestraft worden, sie blieben, was sie waren.

Dieses 4 Seiten umfassende „gerichtsärztliche" Gutachten, in welchem sich der sachliche Inhalt zum nichtsachlichen genau so verhält, wie es diese Zeilen reflectiren, bildet einen crassen Gegensatz zu dem durchaus objectiv gehaltenen Gutachten der Facultät und eine ungemein lebhafte Illustration des oberwähnten Hofdecretes. Vielleicht gibt diese Publication jenen verehrten Herren Collegen, welche sich die Jünger Kneipp's nennen, den Anlaß dazu, sich nach irgend einer hohen Protection umzusehen, damit auch sie gleich den Jüngern weiland HAHNEMANN's vor Facultätsgutachten sicher ihre „segensreiche Wirksamkeit" ungehindert ausüben können.

Es ließe sich dann vielleicht Folgendes decretiren: Wenn bei Anwendung der Kneipp-Methode etc. der gegründete Verdacht eines ahndungswürdigen Benehmens des Arztes entstanden ist, so ist wegen Beurtheilung des Falles nicht nur die Facultät, sondern es sind auch immer Se. Hochwürden der Pfarrer Kneipp, Wasserkünstler in Wörishofen, oder nach dessen Tode theoretisch und praktisch ausgezeichnetere Aerzte der Kneipp'schen Heilmethode zu vernehmen. In Ermangelung derartig qualificirter Aerzte sind auch am Wiener Naschmarkte als „Heilkundige" accreditirte Damen ohne Unterschied des Alters als Sachverständige beizuziehen.

Doch genug des blutigen Hohnes!

Die Rücksicht auf die Würde und das Ansehen des ärztlichen Berufes sollte durch die hier gegebene Anregung die Kammern zu einer uniformen Action gegen die oberwähnten Decrete einladen und deren Außerkraftsetzung fordern.

Wir schließen mit dem Wunsche WERNICH's, daß „die auf unbilligen und nicht mehr zutreffenden Voraussetzungen beruhende Dispensirfreiheit der homöopathischen Medicaster von Staatswegen beseitigt werde", wenn wir auch dem trefflichen Autor nicht glauben können, der versichert, daß die Homöopathie bald zu den überwundenen Standpunkten zählen dürfte.

Dr. H. KANTOR (Warnsdorf).

Kleine Mittheilungen.

— Die Giftigkeit des Glycerins für den menschlichen Organismus wurde bereits von einer Reihe von Autoren constatirt. SCHELLENBERG („Archiv f. klin. Chir.", Bd. 49, H. 2) berichtet nun über **Glycerinintoxication nach Injectionen von Jodoformglycerin,** welche auf der Klinik MIKULICZ in Breslau, wo von den Jodoformglycerininjectionen ausgedehnter Gebrauch gemacht wird, zur Beobachtung kamen. Von 30 Fällen, bei welchen Injectionen mit einer Emulsion von 10 Theilen Glycerin und 1 Theil Jodoform gemacht wurden, zeigten 8 ausgesprochene Vergiftungserscheinungen. Die Mehrzahl dieser Fälle (6) betraf Kinder im Alter von 3—7 Jahren. Das Glycerin erweist sich vor Allem als ein Gift für das Blut und führt zunächst zu Hämoglobinurie. Nach der Schwere der Erscheinungen theilt SCH. seine Fälle in drei Kategorien: 1. Leichte Ver-

giftungen, welche sich kennzeichnen durch eine Erhöhung der Temperatur, Beschleunigung des Pulses, Schmerzhaftigkeit an der Injectionsstelle. Diese Erscheinungen verschwinden in der Regel nach 24 Stunden; der Urin zeigt oft eine röthliche Färbung, ohne daß es zu Veränderung der morphologischen Bestandtheile käme. 2. Schwere Vergiftungen. Die Erhöhung der Temperatur und des Pulses erreichen beträchtliche Grade, die Hautfarbe wird livid. Der Urin erhält ein dunkles Aussehen und setzt ein reichliches, braunrothes Sediment ab. Es handelt sich um eine acute Nephritis, verursacht durch die Reizung der Nieren durch den gelösten Blutfarbstoff. 3. Tödtliche Vergiftungen. Hievon wurde 1 Fall beobachtet. Es handelte sich um einen Knaben von 4 Jahren mit einer linksseitigen Coxitis, welchem man 60—65 Grm. Jodoform-Glycerinemulsion injicirt hatte. 4 Tage nach der Operation starb das Kind in tiefem Collaps. Die Section ergab eine acute parenchymatöse Nephritis, Infarcte und fettige Degeneration der Leber. — Darnach scheint es, daß das jugendliche Alter für die Glycerinvergiftung besonders disponirt ist. Die toxische Dosis scheint bei Erwachsenen 15—27 Grm., bei Kindern 13 Grm. zu sein. Die Beschaffenheit der resorbirenden Oberfläche spielt eine Hauptrolle. Allerdings ist noch die Frage zu erwägen, ob nicht das aus dem Jodoform freigewordene und im Organismus zurückgehaltene Jod auf die Nieren einen deletären Einfluß ausübt.

— Ein gegen Metrorrhagien wirksames Mittel soll hämostatisch und antiseptisch wirken und außerdem einen modificirenden Einfluß auf die krankhafte Beschaffenheit des Endometriums und der darunter liegenden Gewebe besitzen. Ein solchen Ansprüchen nachkommendes Mittel glaubt nun Dr. LABADIE-LAGRAVE (Paris) im Antipyrin gefunden zu haben, und er empfiehlt („Revue internat. de thér. et pharm.“, 1895, Nr. 2) das **Antipyrin zur Localbehandlung der Metrorrhagien.** Da sich das Antipyrin in Substanz nicht zur intrauterinen Application eignen würde und andererseits in Lösung zu wenig wirksam wäre, dachte L. daran, das Antipyrin in geschmolzenem Zustand zu verwenden. Zu diesem Zwecke wählte er eine Mischung von Salol, welches seinen Schmelzpunkt bei 43 Grad hat und von Antipyrin mit einem Schmelzpunkte bei 110 Grad. Das Verfahren gestaltet sich folgendermaßen: Man bringt in eine Eprouvette Antipyrin und Salol zu gleichen Theilen, erhitzt über einer Alkoholflamme, wobei man binnen 2—3 Minuten eine Flüssigkeit erhält, welche man so lange weiter erhitzt, bis sie eine ausgesprochen braune Färbung zeigt. Um diese Flüssigkeit in das Uteruscavum einzuführen, bedient sich L. einer dünnen Sonde, die an ihrem Ende mit sterilisirter Watte umwickelt ist. Nachdem das Speculum eingeführt ist, wird der Wattetampon in die Mischung eingetaucht, abgekühlt und mit der Sonde, ohne Gewalt anzuwenden, in die Uterushöhle eingeführt. Es erfolgt nun eine Auspinselung des ganzen Uteruscavums, worauf der Tampon zurückgezogen und die ganze Procedur noch 2—3mal, entsprechend der Stärke der Hämorrhagie, wiederholt wird. Hierauf wird in die Vagina ein mit Creosotglycerin getränkter Tampon eingeführt und den Pat. Bettruhe empfohlen. Die Applicationsmethode ist keineswegs schmerzhaft und hat auch sonst keine Unannehmlichkeiten im Gefolge. Der unmittelbare Effect ist eine gänzliche Sistirung der Blutung, die Pat. verliert kaum einige Tropfen Blutes am selben Tage, und am folgenden Tage ist keine Spur von Blutung mehr vorhanden; selten kommt es vor, daß am nächsten Tage die Procedur wiederholt werden muß. Dieses Verfahren hat L. seit dem Jahre 1893 in vielen Fällen mit dem besten Erfolge angewendet und meist dort, wo andere Behandlungsversuche vergeblich vorausgegangen waren. L. hat eine Reihe seiner Fälle auch später wieder gesehen, in denen gleichzeitig mit der Metrorrhagie durch sein Verfahren auch die zugrundeliegende Endometritis geheilt erschien.

— Auf Grund klinischer Ueberlegungen und einer Reihe praktischer Beobachtungen beschreibt Dr. J. BERGMANN (Worms) **eine neue Methode zur Behandlung der sauren Dyspepsie** („Berl. klin. Woch.“, 1895, Nr. 6). Wenn auch die saure Dyspepsie ätiologisch und pathologisch-anatomisch kein einheitliches Krankheitsbild repräsentirt, so stellt sie doch immer für den Praktiker einen Zustand des Magens dar, welcher mit einer übermäßigen Ansammlung von Magensäure einhergeht. Dieselbe ist in letzter Linie fast stets auf das Blut zurückzuführen, welches die ihm schädliche Säure gerade dorthin leitet, wo sie in einer den Zwecken des Organismus förderlichen Weise, nämlich als Verdauungsagens, wirken kann. Diese Selbsthilfe des Organismus wird aber durch eine vom Speichel ausgehende Complication vereitelt. Der Speichel verliert nämlich bei abnorm herabgesetzter Alkalescenz des Blutes seine normale Reaction und wird säuer und ungeeignet, die überschüssige Säure im Magen zu binden. In allen Fällen von saurer Dyspepsie, welche auf keiner Diathese beruhen, ist nun der Speichel zwar nicht regelmäßig sauer, aber im Hinblick auf den abnorm sauren Magensaft jedenfalls von nicht ausreichender Alkalinität. Als Ersatzmittel für den zur Bindung der Magensäure unfähig gewordenen Speichel erfreuen sich die Alkalien Natrium bicarbonicum und Magnesia usta großer Beliebtheit, allerdings mit Unrecht, da es nicht möglich ist, die zur Neutralisirung des Magensaftes erforderlichen großen Mengen Alkalien einzuführen. Als Angriffspunkt seiner Therapie hat nun B. nicht den Magensaft, sondern den Speichel gewählt. Bekanntlich ist physiologisch der wirksamste Reiz für die Speicheldrüse der Kauact, und es steht ferner fest, daß während der Mastication der Speichel ausnahmslos eine alkalische Reaction annimmt. Man beobachtet in der That, daß Kranke mit saurer Dyspepsie, wenn sie während ihrer Verdauungsperiode anhaltend kauen, frei von Beschwerden bleiben. B. hat deshalb in erster Zeit seinen Pat. als Kaumittel harte Brotrinde verordnet; doch erwies sich diese Methode sehr bald als gar zu primitiv und unzulänglich. Er ließ daher in der Folge aus einer zum Kauen geeigneten Masse Tabletten („Magen-Kautabletten“ von Apotheker Radlauer in Berlin hergestellt) anfertigen, in denen als Adjuvantia einerseits Radix zingiberis und Radix calami zur Unterstützung der Speichelsecretion, andererseits Magnesia usta und Magnesia ammonio-phosphorica aa. zur Erhöhung der alkalischen Reaction des Speichels untergebracht wurden. Diese Tabletten lassen sich beliebig lange Zeit, ja stundenlange kauen. Die Erfolge mit denselben waren unzweifelhafte, und deshalb, sowie wegen der großen Einfachheit und absoluten Unschädlichkeit empfiehlt B. seine Methode für alle Fälle von saurer Dyspepsie.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Wien vom 24.—30. September 1894.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XVII.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für Allgem. Pathologie und patholog. Anatomie.

STRÖBE (Freiburg i. B.): **Veränderungen der Spinalganglien bei Tabes dorsalis.**

Die Hinterstränge des Rückenmarks bestehen nach früheren Untersuchungen von SCHIEFFERDECKER und neuen von CAJAL, KÖLLIKER etc. aus den Fortsetzungen der einstrahlenden Hinterwurzelfasern. REDLICH hat gezeigt, daß bei Tabes dorsalis gerade die intramedullären Fortsetzungen der Hinterwurzelfasern erkranken. Dadurch wird die Frage aufgeworfen, wie sich die Spinalganglienzellen, das trophische Centrum der Hinterwurzelfasern, bei Tabes verhalten, da eine Erkrankung, bezw. ein Untergang dieser Zellen zur Degeneration der Hinterstrangfasern führen könnte. Kurze Angaben über Veränderung der Spinalganglienzellen liegen von LUYS, ferner von OPPENHEIM und SIEMERLING vor, ausführlichere von WOLLENBERG, welch letztere Vortr. im Wesentlichen bestätigen kann. Vortr. fand bei drei Fällen von Tabes aus verschiedenen Stadien jeweils beträchtliche Veränderungen der Interspinalganglienzellen, entsprechend der Höhe des tabischen Processes im Rückenmark: Schrumpfung, abnorme starke Pigmentirungen, Vacuolisirung des Protoplasmas, Wucherung der Kapselzellen, Degenerationen des Kernes und Kernkörperchens, totaler Untergang und Zerfall der Ganglienzellen, Ersatz des Raumes der untergegangenen Ganglienzellen durch gewucherte Kapselzellen. Das interstitielle Gewebe der Ganglienzellen war nur wenig vermehrt. Die hinteren Wurzeln waren jeweils entsprechend der Höhe des tabischen Processes im

Rückenmark stark degenerirt, die austretenden senilen Spinalnerven am peripheren Pol des Ganglions zeigten weit geringere, indeß doch deutliche Degeneration einzelner oft zu Bündeln zusammengeordneter Fasern. Die recht hochgradigen Veränderungen der Ganglienzellen legen die Annahme nahe, daß eine primäre Erkrankung der Spinalganglienzellen die Grundlage der Tabes dorsalis sein könnte, wofür sich schon Prof. MARIE ausgesprochen, während sich LEYDEN gegen diese Annahme unentschieden, HITZIG mehr ablehnend verhält. Gegen diese Annahme spricht das nicht proportionale Erkranken der Hinterwurzelfasern und sensiblen peripheren Fasern am Ganglion. Indeß ließe sich doch vielleicht eine partielle Erkrankung der Ganglienzelle, resp. gewisser „Organe" der hochorganisirten Zelle vorstellen, welche zur Degeneration nur des einen in's Rückenmark ziehenden Nervenfortsatzes führen würde.

Discussion:

CHIARI betont, daß STRÖBE auch an den peripheren Spinalnerven Veränderungen gefunden habe, und daß dies übereinstimme mit seinen eigenen Erfahrungen, denen zufolge bei allen schwereren Tabesfällen ausnahmslos degenerative Veränderungen an den peripheren Nerven nachzuweisen waren.

LÖWIT (Innsbruck) macht auf experimentelle Erfahrungen aufmerksam, welche der Theorie eines rein peripheren Ursprunges der tabetischen Rückenmarksveränderung widersprechen. Bei Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln, 3 bis 4, trete ja nur Degeneration in den GOLL'schen Strängen auf, auch sei zu berücksichtigen, daß die Massenhaftigkeit der Degeneration der Nervenwurzeln bei der Tabes sehr verschieden sei.

STRÖBE antwortet, daß die tabetische Degeneration der Hinterstränge allerdings nicht der Durchschneidung einer einzigen oder von 3 bis 4 hinteren Wurzeln entspreche, sondern der Durchschneidung einer großen Anzahl von Wurzeln oder selbst aller (mit Hinweis auf SINGER und MÜNZER).

CHIARI hebt hervor, daß STRÖBE nur die Analogie der Veränderungen des Rückenmarkes bei hinterer Wurzeldurchschneidung und Tabes behaupte, identisch seien sie ja nicht, denn die Tabes sei, seiner Ansicht nach, eine weit ausgebreitete Degeneration des ganzen Nervensystems und müsse mit der alten Ansicht, daß die Tabes nur eine Rückenmarkserkrankung sei, endlich definitiv gebrochen werden. O.

Abtheilung für Ohrenheilkunde.

A. BING (Wien): Experimentelles zur Durchspülung der Paukenhöhle.

B. hat Durchspülungsversuche mit gefärbter Flüssigkeit an Schläfebeinen von Leichen Erwachsener, an denen auch noch der knorpelig-membranöse Theil der Tuba Eust. mit dem Ostium pharyng. unversehrt erhalten war, angestellt.

Das Trommelfell ward zur Besichtigung freigelegt, in der unteren Hälfte desselben ein kleines Loch mit einer Stecknadel gestochen, an anderen Präparaten daselbst ein breiter Paracentesenschnitt geführt oder ein Stück Paukenfell ausgeschnitten.

Das Präparat wurde dann in einem Schraubstock möglichst in situ naturali eingespannt, gefärbte Flüssigkeit durch den in die Tuba eingeführten Katheter gespritzt — deren Abfluß beim Gehörgange beobachtet — hierauf an Ort und Stelle das Tegmen tymp. und die Corticaldecke des Warzentheils abgemeißelt und die so freigelegte Pauken- und Warzenhöhle besichtigt.

Es ergab sich dabei, daß bei weitem Paracentesenschnitt oder größerer Lücke in der unteren Trommelfellhälfte die meiste Flüssigkeit daselbst abfloß und weder im oberen Paukenraume, noch im Antrum Farbbestandtheile gefunden wurden — indeß bei kleiner Perforationslücke im Trommelfell weniger Flüssigkeit aus dem Gehörgang kam — solche dagegen im Antrum und in den Cellul. mast. sich zeigte.

B. glaubt daraus — mit gewissem Vorbehalte — folgern zu dürfen: Bei größerer Lücke im Trommelfelle kann die Durchspülung der Trommelhöhle ihren eigentlichen Zweck nicht ganz erreichen; die Forderung, daß nämlich der Abfluß der injicirten Flüssigkeit durch die Lücke im Trommelfelle genügend frei und leicht erfolgen könne, ist voll berechtigt. A.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

SEITZ (München): Die klinische Diagnose der Bronchialdrüsenerkrankungen.

Nach einem kurzen historischen Rückblick und einigen anatomischen Bemerkungen bespricht Referent die Symptomatologie der Bronchialdrüsenschwellungen. Die Erscheinungen äußern sich vor Allem durch functionelle Störungen im Bereiche der Luftwege, und zwar zunächst durch Dyspnoe, die sich bei horizontaler Lage steigert und durch starke Compression der Bronchien bedingt wird. Häufig findet man einseitige Erscheinungen einer Compression des Bronchus. Zuweilen treten Aspirationserscheinungen auf, die schon wiederholt zur Tracheotomie geführt haben. Als Folgeerscheinungen der Bronchialstenose sind Emphysem und Bronchiectasien nicht selten. Die Rückwirkung auf das Gefäßsystem äußert sich häufig durch varicöse oder aneurysmatische Erweiterungen im Bereiche der Venen des Gesichts, des Halses, der vorderen Thoraxwand, der Arme und Oedeme in genanntem Bereich, ferner Cyanose des Gesichts, Neigung zu Nasenbluten, zuweilen Hämoptoë, Herzklopfen. Ein Symptom, das gewöhnlich wenig Erwähnung findet, ist die Trommelschlägelform der Finger. Interessant ist das Vorkommen eines Venengeräusches am oberen Sternum, welches nur bei retrovertirtem Kopfe hörbar ist. Offenbar entsteht dasselbe durch Compression der Azygos durch die geschwellten Drüsen. Charakteristisch ist eine gewisse Intermittenz der Stauungserscheinungen. Ein wichtiges Symptom bilden die Folgen der Compression der den Thorax durchziehenden Nerven: Vagus, Recurrens, Phrenicus. Diese Erscheinungen bestehen zunächst in Reizung, später aber in Lähmung. Zu den ersteren gehören keuchhustenähnliche, laryngospastische und asthmatische Anfälle. Häufig wird die Drüsenschwellung von einem hartnäckigen Bronchialcatarrh begleitet, der wochenlang fortdauern kann und durch Lähmung sensibler Vaguszweige bedingt wird. Die Lähmung des Recurrens kann zur Stimmbandlähmung und somit zur Heiserkeit bis zur Aphonie führen. Veränderungen im Rhythmus des Herzens sind als Folge der Vaguscompression anzusehen. Betheiligung des Phrenicus und Sympathicus sind sehr selten. Die Erscheinungen seitens des Oesophagus bestehen in Schlingbeschwerden, Erbrechen und in manchen Fällen auch in Divertikelbildung durch Schrumpfung der Drüsen. Ein merkwürdiges Symptom, das zuweilen beobachtet wird, ist das mangelnde Sättigungsgefühl, welches als eine Functionsstörung des Vagus aufzufassen ist. Die physikalische Untersuchung ergibt nur selten das Sichtbarsein von Vorwölbungen am Thorax. Häufiger schon findet man bei Betastung der tieferen Halsdrüsen Schwellung derselben, die sich bis tief in den Thorax fortsetzen kann. Die Percussion ergibt oft kleine umschriebene, unregelmäßige Dämpfungen am oberen Sternum oder am Ende der Clavicula. Diese Dämpfungen entsprechen vergrößerten Drüsen; Dämpfungen in der Interscapulargegend, die von vielen Autoren als sehr wichtig betrachtet werden, sind mit großer Vorsicht zu deuten. Ueberhaupt ist die Percussion nur dann verwerthbar, wenn die Drüsen schon große Dimensionen erreicht haben. Die Auscultation ergibt wegen der guten Schallleitung der Drüsen schon wichtigere Anhaltspunkte; so findet man gegen das obere Ende des Sternum, ferner hinten, über dem 3.—5. Brustwirbel, in der Höhe der Bifurcation laut keuchendes, scharfes Exspirium, ferner catarrhalische Erscheinungen auf der comprimirten Seite. Zur Feststellung der Natur der Erkrankung, die zumeist eine tuberculöse ist, sind anamnestische Erhebungen und gewisse allgemeine Erscheinungen von Bedeutung.

POTT (Halle) macht darauf aufmerksam, daß Schwellungen der Thymus nicht selten so beträchtlich sein können, daß sie leicht zu Verwechslungen mit Bronchialdrüsenschwellungen Anlaß geben.

FISCHEL (Prag) bemerkt, daß ein leicht zugängliches Symptom, nämlich der Befund einer mäßigen Schwellung der Cervicaldrüsen, die zu beiden Seiten des Halses am vorderen Rande des Cucullaris gelegen sind, leicht zur Diagnose der Tuberculose der Bronchialdrüsen führen kann.

HEUBNER (Berlin) constatirt, daß es zumeist unmöglich ist, tuberculöse Bronchialdrüsen durch Percussion nachzuweisen. Die Dämpfung, die durch Vergrößerung der Thymus erzeugt wird, ist gewöhnlich etwas mehr nach links gelegen, doch ist dieses Symptom nicht für die Diagnose verwerthbar. Viel wichtiger ist die That-

sache, daß die beginnende Bronchialdrüsentuberculose bei Kindern zumeist der beginnenden Lungentuberculose bei Erwachsenen äquivalent ist. Gerade zu einer Zeit, wo noch kein physikalisches Symptom auf die beginnende Tuberculose der Drüsen hinweist, wäre es aber im höchsten Grade erwünscht, die Diagnose zu stellen. Dazu haben wir aber in den diagnostischen Tuberculininjectionen ein vorzügliches Mittel in der Hand. H. hat in verdächtigen Fällen mit diesem Mittel häufig die richtige Diagnose stellen können und hat insbesondere bei gewissen Eczemen die tuberculöse Natur festgestellt, bei denen kein Mensch an Tuberculose gedacht hätte.

EISENSCHITZ (Wien) macht auf die gegenseitige symptomatische Beziehung zwischen Keuchhusten und Bronchialdrüsenerkrankung aufmerksam. Nicht nur täuscht Bronchialdrüsenschwellung mitunter Keuchhusten vor, sondern sicher beruht eine häufig ungewöhnlich lange Dauer des Keuchhustens auf Bronchialdrüsenschwellungen durchaus nicht immer tuberculöser Natur; denn mit dem Aufhören des Hustens dürften wohl auch diese Bronchialdrüsenschwellungen schwinden.

KASSOWITZ (Wien) erwähnt einen Symptomencomplex, der häufig als Bronchialdrüsentuberculose aufgefaßt wird und zumeist bei Kindern im 2. Lebensjahre angetroffen wird. Die Kinder athmen laut und weit hörbar, ähnlich wie bei Stenose der Trachea, ohne aber Dyspnoe zu haben, dabei sind sie ganz munter und verlieren im Schlaf diese geräuschvolle Respiration. Alle diese Kinder zeigen deutliche Erscheinungen von florider Schädelrachitis. Es handelt sich hier offenbar um einen Krampf der Bronchial-Musculatur, um ein chronisches Asthma bronchiale, welche also ebenso, wie der Laryngospasmus, auf die Schädelrachitis zurückzuführen ist. Als Beweis für die Richtigkeit dieser Ansicht dient die Thatsache, daß alle diese Erscheinungen mit der Besserung der Rachitis und der Phosphorbehandlung schwinden.

GANGHOFNER (Prag) meint, daß die physikalischen Erscheinungen bei der Diagnose nicht-tuberculöser Vergrößerungen der Bronchialdrüsen in Betracht kommen. Hingegen leiten bei der tuberculösen Erkrankung der Bronchialdrüsen mehr die allgemeinen Erscheinungen auf die richtige Diagnose.

WIDERHOFER (Wien) betont, daß ein auffallend lautes, durch mehrere Tage constant anhaltendes Exspirium am linken Bronchus für die Diagnose von Bedeutung sei, ferner ist eine frühzeitig vorkommende umschriebene Dämpfung am linken ersten Intercostalraum von Wichtigkeit. Die Schwellung der Nackendrüsen ist für die Diagnose wohl von Wichtigkeit, sie findet sich aber auch bei pleuritischen Exsudaten tuberculöser Natur. Das Hauptgewicht der Diagnose wäre auf die übrigen Erscheinungen, wie Verlauf der Catarrhe, die gewöhnlich hartnäckig und fieberhaft sind, schlechtes Aussehen, Appetitlosigkeit etc. zu legen. A.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

Sitzung vom 13. Februar 1895.

NOBL demonstrirt aus der Abtheilung LANG einen 53jährigen Pat. mit einer intensiveren Form von Erythema exsudativum; Eruptionen an den Streckseiten der oberen Extremität, am Gesicht und Nacken und eine Efflorescenz am inneren oberen Quadranten des linken Augenbulbus. Pat. ist innerhalb eines halben Jahres zum dritten Male an Erythem erkrankt, wobei jedesmal die Conjunctiva betheiligt war und der jeweilige Anfall mit Schüttelfrost und intensiver Bronchitis einherging. Es scheint sich hier nicht um ein idiopathisches Erythem, sondern um eine symptomatische Erscheinung zu handeln, wenngleich die Untersuchung des Pat. hiefür keine positiven Anhaltspunkte gibt.

NEUMANN demonstrirt:

1. Einen 21jährigen Pat. mit einem syphilitischen Primäraffect an der Oberlippe. Pat. gesteht die Infection durch Kuß zu.

2. Einen 17jährigen Pat. mit Favus der behaarten Kopfhaut; am rechten 4. Finger Onychomycosis favosa.

3. Einen Fall von recentem papulo-pustulösen Syphilid.

Kaposi bemerkt zu dem Falle Favus, daß die meisten in Wien auftauchenden Fälle aus Galizien stammen. Auffallend sei, daß dieselben sich im Verlaufe der letzten Jahre immer mehr häufen und oft genug Fälle betreffen, welche schon seit Jahren in Wien existiren. Es wäre deshalb nicht unmöglich, daß sich in Wien selbst ein Favusherd etablire, ein Punkt, auf welchen die Aufmerksamkeit der Collegen in der Praxis hinzulenken wäre.

MRAČEK stellt 2 Fälle von chronischer Tuberculose der Haut vor, ferner einen Fall von großen Papillomen der Haut an der linken unteren Extremität. Nach der histologischen Untersuchung, welche Tuberkeln mit typischen Riesenzellen ergab, muß auch letzterer Fall als Hauttuberculose aufgefaßt werden.

Neumann glaubt, daß der letzte Fall dem entspreche, was man bisher als Lupus hypertrophicus papillaris bezeichnet habe, während **Hebra** den Fall als Tyloma betrachtet.

HODARA (Constantinopel): **Ueber die Trichorrhexis des Kopfhaares der Constantinopeler Frauen.**

Vortr. demonstrirt einige Trichorrhexishaare von Constantinopeler Frauen, ferner einige mikroskopische Präparate sowohl dieser Haare wie der von ihm gefundenen Trichorrhexis-Bacterien.

Die Haare zeigen an der Spitze feine, kleine, weiße Pünktchen, die unter dem Mikroskop eine Spaltung der Haare in mehrere Fasern zeigen, die das Ansehen von zwei in einander gekreuzten Pinseln haben. Ferner zeigen die Haare unregelmäßige Spaltung in zwei oder mehrere Aeste. Diese Haare brechen regelmäßig im Niveau der weißen Pünktchen ab. Die Bildung dieser weißen Pünktchen und die Spaltung der Haare gehen langsam vor sich, die Haare brechen beständig ab, und so werden endlich nach einigen Jahren die langen Haare kurz und nehmen das Ansehen der Haare von Kindern an. Die Affection hält sich stets an die Enden der Haare und dieselben fallen nie mit der Wurzel aus.

In diesen Trichorrhexishaaren constatirt nun H. einen Organismus von eigenthümlicher proteusartiger Gestaltung; man findet Stäbchen, kleine und große runde Körper von der Form der Hefepilze, Kügelchen und endlich formlose Massen von jeder möglichen Gestalt. Merkwürdigerweise sind alle diese Formen das Resultat der Umwandlung eines einzigen Organismus, eines kleinen Bacillus, von welchem Reinculturen darzustellen, dem Redner gelungen ist. In den Reinculturpräparaten sieht man, daß diese Organismen kleine Bacillen sind, die theils isolirt, theils in Haufen beisammen liegen, und zwar in jeder Art von Formen. Diese Bacillen sind von einer Membran eingehüllt, die sich nur mit Carbolfuchsin und Gentianaviolett färbt, nicht aber mit Methylenblau. Die Bacillen entwickeln sich, schwellen unregelmäßig an und fließen in einander. Die Membran mit den darin enthaltenen zusammengeflossenen Bacillen färbt sich gleichmäßig und bildet jene unregelmäßige Masse, in der die Bacillen nicht mehr zu erkennen sind. In den mit Methylenblau gefärbten Präparaten, in denen die umhüllende Membran nicht gefärbt ist, sieht man, daß diese Massen nichts Anderes sind, als Conglomerate von einer mehr oder weniger großen Anzahl von Bacillen.

Eine weitere Eigenthümlichkeit dieser Organismen besteht darin, daß sie im Beginne ihres Zerfalles sich vacuolisiren, in ihrem Innern und in ihrer Umhüllungsmembran Hohlräume bilden, wodurch es zur Bildung von durchlöcherten Klumpen kommt. An den Haaren selbst findet man häufig solche durchlöcherte Massen, die man für Schmutz zu halten geneigt ist. Redner hat in mehr als 100 Culturen die sonderbare und vielgestaltige Entwicklung dieser von Tag zu Tag sich verändernden Organismen constatirt und ihnen den Namen Bacillus multiformis trichorrhexidis gegeben. Auch die Gelatineculturen dieser Organismen sind charakteristisch. Um den Beweis für die pathogene Bedeutung dieser Organismen zu erbringen, hat Vortr. die gesunden Haare eines jungen Mädchens mit der flüssig gemachten Gelatinecultur geimpft, worauf die Haare schon nach einigen Tagen die der Trichorrhexis eigenthümlichen Veränderungen zeigten und unter dem Mikroskop der Bacillus multiformis trichorrhexidis constatirt wurde.

HODARA zweifelt nicht an der parasitären Natur dieser Affection, doch halte er es noch nicht für bewiesen, daß diese Krankheit mit der in Europa so häufig und in Constantinopel relativ seltenen Trichorrhexis barbae KAPOSI identisch ist.

Spiegler theilt im Anschlusse an diesen Vortrag mit, daß er in einem Falle von Trichorrhexis nodosa des Bartes eine Untersuchung angestellt und dabei Reinculturen eines Mikroorganismus erhalten habe, welcher mit dem in Frage stehenden die größte Aehnlichkeit hatte.

H. SCHLESINGER: Lepra und Syringomyelie.

Nach einer historischen Einleitung über die Entwicklung des Krankheitsbildes der Syringomyelie und der MORVAN'schen Krankheit geht SCH. auf die Stellung beider Affectionen zur Lepra über. Heute stehe die Sache so, daß die Deutschen die MORVAN'sche Krankheit zur Syringomyelie gehörig, die Franzosen als zur Lepra gehörig betrachten. SCH. hat eine große Zahl von Fällen klinisch beobachtet und eingehend studirt, und zwar sowohl hier in Wien, als auch auf einer Studienreise in Norwegen. Die Aehnlichkeit zwischen den Veränderungen bei Lepra und Syringomyelie sind in der That unter Umständen geradezu stupende. Dennoch hält SCH. eine klinische Differenzirung in den meisten Fällen durchführbar.

Die Differentialdiagnose müsse sich in erster Linie auf die Veränderungen der Haut stützen. Bei Lepra finden sich die charakteristischen leprösen Hautveränderungen doch immer an irgend einer Stelle vor und sicherlich dann, wenn man auf einen neuen Nachschub von Lepraefflorescenzen wartet.

Der Pemphigus leprosorum kann als entscheidend nicht herangezogen werden, denn ganz ähnliche Efflorescenzen kommen auch bei der Syringomyelie vor; wohl aber kann die Ausheilung entscheidend sein. Bei Syringomyelie betrifft nämlich die Blase die oberste Hautschichte und hinterläßt eine weiße analgetische Narbe. Für Syringomyelie charakteristisch ist der Verlust des Schmerz- und Temperatursinnes bei weniger gestörten anderen Sensibilitätsfunctionen. Analoge Störungen können sich auch bei Lepra finden, jedoch stets über kleinere Hautstellen und selten über größere Hautbezirke verbreitet. Der Nachweis von Leprabacillen im Serum einer Vesicatorblase ist natürlich bindend für Lepra. Die Behauptung einiger portugiesischer Autoren, daß Lepra zur Syringomyelie führen könne, ist bisher nicht bestätigt worden. Die Untersuchung des Rückenmarkes auf Leprabacillen war bisher stets negativ. Oculopupilläre Symptome treten bei Syringomyelie nicht selten auf. Spastische Erscheinungen an den unteren Extremitäten fehlen bei Lepra in der Regel und sind bei Syringomyelie häufig. Blasen- und Mastdarmerscheinungen gehören eher zum Bilde einer Syringomyelie, besonders sub finem vitae.

Störungen im Bereiche der Bulbärnerven zeigen bei Lepra einen ganz regellosen Charakter, während eine halbseitige Bulbärnervenlähmung für Syringomyelie spricht. Für Lepra würde endlich zu verwerthen sein ein frühzeitiger Cilienausfall und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, was bei Syringomyelie sehr selten, bei Lepra oft vorkommt.

Eine ganze Reihe von anderweitigen Symptomen ist beiden Krankheiten gemeinsam; besonders das Auftreten von Panaritien, der REGNAULD'sche Symptomencomplex, das Auftreten von typischem Mal perforant und Muskelatrophien.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzungen vom 25. Januar und 1. Februar 1895.

CHIARI demonstrirt die Präparate eines Falles von **Lues congenita** bei einem 7 Monate alten Fötus, dessen Mutter keine Zeichen von Syphilis geboten hat. Fast alle inneren Organe zeigten ausgebreitete luetische Veränderungen, und sind insbesondere zahlreiche in Verkalkung begriffene Gummen in den Nieren, dem Herzmuskel, der Leber und den Lungen, sowie die durch den syphilitischen Proceß hervorgerufene Umwandlung fast des ganzen Gehirns in eine sulzige Masse besonders hervorzuheben. Die Haut war mit Pemphigusblasen bedeckt. Merkwürdig war auch die Durchsetzung des fötalen Theiles der Placenta mit theilweise verkalkten Gummen.

W. FISCHL demonstrirt ein **exstirpirtes Uterusmyom** von einer 42jährigen Frau, bei welcher seit einigen Monaten übelriechender Ausfluß und Schmerzen im Unterleibe bestanden. Bei der auf typische Weise vorgenommenen Operation zeigte sich umschriebene eitrige Peritonitis und eitrige Salpingitis an der rechten Seite, und im Uteruscavum fand sich eine große Menge einer übelriechenden serösen Flüssigkeit. Pat. war mehrere Wochen vor ihrer Aufnahme von einem Arzte sondirt und höchst wahrscheinlich dabei inficirt worden. Es sei daher die Sondirung auf das allernothwendigste Minimum zu beschränken und dann immer unter den genauesten antiseptischen Cautelen, sowie unter Leitung des Speculums auszuführen.

WEIL: Fall von hochgradigem Genu recurvatum.

Dasselbe hatte sich bei einem 18jährigen Mädchen im Anschlusse an eine acute Osteomyelitis des unteren Femurendes entwickelt; in deren Gefolge war destruirende Gonitis aufgetreten, welche mit knöcherner Ankylose ausheilte. Der Unterschenkel steht im rechten Winkel zum Oberschenkel; die Verbiegung betrifft zumeist die oberen Enden der Tibia und Fibula und nur zum geringen Theile das Epiphysenende des Femur. Eine so hochgradige Verbiegung der Knochen nach Osteomyelitis, wie bei dem vorgeführten Falle, gehört zu den größten Seltenheiten. Zur Corrigirung der Difformität wird eine keilförmige Osteotomie der Tibia und Durchmeißelung der Fibula vorgenommen werden.

CARL FUNKE: Fall von Darmausschaltung.

Der 34jährige Pat. erkrankte im März 1894 unter krampfhaften Schmerzen in der Coecalgegend, nachdem zuvor Diarrhoen bestanden hatten. Bald darauf bemerkte er an dieser Stelle eine Geschwulst, welche allmälig größer wurde. Bei der Aufnahme im Juli 1894 constatirte man bei dem sehr herabgekommenen Kranken in der Coecalgegend einen faustgroßen, weichen, in der Mitte deutlich fluctuirenden Tumor. Am 24. Juli wurde der Absceß gespalten und zwei Tage darauf erfolgte Perforation des Darmes nach außen. Ein Versuch, den Anus praeternaturalis zu schließen, mißlang, und nachdem das Coecum mit der Umgebung innig verwachsen war, wurden am 17. November das Coecum und Colon ascendens ausgeschaltet und das Ileum seitlich in das Colon transversum implantirt. Verlauf reactionslos; die anfänglich sehr bedeutende Secretion aus der Fistel wurde allmälig geringer und ist gegenwärtig auch nicht mehr fäculent. Redner wendet sich gegen die Darmausschaltung mit totaler Occlusion des ausgeschalteten Darmstückes, empfiehlt nach dem Vorschlage SALZER's die Anlegung einer distalen Fistel und tägliche Irrigation des ausgeschalteten Darmes, um sich von der Stärke der Secretion zu überzeugen; erst wenn diese gering geworden ist, kann die Fistel vollständig geschlossen werden.

CRAMER: Zur Genese der Hallucinationen.

Den Ausgangspunkt der Abhandlung bildet die Schilderung einer Eigenbeobachtung, betreffend eine 55jährige, neuropathisch nicht belastete Frau, welche vor 5 Jahren, bald nach Cession der Menses, anfänglich an subjectiven Geräuschen, Sausen und Rauschen litt, das sich allmälig zu den complicirtesten plastischen Hallucinationen des Gehörs ausbildete, ohne daß dabei die Psyche im engeren Sinne irgend eine Störung dargeboten hätte. Im Gehörorgane objectiv keine Veränderung, Sensibilität normal, keine hysterischen Stigmata. C. erörtert kurz die verschiedenen ätiologischen Momente der Hallucinationen, denen, wie der mitgetheilte Fall zeigt, auch das Climacterium angereiht werden müsse. Ueber das Bindeglied zwischen beiden Vorgängen läßt sich vorderhand kein bestimmtes Urtheil abgeben, zumal auch die pathologische Anatomie in den meisten Fällen keinen Aufschluß über die Genese der Hallucinationen gebracht hat. Redner recurrirt an die von M. WEISS („Wiener Med. Presse", 1890, Nr. 22 ff. „Nervöse und psychische Störungen nach Exstirpation beider Hoden, nebst einigen Bemerkungen zur Pathogenese dieser Erscheinungen in der natürlichen und künstlichen Climax") ausgesprochene Ansicht, daß vielleicht nach Ausschaltung der Geschlechtsdrüsen — physiologische oder pathologische — durch Retention der specifischen Producte eine Autointoxication stattfinde, welche die der Climax eigenthümlichen nervösen und psychischen Störungen, dar-

unter auch die in Rede stehenden Hallucinationen, hervorruft. Eine definitive Lösung dieser Frage läßt sich nur erwarten, bis die Lehre von den Autointoxicationen greifbarere Formen angenommen haben wird. —z.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 20. Februar 1895.

DÜHRSSEN stellt eine wegen Tubenschwangerschaft operirte Kranke vor. Die von Redner angegebene vaginale Laparotomie hatte in elf Tagen ohne jeden Zwischenfall zur Heilung geführt.

KUTNER demonstrirt den Urin eines Falles von Hämaturie in Folge hämorrhagischer Cystitis nach Tripperinfection. Die Blutung war 3/4 Jahr nach der Infection zuerst aufgetreten und hat 14 Tage angehalten.

SILEX stellt zwei Fälle von Augentuberculose vor.

LIEBREICH: Ueber Lupusheilung durch Cantharidin und über Tuberculose im Allgemeinen.

Seit seiner ersten Mittheilung im Februar 1891 über die Resultate der Anwendung des cantharidinsauren Kaliums oder Natriums bei Tuberculose hat Redner seine therapeutischen Versuche mit günstigem Erfolge fortgesetzt. Eine Entscheidung über die Frage, ob der Bacillus wirklich die Ursache oder die Wirkung der Tuberculose sei, ist bisher keineswegs erfolgt. Die Zellen verschiedener Thiere reagiren sehr verschieden auf den Tuberkelbacillus: bei Meerschweinchen ruft er selbst bei größter Verdünnung der eingespritzten Masse immer Tuberculose hervor, die weiße Maus dagegen erweist sich gegen Impftuberculose refractär. Beim Menschen macht der Tuberkelbacillus oft nur Hauttuberculose, aber keine allgemeine Infection. Diese erfolgt erst, wenn mit dem Bacillus ein putrides, die Vitalität der Zellen herabsetzendes Secret übergeimpft ist. Die menschliche Zelle muß also, um dem Bacillus erfolgreiche Angriffspunkte zu gewähren, disponirt sein; der Bacillus ist nur ein Nosoparasit; die Tuberculose ein Nosoparasitismus.

Dieselben Verhältnisse ergeben sich auch bei dem dem Tuberkelbacillus sehr ähnlichen Leprabacillus; auch er ist nicht die Ursache der Lepra, da zahlreiche Impfversuche erfolglos geblieben sind.

In gleicher Weise, wie für den Bacillus der Lepra, sucht Redner aus den bisher sichergestellten Thatsachen den Beweis zu führen, daß auch für die Cholera wie für den Typhus und weiter für die Pneumonie, die Diphtherie, die Gangraena senilis, der Heminekrobiose der schon oben angeführte Satz gilt: Der für specifisch ausgegebene Bacillus der einzelnen Affectionen ist nur ein Nosoparasit.

Im Gegensatze zu ihnen betrachtet LIEBREICH als wahre Parasiten die Plasmodien, die Spirillen.

Die menschlichen Zellen besitzen demnach in ihrer Vitalität eine Wehrkraft gegen die Infection, und diese Thatsache hat Redner sich bei seiner Therapie zu Nutze gemacht. Beim Sinken der vitalen Kraft der Zelle unter einen bestimmten Grad fällt die alsdann nicht mehr lebenskräftige Zelle den Nosoparasiten zur Beute. Diese werden dagegen bei der Heilung ausgestoßen, und das muß uns veranlassen, durch therapeutische Einwirkung die Zellen zu stärken. Diese Wirkung hat das Cantharidin, wie vielfache Thierversuche und auch Untersuchungen am Menschen ergeben haben. Besonders hervorzuheben ist die günstige Wirkung auf den Appetit und die schnelle Vermehrung des Körpergewichtes. Durch die Stärkung der nutritiven, vitalen Kraft der Zellen in Folge Darreichung des Cantharidins wird schließlich der Krankheitszustand überwunden. Irgend eine ungünstige Einwirkung des Mittels auf die Nieren hat Redner trotz jahrelang fortgesetzter Darreichung niemals beobachtet.

Was die Dosirung betrifft, so injicirt Redner das Mittel nicht mehr subcutan, sondern gibt es innerlich in Tct. cort. aurant. zu 0·0002 (0·2 auf 1 Liter). Redner stellt eine Reihe von ihm auf diese Weise behandelter Lupuskranker vor, bei denen eine völlige, beziehungsweise fast gänzliche Heilung unter dieser Behandlung erfolgt ist. Seine Erfolge haben ihn dazu veranlaßt, das Mittel — und zwar mit sehr gutem Resultat — auch bei Sclerodermie und Pityriasis rubra anzuwenden. —r.

Notizen.

Wien, 2. März 1895.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 25. v. M. abgehaltenen Hauptversammlung wurde der Rechenschaftsbericht und die Jahresrechnung für 1894 genehmigt. Der Rechenschaftsbericht wird allen kammerpflichtigen Aerzten zugemittelt werden. Der Cassenverwaltung wurde von den Cassarevisoren das Zeugniß der sorgsamsten Verwaltung und klarsten Uebersicht gegeben. — Zur Berathung des Antrages GLATTAUER und HANS ADLER, betreffend die Hintanhaltung der Ordination für Bemittelte in den Ambulatorien, Kliniken u. s. w., resp. Beschränkung der Spitalsbehandlung auf Arme, wurde ein Fünfer-Comité, bestehend aus den Herren: Dr. GLATTAUER, Dr. KORNFELD, Prof. Dr. SCHAUTA, Dr. SCHOPF und Dr. SCHUM, eingesetzt. — Die Anträge des Comités über ärztliches Reclamewesen wurden einer mehr als zweistündigen lebhaften Berathung unterzogen. Die differirenden Anschauungen sind eigentlich formeller Natur, da der Vorstand eine präcise Formulirung der Forderung befürwortet, während das Kammer-Comité die vorgelegte allgemeine Fassung aufrecht erhielt. Es wurde von einer Reihe Redner beider Anschauungen der Werth der mühsamen und eingehenden Comitéarbeit betont und von den Anhängern für straffere Formulirung das Comitéoperat gleichfalls als Grundlage eines solchen befürwortet. Schließlich wurde die Beschlußfassung vertagt und über Antrag Dr. KORNFELD's der Vorstand aufgefordert, eine Formulirung nach seiner Anschauung vorzulegen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte.) Die gestrige Sitzung dieser Gesellschaft war ausschließlich administrativen Berathungen gewidmet, und wurden die Jahresberichte der Functionäre entgegengenommen. Der Casseberícht ergab die nicht sehr erfreuliche Thatsache eines Verwaltungsdeficites von mehr als 2000 fl.; die Verzinsung des für den Hausbau erforderten Anlehens, die Mehrkosten der Beleuchtung, Beheizung und Instandhaltung des Gesellschaftshauses belasten die Casse in hohem Grade, während die im Laufe der letzten Jahre so eifrig betriebene Aufnahme neuer Mitglieder die Einnahmen in kaum nennenswerther Weise vermehrt hat. Es scheint, daß die Gesellschaft in absehbarer Zeit genöthigt sein wird, Ersparungen in jener Richtung eintreten zu lassen, die der erfahrene Vermögensverwalter anzudeuten für gut fand, nämlich in Bezug auf die Art und Weise der Publication ihrer officiellen Protokolle. Der Verwaltungsrath wird diese Frage einer eingehenden Erwägung unterziehen. — An den Bericht der Bibliothekare schloß sich eine längere Debatte über einzelne, allzu drakonische Maßregeln der Bibliotheksordnung, und wurde der von mehreren Mitgliedern gestellte Antrag, es mögen auch Zeitschriften, Archive etc., sobald sie gebunden sind, für die Dauer von höchstens vier Tagen entlehnt werden können, zum Beschlusse erhoben. — Der Verwaltungsrath empfiehlt neben zwei außerordentlichen Mitgliedern sämmtliche statutengemäß vorgeschlagenen 32 Aerzte zur Wahl als ordentliche Mitglieder, die in der demnächst stattfindenden Jahresversammlung erfolgen wird.

(Influenza.) Wie in zahlreichen Großstädten Europas und Nordamerikas ist nunmehr auch in Wien die Grippe in bedeutender Ausdehnung aufgetreten. Der Verlauf ist auch hier ein gutartiger; Complicationen sind selten, zumal Pneumonien gehören zu den Ausnahmen.

(Auszeichnung.) Dem langjährigen Leibarzte weil. des Erzherzogs Albrecht, Stabsarzt Dr. EDUARD HUEBL V. STOLLENBACH, ist der Orden der Eisernen Krone III. Cl. verliehen worden.

(Militärärztliches Officierscorps.) Der Oberstabsarzt II. Cl. BENEDICT NOSSAL, des GSp. Nr. 3 in Przemysl, und der Stabsarzt Dr. ANDREAS PETERSHOFER, Garnisons Chefarzt in Stanislau, sind in den Ruhestand versetzt worden, und wurde dem

Letztgenannten bei diesem Anlasse das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens verliehen. — Stabsarzt Dr. PH. WINTERSTEIN ist zum Garnisons-Chefarzte in Stanislau ernannt worden.

(CHARCOT-Denkmal.) Von Herrn Hofrath NOTHNAGEL erhalten wir folgende Mittheilung: Die in Oesterreich eingeleitete Sammlung für das in Paris zu errichtende Denkmal ist abgeschlossen worden. Dieselbe hat die Summe von 1559 Fres. ergeben. Der genannte Betrag ist an den Schatzmeister des Comités, Verlagsbuchhändler Masson, abgesendet worden.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Zu dem von uns wiederholt besprochenen Conflict des Vereines der freigewählten Cassenärzte mit der Gewerbedeputation des Berliner Magistrats hat die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin in ihrer Sitzung vom 15. Februar d. J. durch folgenden Beschluß Stellung genommen: I. a) Die Verfügung der Berliner Gewerbedeputation vom 18. December 1894, durch welche einzelnen Berliner Krankencassen unter Androhung einer Ordnungsstrafe verboten wurde, mit dem Verein der freigewählten Cassenärzte einen Vertrag zu erneuern, beziehungsweise abzuschließen, sofern nicht die dem Verein angehörenden Aerzte sich bereit erklären, einen Sondervertrag mit der Casse abzuschließen, während der Vorstand der Casse nicht die Verpflichtung hat, jeden beliebigen Arzt, welcher ihm als Vereinsmitglied vorgestellt wird, auch als Cassenarzt zu acceptiren, kann als zutreffend nicht anerkannt werden und bedarf dringend der Aufhebung. b) Die Art des Vorgehens der Gewerbedeputation, insbesondere der späte Termin der Verfügung, widerspricht der billigen Rücksicht, die nicht nur die unmittelbaren Cassen-Interessenten, sondern auch die Aerzte von der communalen Aufsichtsbehörde erwarten dürfen. — II. Die Beziehungen zwischen Aerzten und Krankencassenmitgliedern werden im beiderseitigen Interesse durch die freie Aerztewahl am besten geregelt. Die Cassenmitglieder haben ein Recht auf freie Arztwahl als der besten Form der ärztlichen Hilfe für ein erkranktes Cassenmitglied. Die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des ärztlichen Standes wird allein durch die freie Aerztewahl gewährleistet. — Ob diese Resolution Eindruck machen wird, bleibt abzuwarten, doch hegen wir starke Zweifel, da der Berliner Magistrat in Bezug auf ärztliche Angelegenheiten momentan recht schlecht berathen zu sein scheint, wie auch seine Stellungnahme in der Diphtheriefrage beweist. Der Berliner Magistrat hat nämlich auf eine Eingabe des ärztlichen Standesvereins der Louisenstadt, betreffend die Herstellung öffentlicher Einrichtungen nach dem Muster der in Amerika zum Zwecke bacteriologischer Untersuchungen des Rachensecrets aller in der Stadt vorkommenden diphtherieverdächtigen Fälle, ablehnend geantwortet, und zwar mit der Begründung, „da es noch nicht hinreichend bewiesen ist, daß der LÖFFLER'sche Bacillus der ausschließliche Erreger der Diphtherie ist". Sign. Magistrat hiesiger Haupt- und Residenzstadt. — Roma locuta est. Die Streitfrage, die uns augenblicklich so sehr beschäftigt, ist dadurch auf die einfachste Weise durch den Berliner Magistrat entschieden, und wir brauchen uns nicht weiter unsere Köpfe darüber zu zerbrechen. In ärztlichen Kreisen scheint man die Untersuchung auf LÖFFLER'sche Bacillen aber doch noch nicht für ganz überflüssig zu halten, denn nunmehr beabsichtigt das „Berliner medicinische Waarenhaus" den Modus der Untersuchung auf Diphtheriebacillen nach amerikanischem Muster so zu organisiren, daß das Untersuchungsresultat den betreffenden Aerzten in der kürzesten Frist direct übermittelt wird.

(F. W. LORINSER †.) In Wien ist am 27. Februar der ehemalige Director des k. k. Krankenhauses Wieden und Vorsitzende des n. ö. Landes-Sanitätsrathes, Dr. F. W. LORINSER, im 78. Lebensjahre gestorben. Am 13. Februar 1817 zu Niemes in Böhmen geboren, 1848 an der Wiener Universität promovirt, fällt sein Leben mit der Entwicklung des Krankenhauses zusammen, dem er seit dem Jahre 1843 angehörte und dessen Leitung er vom Jahre 1871 bis 1892 führte. Wissenschaftlich war LORINSER auf dem Gebiete der Orthopädie und Chirurgie erfolgreich thätig; er galt für einen verläßlichen Diagnostiker und scharfen Beobachter. Diesen Eigenschaften verdankte wohl auch die hervorragendste seiner Arbeiten, die Abhandlung über „Nekrose der Kieferknochen in Folge der Einwirkung von Phosphordämpfen", ihre Entstehung. Seine Neigung zu botanischen Studien schuf zahlreiche Abhandlungen auf diesem Gebiete, vor Allem das mustergiltige Werk über die wichtigsten eßbaren, verdächtigen und giftigen Schwämme. LORINSER war als Impfgegner bekannt, wie er die Existenz der Lyssa leugnete und sich als Anhänger der Antimercurialisten bekannte, deren Hauptquartier seinerzeit das von ihm geleitete Krankenhaus war. — Mit LORINSER schied ein hochbegabter Arzt, ein biederer Mensch, der keinen Feind zurückläßt.

(Literatur.) Die dritte Auflage des bekannten Werkes: E. FINGER, Syphilis, ist soeben in der von den Proff. DOYON und SPILLMANN besorgten französischen Uebersetzung bei Alcan in Paris erschienen.

(Statistik.) Vom 17. bis inclusive 23. Februar 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6965 Personen behandelt. Hievon wurden 1373 entlassen; 158 sind gestorben (11·43% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 77, egyptischer Augenentzündung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 53, Scharlach 85, Masern 178, Keuchhusten 32, Wundrothlauf 20, Wochenbettfieber 4, Influenza — Mumps 53. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 697 Personen gestorben (+ 19 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der k. und k. Oberstabsarzt i. R., Dr. JOSEF HABERDITZ, im 76. Lebensjahre; zu Gyirméth in Ungarn der pensionirte Professor an der medicinischen Facultät der Budapester Hochschule, Dr GÁSPÁR LIPPAY DE ZOMBOR, 87 Jahre alt; in Brünn der praktische Arzt Dr. ALOIS SAHWEIDA, im 30. Lebensjahre; in Budapest der k. ungar. Honvéd-Regimentsarzt Dr. JULIUS TÁVOLY, im Alter von 41 Jahren; im k. k. Allgemeinen Krankenhause zu Wien der praktische Arzt Dr. ST. BLATTEIS, 28 Jahre alt; in Liptó-Szent-Miklosz der dortige Bezirks- und Bahnarzt Dr. IGNAZ GROSSMANN, im 51. Lebensjahre; in New-York Dr. WILHELM DETMOLD, einer der ältesten Chirurgen in den Vereinigten Staaten, im Alter von 86 Jahren; in London der berühmte Ophthalmologe JOHN WHITAKER HULKE, 65 Jahre alt.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 6. März 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Prof. OBERSTEINER: Die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Histologie des Centralnervensystems kritisch beleuchtet.
3. Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Dr. M. HERZ: Ueber sicht- und fühlbare Arterienpulsationen.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Einzelne Nummern
der „Wr. Med. Pr." kosten 36 kr. = 60 Pf., die **Einbanddecken** 1 fl. 15 kr. (2 Mark) und zur „Wr. Klinik": 70 kr. (1 Mk. 20 Pf.); incl. Francozusendung.

Nr. 10. Sonntag den 10. März 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

260 Radicaloperationen nach Bassini

nebst einer eigenen Methode der conservativen Vorlagerung des Leistenhodens.

Mitgetheilt von **Prof. C. Nicoladoni** in Innsbruck.

Zu dem Ende April 1893 abgeschlossenen ersten Hundert Radicaloperationen der Leistenhernien nach Bassini [1]) sind in dem Zeitraume von Anfangs Mai 1893 bis Ende December 1894, also in nicht viel mehr als $1\frac{1}{2}$ Jahren, 160 weitere, nach der gleichen Methode ausgeführte Bruchoperationen hinzugekommen, über welche in nachfolgendem Berichte Mittheilung gemacht werden soll. Da das erste Hundert in einer zweijährigen Periode erreicht wurde, so ergibt diese progressiv ansteigende Zahl, daß der Zuspruch von Kranken, die von ihren Leistenhernien befreit zu werden wünschten, an der chirurgischen Klinik in Innsbruck sich verdoppelt hat; ja wenn man die Daten der Berichte näher betrachtet, so wird es bald auffallen, daß die für Radicaloperationen bestimmten Tage sich immer näher aneinander drängen und daher eine noch immer steigende Frequenz dieser Kundschaft vermuthen lassen. Es hat in Tirol und den angrenzenden Theilen der benachbarten Kronländer mit einer Bevölkerung von zähflüssigem Enthusiasmus die Bassini'sche Methode nach diesem Sammelergebnisse zweifellos eine bedeutende Popularität erlangt, welche Zeugniß davon abgibt, daß das heilbedürftige, der Innsbrucker Klinik zugehende Publicum mit den Resultaten dieser Methode nicht unzufrieden sein dürfte.

Ich habe es versucht, durch Fragekarten, welche an die Patienten des ersten Hunderts der in Innsbruck vollführten Bassini'schen Operationen am Ende December 1894, also mehr als $1\frac{1}{2}$ Jahre nach dem Abgange des letzten Trägers dieser Krankheitsform, hinausgeschickt wurden, über die Endresultate Nachricht zu erhalten.

[1]) „Wr. Med. Presse", 1893, Nr. 22 u. ff.

Es liefen leider nur von 47 Personen, den Besitzern von 49 Leistenhernien (zwei waren beiderseitige), Antworten ein. 46 Leistenhernien, darunter 3 weibliche, waren geschlossen und gestatteten den Geheilten jegliche, darunter auch sehr schwere Arbeiten; 3 männliche, Nr. 61 des Berichtes, r. Seite, ferner Nr. 80 und 99, die alle vor der Operation recht groß gewesen waren, recidivirten.

Ich hatte eine größere Menge von Antworten erwartet, als eingetroffen ist [2]), gleichwohl bedeutet die geringe Anzahl von 3 Recidiven auf 49 Operationen ein gewiß befriedigendes Resultat, und wenn die andere Hälfte der Operirten nur halbwegs dem vorliegenden Ergebnisse ähnlich ist — was doch mit einiger Berechtigung als wahrscheinlich angenommen werden darf — so läßt es sich begreifen, daß eine überwiegende Anzahl Geheilter des ersten Hunderts eine doppelt so große Anzahl Operationslustiger im nachfolgenden Biennium nach sich gezogen hat.

Die bei uns geübte Methode hat in letzter Zeit keine nennenswerthe Veränderung erlitten; nur in der Freimachung des hinteren Randes des Poupart'schen Bandes haben wir uns mehr Reserve auferlegt: in der Abtrennung dieses Randes von den zarten Verbindungsfasern mit der Fascia iliaca. Früher wurde eine völlige Trennung vorgenommen und der Rand stumpf emporgelüftet, um ihn aus der bedenklichen Nachbarschaft der großen Gefäße zu heben und ihn so gefahrloser in die Naht fassen zu können.

Es hat sich aber einmal ein bei uns nach Bassini operirter Mann vorgestellt, bei dem der Leistencanal völlig geschlossen geblieben war, jedoch die Gegend unter dem Poupart'schen Bande, unmittelbar vor den großen Gefäßen, beim Pressen sich auffallend hob, als ob es den Anschein hätte, daß sich in die Lacuna vasorum etwas vordränge. Seitdem unterbleibt die früher geübte scharfe Präparation des hinteren Randes des Poupart'schen Bandes.

Ferner nehmen wir jetzt die tiefe Bauchmusculatur nicht in einfache Naht, sondern die Nadel wird in die empor-

[2]) Eine große Zahl von Postkarten kehrte mit der Bezeichnung „unauffindbar" zurück.

gehobene Fleischmasse des Obl. int. und transversus ein-, dann aus- und wieder eingestochen, wodurch beim Zusammenziehen die zweimal gefaßte Musculatur in einen dicken massigen Wulst zusammengeschoben wird, ein Verfahren, das, besonders bei dürftiger Musculatur, einen kräftigeren Verschluß schafft, als der einfache Durchstich.

Es wurde ferner im ersten Hundert der Radicaloperationen bei mit Leistenhoden complicirten Hernien auf die Erhaltung der Geschlechtsdrüse kein Gewicht gelegt, sondern meist — allerdings immer nur bei einseitigem Kryptorchismus — die das Verfahren ungemein vereinfachende Castration vorgenommen.

In letzter Zeit haben wir aber gelernt, daß nach sorgfältiger Lösung des allerdings hier immer innig mit dem Samenstrange verbundenen, oft äußerst zarten Proc. vaginalis, der Hode sehr an Beweglichkeit gewinnt. Dank dem Umstande, daß der befreite Samenstrang einem hohen Grade von Dehnung und Streckung unterworfen werden kann, ohne daß dadurch die Ernährung des Testikels beeinträchtigt werden müsse.

Dieses Verfahren, welches bei beiderseitigem Kryptorchismus gewiß das Gebotene sein muß (s. Fall Nr. 259 dieses Berichtes), scheint durch die BASSINI'sche Methode erst ihr befriedigendes physiologisches Gepräge erhalten zu haben. Es soll zum Schlusse dieser Mittheilung den Gegenstand einer besonderen Erörterung bilden.

Ich will mich zunächst zu einer kurzen Skizzirung der im Zeitraume vom Mai 1893 bis Ende December 1894 an der Innsbrucker Klinik ausgeführten 160 BASSINI'schen Operationen wenden:

101. P. M., 22 J., Kufstein. Linksseitiger großer Leistenbruch, angeblich vor 3 Jahren entstanden. Nie Einklemmungserscheinungen. Operation 6. Mai 1893. Großer, zarter Bruchsack. Sehr leichte Lösung des Samenstranges. Geh. p. p. in 8 Tagen.

102. J. W., 34. J., Feldkirch (Vorarlberg). Am 11. Mai 1893 Einklemmung des rechtsseitigen, mäßig großen Leistenbruches; am Abende desselben Tages Reposition in Narkose durch den Hausarzt. Einklemmungserscheinungen dauern fort. Bei der Aufnahme an die Klinik am 14. Mai kein Bruch nachweisbar. Operation 14. Mai 1893. Nach Spaltung der Aponeurose des Obliquus externus wölbt sich ein nußgroßer Tumor hervor, die en masse reponirte Hernie; sie enthält eine dunkle glänzende Dünndarmschlinge. Leichte Reposition. Radicaloperation. Geh. per sec. in 25 Tagen.

103. R. S., 21 J., Krimmel (Salzburg). Seit 5 Jahren bestehender l. Leistenbruch. Operation 20. Mai 1893. Der zarte Bruchsack löst sich leicht vom Samenstrange, enthält freies Netz. Geh. per sec. in 28 Tagen.

104. F. B., 9 J., Primiero. Angeblich seit einem halben Jahre bestehende faustgroße, in den Hodensack reichende, freie, rechtsseitige Leistenhernie. Operation 2. Juni 1893. Hals weit. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

105. G. S., 55 J., Sayron (Primiero). Angeblich seit einem halben Jahre bestehende faustgroße, in den Hodensack reichende, freie, rechtsseitige Leistenhernie. Operation 2. Juni 1893. Bruchsack derb, Hals weit. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

106. A. E., 22 J., aus Micheldorf (Oberösterreich). Angeblich seit 3 Wochen bestehende linksseitige taubeneigroße Leistenhernie. Operation 6. Juni 1893. Am Bruchsacke ein Lipom; gleichzeitig Operation einer Phimose. Geh. p. p. in 14 Tagen.

107. Magdalena S., 46 J., aus Biach. Seit 16 Jahren bestehende linksseitige Inguinalhernie; seit 8 Tagen irreponibel. Operation am 9. Mai 1893. Bruchsack verdickt, enthält trübes Bruchwasser und Netz, das abgebunden wird. Geh. p. p. in 16 Tagen.

108. A. K., 6 J., Bregenz. Angeblich erworbener, rechtsseitiger hühnereigroßer, bis in's Scrotum reichender Leistenbruch. Operation 13. Juni 1893, Bruchsack sehr zart. Geh. p. p. in 8 Tagen.

109. A. M., 24 J., Tux. Vor $1^1/_2$ Jahren entstandene hühnereigroße, rechtsseitige, freie Leistenhernie. Operation am 14. Juni 1893. Gewöhnliche Verhältnisse. Geh. p. p in 10 Tagen.

110. A. B., 27 J., Illnau (Canton Zürich). Rechtsseitige hühnereigroße Leistenhernie. Operation am 19. Juni 1893. Bruchsack derb, an seiner Kuppe schwer vom Samenstrange zu lösen. Adhärentes Netz wird abgetragen. Geh. p. p. in 9 Tagen.

111. J. M., 43 J., Jausenthal. Hühnereigroße, bis an den Beginn des Scrotums reichende, freie, linksseitige Leistenhernie. Operation 20. Juni 1893, gewöhnliche Verhältnisse. Geh. p. sec. in 25 Tagen. Nahtabsceß, Abstoßung von zwei Nähten.

112. A. N., 45 J., Tres. Seit einem Jahre bestehende wallnußgroße, freie, rechtsseitige Leistenhernie; hat immer ein Bruchband getragen. Operation 24. Juni 1893. Bruchsack zart. Geh. p. p. in 7 Tagen.

113. A. B., 58 J., Innsbruck. Seit 2 Jahren bestehende rechtsseitige, freie walnußgroße Leistenhernie. Bruchband. Operation 26. Juni 1893. Bruchsack liegt medial vom Samenstrange, leicht ablösbar. Ueber den Bruchsackhals ziehen die epigastrischen Gefäße, welche den Bruchsack in einen großen medialen und kleinen lateralen Antheil trennen. Unterbindung der epigastrischen Gefäße, um die breite Bruchpforte ligiren zu können (Hernia interna directa). Eiterung. Geb. p. sec. in 40 Tagen. — Hat sich am 20. December 1894 ohne Spur eines Recidivs wieder vorgestellt.

114. J. G., 26 J., Rudolfswerth (Krain). Seit 3 Monaten bestehende rechtsseitige Leistenhernie, bis zum 27. Juni noch reponirbar, an diesem Tage Einklemmung. Operation am 27. Juni 1893. Leicht blutiges Bruchwasser, glänzende Darmschlinge; der einschnürende Ring im Bruchsacke selbst. Geh. p. p. in 13 Tagen.

115 und 116. G. A., 36 J., Fondo. Vor drei Jahren beim schweren Heben plötzlich an beiden Seiten gleichzeitig entstandene freie Leistenbrüche. Hat immer ein Bruchband getragen, rechtsseitig ganseigroß im Scrotum, linksseitig walnußgroß an der Ap. externa. Operation in Einer Narkose am 29. Juni 1893. Beiderseits zarter Bruchsack. Geb. p. p. in 15 Tagen.

117. F. W., 22 J., Dornbirn. Seit Geburt bestehender rechtsseitiger Leistenbruch. Der rechte Hode fehlt im Hodensacke. Nach Reposition der hühnereigroßen Hernie fühlt man im Leistencanale den kastaniengroßen rechten Hoden. Operation am 7. Juli 1893. Der rechte Hode liegt in einer vollständig abgeschlossenen Tunica pr. testis; über derselben der zarte, gut ablösbare Bruchsack, in welchem Netz angewachsen lag, welches ligirt und abgetragen wird. Nach Abschnürung des Bruchsackes wird der Hode in's Scrotum herabgezogen und dort die Tunica vagin. mit Nähten fixirt. Geh. p. sec. in 38 Tagen.

118. J. M., 22 J., Schmirn. Vor 2 Jahren plötzlich entstandene taubeneigroße, rechtsseitige, freie Leistenhernie. Operation am 10. Juli 1893. Der Bruchsack ist durch eine narbige Verwachsung in eine vordere leere und eine hintere, adhärentes Netz enthaltende Hälfte getrennt. Geh. p. p. in 8 Tagen.

119. J. S., 18 J., Bürs. Angeblich seit $1^1/_2$ Jahren bestehende rechtsseitige freie Leistenhernie. Operation am 11. Juli 1893. Adhärentes Netz. Geh. p. sec. in 35 Tagen.

120. P. W., 8 J., Villanders. Interstitielle rechtsseitige Inguinalhernie, die erst bei starker Wirkung der Bauchpresse sichtbar wird. Operation am 19. Juli 1893. Coecalhernie; die eröffnete vordere Bruchwand wird wieder geschlossen und der Coecalbruch en masse reponirt; darauf Verschluß nach BASSINI. Geh. p. sec. in 37 Tagen.

121. J. G., 56 J., Oberperfuß. Vor 14 Jahren beim Heben einer schweren Last entstandene linksseitige, doppeltfaustgroße, freie Scrotalhernie; hat nur kurze Zeit ein Bruchband getragen. Operation am 26. Juli 1893. Bruchsack derb. Geh. p. sec. in 55 Tagen.

122, 123. Santina Z., 19 J., Tres. Seit 7 Jahren bestehende beiderseitige freie Leistenbrüche, rechts hühnereigroße Labialhernie, links etwas kleiner. Operation beider Brüche in Einer Narkose am 1. August 1893. Gewöhnliche Verhältnisse. 11. September: Eine zurückgebliebene Fistel wird gespalten. Geh. p. sec. in 84 Tagen.

124. C. M., 40 J., Brandenberg. Angeborene rechtsseitige Scrotalhernie, trug nie ein Bruchband. Operation am 5. August 1893. Leichte Lösung; im Brucksacke der Hode. Geh. p. sec. in 46 Tagen.

(Fortsetzung folgt.)

Ein Fall
von
Zurücktreten der Prodromalsymptome einer acuten Darmocclusion
nach
Entfernung eines Fremdkörpers aus dem After.

Von **Dr. J. Grundzach** in Warschau.

Im Mai 1894 wurde ich zu dem über 30 Jahre alten, intelligenten, mir gut bekannten Herrn H. gerufen. Der Kranke klagte über heftige Schmerzen im ganzen Unterleibe, Stuhldrang, Stuhlverstopfung, nicht abgehende Winde und Appetitlosigkeit. Dieser Zustand dauerte seit 24 Stunden und trat nach einem copiösen Abendessen auf. Der sehr unruhige Pat. hat am selben Tage spontan 6 Gran (0·4) Calomel in zwei Dosen und nachträglich einen Löffel Ricinusöl eingenommen. Die beiden Mittel blieben erfolglos, weder Stuhlgang, noch Abgang der Winde war vorhanden; der Kranke fühlte einen unbestimmten Drang in der Analöffnung und wurde besonders dadurch beunruhigt, daß 6 Stunden nach Calomelaufnahme der Erfolg ausblieb.

Die Untersuchung des Kranken ergibt Folgendes:

Der Magen ist aufgetrieben, gibt auf beträchtliche Ausdehnung einen tympanitischen Percussionsschall; der Bauch ist druckempfindlich und weist außer einer bedeutenden gleichmäßigen Auftreibung des ganzen Darmtractus nichts Besonderes auf. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich.

Ich vermuthete, es handle sich um einen beginnenden Verschluß des Darmtractus, da ich nicht annehmen konnte, daß eine gewöhnliche Darmdyspepsie einen derartigen Symptomencomplex hervorrufen könne. Auf meine Anfrage, woraus das Abendessen bestanden hat, erinnert sich der Kranke im Laufe der Erzählung, er habe eine Fischgräte verschluckt, behauptet indessen, zu jener Zeit keineswegs dadurch genirt gewesen zu sein. — Wie oben angedeutet wurde, fand ich bei der Palpation des Bauches keinen besonders schmerzhaften Punkt, da der Bauch überall gleich druckempfindlich war. Da es mir aber bekannt war, daß Fremdkörper häufig genug nach Passiren des Darmtractus im Anus stecken bleiben, führte ich (mit einiger Mühe) den Zeigefinger in den Anus ein und stieß mit der Fingerspitze, 8 Cm. von der Analöffnung entfernt, auf einen harten, balkenartig quer gelagerten Körper. Die beiden Enden dieses Gegenstandes lehnten sich an die Darmwand stark an, derart, daß der oberhalb dieses Fremdkörpers verkrümmte Finger denselben, ohne dem Kranken heftige Schmerzen zu verursachen, nicht herunterzuziehen vermag. Schließlich gelang es mir nach einiger Zeit, die scharfe Spitze des Gegenstandes etwas nach unten zu ziehen, wobei der Kranke über einen zwar momentanen, aber heftigen Schmerz klagte; den Körper mit dem Finger immer weiter nach unten rückend, faßte ich denselben in zwei Finger und zog ihn endlich heraus.

Es war eine ziemlich dicke, etwa 5—6 Cm. lange **Fischgräte.**

Im ersten Augenblick nach der Herausnahme der betreffenden Gräte bemerkte der Pat. mit Erstaunen, daß die Bauchschmerzen sofort nachließen, der Bauch etwas weicher wurde und fast gar nicht druckempfindlich war. Kurz darauf sind Winde abgegangen und nach Verlauf einiger Zeit hatte der Kranke einige halbflüssige, braun verfärbte Stuhlgänge.

Der hier kurz geschilderte Fall veranlaßt mich, folgende Bemerkungen zu machen.

1. Ein so großer, harter und scharfer Gegenstand, wie die betreffende Fischgräte, kann verschluckt werden, ohne bemerkt zu werden, daher kann sich der Kranke erst nach einer gewissen Zeit daran erinnern.

2. Ein derartiger Gegenstand kann den Darmtractus passiren, hält sich nirgends auf und bleibt erst im Rectum (Ampulla recti) stecken, woran man stets denken soll, da es ein sehr wichtiges, diagnostisches und in jedem einzelnen Krankheitsfalle leicht controlirbares Merkmal ist.

3. Das Anhalten der Fremdkörper in der Ampulla recti ist in der Weise zu erklären, daß der Gegenstand einerseits aus dem engen Theil des Afters in den weiteren Abschnitt (Ampulla) gelangt, wo eine Lageveränderung zu Stande kommt und wo er an die Darmwand sich anlehnt, und andererseits, daß das reichliche Vorhandensein der sensiblen Nerven im After eine reflectorische Contraction der Muscularis veranlaßt.

4. Ich habe bereits angedeutet, wie fest die Grätenspitzen saßen, und daß es ursprünglich unmöglich war, ohne starke Schmerzen hervorzurufen, sie von der Stelle wegzurücken. Zweifellos war der Darm an jener Stelle stark (krampfartig) contrahirt, was die Entfernung des Fremdkörpers erschwert hatte. Auch die Einführung des Fingers in den Anus war schwierig; das Hinderniß bestand in der Contraction des Sphincter ani.

5. Die an einer bestimmten Stelle bestandene Darmcontraction rief die Bauchauftreibung, die Schmerzhaftigkeit des Leibes in Folge der Gasauftreibung, das Fehlen der Windabgänge und Stuhlgänge hervor.

6. Wunderbar ist es, daß außer einem Dranggefühl der Kranke keine Schmerzen im unteren Theile des Bauches oder im Anus empfand, dafür aber diffuse Schmerzen im ganzen Bauch vorhanden waren, die sofort nach der Entfernung der Fischgräte verschwanden.

7. Es verdient ferner bemerkt zu werden, daß die Fischgräte, nachdem sie den ganzen Darmtractus passirt hatte, fast gar nicht verändert war; sie war hart, normal elastisch und nicht erweicht, nicht unter dem Einflusse des Magensaftes und der Darmsäfte verdaut, wie dies zu erwarten wäre. Die beiden Enden, das scharfe und zugespitzte, abgeplattete, waren deutlich zu unterscheiden. Blos die Farbe ist braun geworden.

8. Oft sind wir genöthigt, zur Chloroformnarkose Zuflucht zu nehmen, wenn die durch Fremdkörper hervorgerufene Schädigung (Verwundung mit einem scharfen Gegenstand, Ulceration, Eiterung) beträchtlich, der Sphincterkrampf intensiv ist, und wir, ohne dem Kranken heftige Schmerzen zu verursachen, nicht im Stande sind, den Fremdkörper zu entfernen. Ein ähnliches Verhalten hatte nämlich in dem von Mucha aus dem Spital-Ambulatorium von J. Kramsztyk veröffentlichten Falle [1] stattgefunden. Da ich bei der Krankenaufnahme zugegen war, schlug ich vor, den kranken Knaben zu chloroformiren und die zahlreichen Zwetschkensteine, die im After vorhanden waren, zu entfernen, was Gutwein mit Erfolg ausgeführt hat. Der After war in jenem Falle verwundet, an manchen Stellen ulcerirt und aus den Ulcerationen entleerte sich Eiter und Blut. Der betreffende Pat. genas.

9. Schließlich sei bemerkt, wie wichtig in einem derartigen Falle die manuelle Untersuchung der Analöffnung und des Afters ist, obwohl eine solche Manipulation weder für den Kranken, noch für den Arzt sehr angenehm ist. Es ist aber bekannt, wie oft die Untersuchung per rectum uns reichlich diese doppelte Widerwärtigkeit belohnt; hier treffen wir hämorrhoidale Knoten, Polypen, Carcinome, Incarcerationen, Darmprolapse, Kothsteine, Fremdkörper u. s. w. Aus eigener Erfahrung weiß ich, daß die Untersuchung dieser Art von Aerzten häufig vernachlässigt wird, und zwar in Fällen, wo sie unumgänglich nothwendig ist, wo schon das Einführen des Fingers in den After den Krankheitsproceß oft vollkommen klar macht.

[1] „Medycyna", 1893.

Zur Behandlung des Blasencatarrhes.

Von **Prof. Dr. Josef Englisch,** Primararzt in Wien.

(Fortsetzung.)

Die Behandlungsart war bis jetzt meist nur symptomatisch, während sie doch radical sein soll. Die lange Dauer, sowie der oft nicht erzielte dauernde Erfolg haben wohl ihren Grund darin, daß häufig die disponirenden Momente übersehen wurden. Es gehört daher zu einer rationellen Behandlung der Blasenentzündung, sowohl die disponirenden, als auch Gelegenheitsursachen zu ermitteln, selbst die Heredität muß in das Bereich der Betrachtung gezogen werden. Wenn irgend wo, so ist behufs der Behandlung der Blasenentzündung eine genaue Anamnese nothwendig, welche sich über etwaige Erkrankungen aller Körpertheile, insbesonders auf die Ermittlung der Allgemeinerkrankungen zu erstrecken hat, wie die obige Angabe der ursächlichen Bedingungen zeigt. Nicht minder nothwendig ist es, sich von dem augenblicklichen Befunde der einzelnen Organe zu überzeugen. So ist es z. B. nicht gleichgiltig, in welchem Zustande Herz und Gefäße sich befinden, denn nach eigener Erfahrung wird die Prognose bei hochgradig atheromatös entarteten Gefäßen eine ungünstigere sein, als bei normalen Verhältnissen. Von besonderer Wichtigkeit ist die anamnestische Erhebung etwa vorausgegangener Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. Bevor wir zur Darstellung der eigentlichen Behandlung gehen, welche in Folgendem nur in ihren Principien besprochen werden soll, da eine ausführliche Darstellung nicht in den Rahmen passen würde, müssen noch allgemeine Fragen erledigt werden.

Die erste Frage ist: Gibt es eine primäre, idiopathische Blasenentzündung? Nach eigenen Erfahrungen muß diese Frage bejaht werden, wenn sie auch der Ansicht mancher Autoren (Guyon) entgegengesetzt ist. Freilich ist dieser Proceß dann nicht auf die Blase allein beschränkt, sondern hat die ganze Schleimhaut von der Niere bis zum Blasenhalse ergriffen. Die Erscheinungen von Seite der Blase sind aber immer die zumeist in die Augen springenden. Verfasser meint damit die Cystitis epidemica Hofmann's. Dieselbe tritt unter den schwersten Allgemeinerscheinungen auf. Der erste vom Verf. beobachtete Fall kam zweimal zur Beobachtung und starb in der zweiten Erkrankung an Urämie, so daß der Befund in der Leiche constatirt werden konnte. In der zweiten Beobachtung kamen zu gleicher Zeit 3 Fälle genau unter denselben Erscheinungen zur Beobachtung, von denen zwei heilten, der 3. Fall später mit Tuberculose der Nieren endigte. Nicht genau in diese Kategorie gehörend, aber sehr ähnlich verhält sich die Erkrankung der Harnorgane bei Influenza, welche aber meist solche Individuen ergreift, welche bereits, wenn auch an leichten Störungen der Harnentleerung leiden. Dieselbe erweist sich als eine schwere Intoxication.

Das Bild, unter welchem die idiopathische Blasenentzündung auftritt, ist in Kürze folgendes: Unter heftigem Fieber, nicht immer mit Schüttelfrost eingeleitet, stellt sich heftiger Harndrang ein, der sich zur vollständigen Harnverhaltung steigert, weswegen diese Kranken zumeist auf die chirurgischen Abtheilungen kommen. Die Blase ist meist nur wenig gefüllt, aber druckempfindlich. Beim Katheterismus entleert sich dunkler Harn, von hohem specifischen Gewicht in geringer Menge. Die Blase ist gegen die Berührung äußerst empfindlich. Sobald aller Harn ausgeflossen ist und das Instrument mit der Blasenwand in Berührung kommt, quillt hellrothes Blut hervor. Im Sedimente des entleerten Harnes findet sich nur Schleim, reichlich rothe Blutkörperchen und Lymphkörperchen in geringer Menge. Unter Abnahme der rothen Blutkörperchen, Zunahme der Lymphkörperchen treten am 2. und 3. Tage die Nierenepithelien und Nierencylinder auf. Die Leichenuntersuchung ergab, daß die Schleimhaut der Blase sammtartig geschwellt, hochroth gefärbt, mit zahlreichen Capillaren durchzogen war, wie wir es z. B. bei einer acuten Entzündung des Gaumens und der Mandeln zu sehen gewohnt sind. Vermöge der Beschaffenheit der Schleimhaut der Harnleiter und des Nierenbeckens tritt die Röthe und Schwellung in diesen Theilen weniger hervor. Die Nieren bieten die Erscheinungen einer acuten Nephritis dar.

In ähnlicher Weise verhalten sich die Entzündungen der Blase, welche als toxische bezeichnet werden. Selbe wurde bis jetzt am häufigsten bei Anwendung der Canthariden, aber auch bei Morphium, Chinin, Jodkali, bei Balsamica und Diuretica beobachtet (Guyon). Das Bild gleicht im Allgemeinen dem obigen, nur treten die entzündlichen Erscheinungen, subjective und objective, noch mehr an der Blase hervor, wie das Bluthamen beweist.

Da diese Erkrankung meist jugendliche, kräftige Individuen betrifft, so bleibt dieselbe nicht blos auf die Schleimhaut beschränkt, sondern ist auch eine interstitielle und pericysteale, woraus sich die Heftigkeit der Erscheinungen, insbesondere des Harnzwanges, erklärt.

Bezüglich beider Formen liegen keine bacteriologischen Untersuchnngen vor. Beide Formen geben das Bild einer Cystitis acuta.

Ihnen reiht sich eine andere Form acuter Blasenentzündung an, welche durch einen besonderen Mikroorganismus bedingt ist, der sich aber wesentlich von jener unterscheidet, die in den anderen Formen der Blasenentzündung gefunden werden. Es ist dies die acute Blasenentzündung bei der Blennorrhoe. Ihre Erscheinungen gleichen den obigen und hat selbe mit ihnen noch gemein, daß die Entzündung nicht allein auf die Blase beschränkt bleibt, sondern auch die Nieren ergreift.[12]) Allbekannt ist die Hartnäckigkeit und die Neigung der blennorrhoischen Blasenentzündung zu Recidiven, wie sie sich aus dem Ergreifen aller Schichten der Blase ergibt.

Klinisch genommen, unterscheiden sich diese daher in ihrer Uebereinstimmung von den folgenden, gegenwärtig durch besondere, aber für die übrigen Formen der Blasenentzündung gemeinsame Bacterieninfection angenommenen Blasenentzündungen.

Dem entsprechend wird ihre Behandlung auch eine andere sein müssen, umso mehr, als auch gleichzeitig die Niere in verschiedenem Grade betheiligt ist. Absolute Ruhe muß als die erste Bedingung gelten. Oertlich stehen sich zwei Behandlungsweisen entgegen: Die durch Kälte und Wärme. Während eine Anzahl der Chirurgen nur die feuchte Wärme auf die Blasengegend empfiehlt, haben eigene Erfahrungen den Ausschlag für die Behandlung mit Kälte ergeben. Zunächst ist es die Anwendung von Eisbeuteln auf das Mittelfleisch, und in hohen Graden von Druckempfindlichkeit der Blasengegend auch auf diese mit gehörigem Schutze der Umgebung. Manchmal wird unter der Anwendung der Kälte die Contraction der Blase für kurze Zeit verstärkt, worauf die Kranken aufmerksam gemacht werden sollen. Aber bald nehmen Schmerzhaftigkeit und Blutbeimengung des Harnes ab. Die Kälte wird bis zum Schwinden der Druckempfindlichkeit fortgesetzt. Daneben Milchdiät. Innerlich bei geringer Blutung Emulsio comm. mit Opiaten, Dct. semin. lini mit Syrupus diacodii. Bei starker Blutung empfiehlt sich Liquor ferri sesquichlor. innerlich. Um nicht Wiederholungen bringen zu müssen, mag hier gleich erwähnt werden, daß nach eigenen Beobachtungen jede örtliche Behandlung der Blase vermieden werden soll, da die leiseste Berührung oder Zerrung der Blasenschleimhaut Blutung, beziehungsweise eine Verletzung der Blase hervorruft. Ausgenommen sind jene Fälle, wo es zur Harnverhaltung gekommen ist. — Der Katheterismus werde dann immer nur mit den möglichst weichen und nie zu dicken Instrumenten vorgenommen, um jede Verletzung der Schleimhaut zu vermeiden. Sobald der Harnstrahl abnimmt, soll, um die Berührung der Blasenwand durch das Instrument zu vermeiden,

[12]) Englisch, Ueber Blasenentzündung nach Tripper. „Internat. klinische Rundschau", 1889.

die Entleerung unterbrochen und eine geringe Menge einer sterilisirten Flüssigkeit eingespritzt werden. Auf diese Weise wird am ehesten eine Blutung vermieden. Nur selten wird man wegen großer Druckempfindlichkeit in die Lage kommen, Eisbeutel auf die Nierengegenden anwenden zu müssen. Die örtliche Behandlung dieser Formen der Blasenentzündung ist umso mehr zu vermeiden, als nach der geringsten Verletzung der Blasenschleimhaut rasch ein Zerfall derselben in großer Ausdehnung derselben erfolgen kann, worauf der sonst nur bluthältige Harn eine jauchige Beschaffenheit annimmt und der Zustand wesentlich verschlimmert wird. Die Anwendung der Antiphlogose ist lange fortzusetzen, indem leicht eine Wiederkehr des acuten Stadiums durch unzweckmäßiges Verhalten des Kranken eintreten kann, welcher Umstand stets im Auge behalten werden soll. Sind die acuten Erscheinungen geschwunden, so tritt jene Behandlung ein, welche später für die chronischen Formen angegeben werden wird. Diese Nachbehandlung muß aber möglichst lange fortgesetzt werden, und zwar umso länger, je tiefer der Entzündungsproceß eingedrungen. Als Eigenthümlichkeit dieser Erkrankung muß, wie für die Cystitis blennorrhagica, die Neigung zu Recidiven hervorgehoben werden. Die Ursache liegt nach eigenen Erfahrungen nur darin, daß die Nachbehandlung nicht bis zum vollständigen Aufsaugen der entzündlichen Producte fortgesetzt wurde. Erscheint dieselbe den Kranken, wegen Schwinden jedes belästigenden Symptomes, auch überflüssig, so muß der Arzt doch auf die Fortsetzung dringen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die begleitende Nierenaffection, welche in der Regel länger andauert, als die der Blase. Hat die Entzündung auch das pericysteale Zellgewebe ergriffen, werde die Abnahme der Infiltration öfter durch die Rectaluntersuchung geprüft und dabei die Gegend der Samenblasen besonders berücksichtigt, da in Folge eines daselbst befindlichen starren und in Schrumpfung begriffenen Exsudates leicht ein Zusammendrücken eines Harnleiters möglich ist, und dieß durch Harnstauung im Nierenbecken zur Erweiterung desselben Schwund der Nieren, zu wiederholten schmerzhaften Reizungen derselben Veranlassung geben kann, welche letztere von den blossen Recidiven der primären Nierenentzündung scharf zu unterscheiden sind.

Gehen wir nun aber zur Betrachtung der durch Mikroorganismen bedingten Blasenentzündung über, so haben wir zunächst die tuberculöse Form in's Auge zu fassen. Dieselbe ist entweder 1. primär, und zwar bei Mangel jeder vorausgegangenen entzündlichen Affection der Blase, aber hereditärer oder individueller Belastung oder nach vorausgegangenen entzündlichen Processen; 2. secundär durch Fortleitung von benachbarten Organen, z. B. Vorsteherdrüse, Niere u. s. w., die anfangs unter geringen Erscheinungen, manchmal mit Blutung beginnt und sich ebenso langsam weiter entwickelt. Bei der Behandlung der tuberculösen Blasenaffection bildet die allgemeine, antidyskrasische Behandlung die Hauptsache. Bezüglich der Localbehandlung muß hervorgehoben werden: 1. Die Blasenschleimhaut ist sehr reizbar und jede Vermehrung des Reizes fördert die Ausbreitung des Processes; 2. durch die Einlagerung starrer Exsudate erlangt die Schleimhaut eine gewisse Starrheit, weswegen die Blase keine Ausdehnung erlaubt; 3. hat die Schleimhaut die Eigenthümlichkeit, bei jeder Verletzung rasch zu zerfallen; ist nun der Zerfall eingetreten, so breitet sich derselbe rasch aus und bekommt das Blaseninnere das Aussehen einer zerfetzten, schwürigen Membran; 4. rasche Ausbreitung auf alle Schichten der Blasenwand; 5. rasche Verallgemeinerung der Erkrankung. Der Nachweis von Tuberkelbacillen gelingt nur bei Zerfall der Schleimhaut. Durch diese Umstände wird die Behandlung der Blase eine schwierige, indem Alles vermieden werden muß, was die Blase reizt, eine Verletzung oder einen Zerfall erzeugt. Andererseits erheischt die Beimengung und Zersetzung des Harnes in den höheren Graden der Erkrankung eine besondere Pflege und Reinigung der Blase. Die Behandlung der tuberculösen Blasenentzündung gehört daher zu den schwierigsten. Die Behandlung ist daher zumeist eine diätetische, antidyskrasische; weiterhin eine symptomatische, insbesondere was den Schmerz anlangt. Die Reinigung der Blase muß mit größter Vorsicht zur Vermeidung der obigen schädlichen Wirkungen vorgenommen werden. Die Wahl eines weichen, dünnen, die Harnröhre und die Blasenmündung derselben nicht dehnenden Instrumentes kann nicht genug empfohlen werden; ebenso die Injection einer dem Lumen der Blase angepaßten, die Blase nicht dehnenden Menge von Flüssigkeit. Jodoform wurde als Specificum hingestellt und in der Form von Emulsion (1 auf 20—50 Glycerin) eingespritzt. Controlversuche haben nur geringen Erfolg bezüglich der Blase gezeigt; dagegen aber hat eine sorgfältige Untersuchung des Harnes ergeben, daß nach Injectionen von Jodoformglycerin fast ausnahmslos Nephritis eintritt. Zu den Injectionen in die Blase eignen sich daher nur die indifferentesten Mittel: Plumb. acet. basic. solut. (1—4%). Tannin (1—5%), Alaun (4%), Kali hypermangan. nur in sehr verdünnter Lösung oder blos sterilisirtes Wasser. Das Hauptgewicht liegt in der antidyskrasischen Behandlung. Der Nachweis von Tuberkelbacillen gelingt äußerst selten.

Die zweite durch einen genau bestimmten Mikroorganismus (Gonococcus NEUSSER) bedingte Blasenentzündung ist die bei Tripper. Diese Form gleicht zumeist der idiopathischen und ist von derselben Heftigkeit, sowie von der gleichen, raschen Ausbreitung gegen die Nieren. Der Verlauf ist ein äußerst langsamer, die Neigung zu Recidiven auffallend groß, der Uebergang in die chronische Form fast ausschließlich. Es erklärt sich dieses theils aus der langen Dauer des Gonococcus in der Harnröhre, theils dadurch, daß die Ausbreitung rasch auf alle Schichten der Blasenwand erfolgt, und speciell auf das intermusculäre Zellgewebe. Trotzdem es außer allem Zweifel ist, daß sich die Blasenentzündung an die der Harnröhre anschließt, so wurde der Gonococcus doch noch nicht im Blaseninhalte gefunden. Nach eigener Erfahrung hat sich auch hier die strengste Antiphlogose mit Vermeidung jeder Instrumentalbehandlung im acuten Stadium bewährt, daher sie ausschließlich geübt wird. Die weitere Behandlung gleicht ebenso der idiopathischen Form. Versuche mit Instillationen haben keine günstigeren Resultate ergeben, waren aber immer von den heftigsten Schmerzen begleitet. Eine besonders schwere Complication ist das Auftreten der Cystitis blennorrhoica bei tuberculösen Individuen.

Die dritte Form der durch Mikroorganismen bedingten Blasenentzündungen begreift jene, welche durch Mikroorganismen hervorgerufen werden, die entweder in den Harnwegen oder in den Nachbarorganen gefunden werden. Da, wie alle Forscher übereinstimmen, dieselben nur auf einem schon vorbereiteten Boden gedeihen, so wird sich die Behandlung in jene theilen, welche auf die Beseitigung der disponirenden Ursachen abzielt und in jene, welche die Beseitigung der durch die Mikroorganismen gesetzten Veränderung der Organe und deren Secrete anstrebt. In erster Beziehung werden wir uns nicht auf disponirende Ursachen allein beschränken können, sondern wir müssen auch die Wege berücksichtigen, auf welchen die Mikroorganismen von benachbarten Organen in die Blase gelangen, weil dieses auf die Ermittlung der Erkrankungen jener führt. Ferner müssen wir in Betracht ziehen die Veränderungen der Schleimhaut (Cystitis catarrhalis, suppurativa, ulcerosa, crouposa, diphtheritica u. s. w.), die Absonderung derselben und den Schmerz. Die Behandlung ist daher entweder eine radicale, wenn sowohl die Grundursache, als auch die Folgen gehoben werden können, oder eine symptomatische, wenn wir uns auf die Behandlung der Folgezustände allein beschränken müssen.

(Fortsetzung folgt.)

Beiträge zur Physiologie und Anatomie der menschlichen Nase.

Der Weg des Luftstromes in der Nase.

Von **Dr. Gottfried Scheff** in Wien.

(Schluß.)

Abweichend vom Thema sei mir gestattet, da ich auch dieser Frage experimentell näher trat, Ihre Aufmerksamkeit darauf hinzulenken.

Es sind die gewöhnlichen Athembewegungen des lebenden Menschen viel zu schwach, um auf den Inhalt der Nebenhöhlen aspirirend einzuwirken. Anders ist das beim Nießen, ein Reflexact, welcher den nach vorheriger Inspiration erfolgten Abschluß sämmtlicher Athmungswege mittelst einer krampfhaften explosiven Ausathmung durchbricht. Die Luft strömt in solchem Falle zweifellos mit solcher Geschwindigkeit durch die Nasenhöhle, daß sie den Inhalt der Nebenhöhlen aspirirt und zur Reinigung derselben führt. Zum Zwecke von Luftdruckmessungen und zur Prüfung, ob ein etwa vorhandener Inhalt den Nebenhöhlen während des Nießactes aspirirt werden könne, stellte ich Versuche an Katzen und Hunden an. Die Thiere befanden sich in Morphiumnarkose. — Obwohl nun alle in der Praxis und Wissenschaft zur künstlichen Erregung des Nießens bekannten Mittel angewendet wurden, konnte es mir nicht gelingen, künstliches Nießen hervorzurufen, ebenso konnte ich von den Nebenhöhlen aus mit den gleichen Mitteln kein Nießen hervorrufen. Dieser negative Erfolg mag vielleicht durch die Narkose begründet sein.

Ohne Narkose konnte ich nicht arbeiten und eine solche mit Chloroform versprach vom Hause aus keinen Erfolg, weil sie jede Reflexthätigkeit zum Verlöschen bringt. Prof. Gärtner theilte mir mit, daß er wiederholt beobachtet hat, wie bei Katzen nach Eröffnung der Stirnhöhle heftige, zahlreiche Nießbewegungen auftraten, und daß das von obenher in die Stirnhöhle eingedrungene Blut beim Nasenloch herausgeschleudert wurde. Auch diese Thiere befanden sich, soweit die Erinnerung des Experimentators reicht, in Morphiumnarkose, und ich hoffte daher, bei meinen Versuchen diese Beobachtung wiederholen zu können. Wie bereits erwähnt, ist dies nicht gelungen. Trotzdem unterliegt es keinem Zweifel, daß die ausgesprochene Hypothese über die Wirkung des Nießens auf den Inhalt der Nebenhöhlen der Nase physikalisch vollkommen begründet ist. Zu dem eigentlichen Thema meines heutigen Vortrages zurückkehrend, komme ich zuvörderst zur Beschreibung der ausgeführten Experimente, welche mit Unterstützung des Herrn Prof. Gärtner ausgeführt wurden und dem ich hier an dieser Stelle meinen besten Dank ausdrücke.

Meine Experimente zerfallen in zwei verschiedene Gruppen:

Die erste Gruppe besteht aus Versuchen, welche mit denen Pasteur's verwandt sind.

Wie er und mehrere spätere Bearbeiter dieses Gegenstandes, versuchte auch ich, auf eine dem Gesichtssinne zugängliche Weise die Spuren eines die Nase passirenden Luftstromes ersichtlich zu machen. Bekanntermaßen gibt Jod mit einer Kleisterlösung eine violette Färbung. Eine mit Joddämpfen imprägnirte Schleimhaut müsste daher, mit Stärkekleister übergossen, durch die Jodreaction den Weg zeigen, welchen der passirende Luftstrom eingeschlagen habe. Von dieser Idee ausgehend, begannen wir mit unseren Experimenten zuerst an Leichenschädeln, welche vom Rumpfe so getrennt wurden, daß von der Trachea ein genügendes Stück noch belassen war, um in selbe einen Schlauch einführen zu können, welcher mit einer Vorrichtung in Verbindung gesetzt wurde, durch welche die Luft aspirirt werden konnte. Für die Nase wurde aus vulcanisirtem Kautschuk ein dieselbe luftdicht deckendes Futteral construirt, an welchem entsprechende Vorrichtungen angebracht waren, damit die erzeugten Joddämpfe ungehindert bei Inspirationsacten in die Nase einströmen konnten. Es zeigte sich jedoch bald, daß diese Art der Experimente unseren Intentionen nicht entsprechen könne, da alle dabei zu beobachtenden Umstände nicht ausreichend sind, auch dem im Leben üblichen Respirationsvorgange nahe zu kommen. Wir wählten daher zu unseren weiteren Experimenten ganze Leichen, und zwar möglichst frische, bei denen in der Regel seit dem Eintritte des Todes 24—48 Stunden verflossen waren. Unter diesen Versuchsobjecten befanden sich Leichname von Männern und Frauen verschiedenen Alters. Im Ganzen sind zehn solcher Versuche angestellt worden. Die an Köpfen gemachten Versuche sind hier unberücksichtigt geblieben. Zunächst wurde an den Leichen die Tracheotomie so tief als möglich ausgeführt. In die so eröffnete Trachea wurde eine daumendicke Glascanüle eingebunden, die Canüle mittelst Schlauches mit einem Zweiweghahn und mit einer 400 Ccm. Fassungsraum enthaltenden Spritze verbunden. Nachdem nach Verschluß der Mundöffnung und Fixation der Zunge eine für die Athmung nothwendige Lage bewerkstelligt war, begann das Experiment, und zwar sowohl in sitzender, als auch liegender Stellung des Leichnams bei möglichst natürlicher Kopfstellung. Durch das Anziehen des Spritzenstempels wurde die Inspiration imitirt und in solcher Weise die mit Joddämpfen geschwängerte Luft durch die Nase geleitet; die Exspiration erfolgte nicht durch die Nase, sondern durch die schon angegebene Vorrichtung nach außen. Solche Proceduren wurden 10mal wiederholt und damit das eigentliche Experiment beendet. Die eingesaugten Dämpfe, Joddämpfe, trafen zunächst das Filtrum der Oberlippe, erfüllten den Hohlraum unterhalb der Nasenhöhle und traten dann erst in die letztere ein. Nach Entfernung der beim Experimente in Anwendung gebrachten Vorrichtungen wurde der Schädel vom Rumpfe getrennt, genau in der Medianlinie durchsägt, so daß das Septum narium mindestens einerseits unversehrt erhalten blieb. Die so eröffnete Nasenhöhle wurde mit Stärkekleister übergossen und da gab die charakteristische Jodfärbung genau den Weg an, welchen der Luftstrom während des Experimentes eingeschlagen hatte. Es zeigte sich nun, wie ich das hier durch Zeichnungen nach der Natur zu demonstriren in der Lage bin, daß die Hauptmasse des Luftstromes den mittleren und mäßig den oberen Nasengang passirte, während nur ein geringer, kaum nennenswerther Theil auch in den unteren Nasengang seine Spuren zurückließ. Die scharf punktirten Stellen in den Zeichnungen geben die vom Jod getroffenen Partien an.

I. So sieht man an dem Schädel eines 30jähr. Mannes mit vollkommen normaler Beschaffenheit der Nase am Vestibulum eine starke Anhäufung des Jodniederschlages, nach dem er sich am vorderen Rande und an der freien Fläche der unteren Muschel nur mäßig angelegt hat, gegen den mittleren Nasengang am intensivsten, der obere Nasengang zeigt nur mäßige Spuren, auch an der freien Fläche der mittleren Muschel ist ein mäßiger Jodniederschlag zu merken. Im Ganzen ist ersichtlich gemacht, daß der Luftstrom der Hauptmasse nach zuerst in gerader Richtung nach aufwärts steigt, um im Bogen nach hinten und unten durch die Choanen in die Rachenhöhle zu treten.

II. An dem Schädel eines etwa 20jähr. Mannes, Experiment bei sitzender Leiche, geht der Weg des Luftstromes gleich wie im Falle I hauptsächlich durch den mittleren und theilweise oberen Nasengang.

III. Der Schädel eines 70jähr. Mannes, bei dem die Muscheln der senilen Atrophie verfallen sind, zeigt am eclatantesten, daß der Luftzug nach oben gerichtet ist. Die sowohl in diesem Falle, wie auch in den Fällen I und II im unteren Nasengang bemerkbaren punktirten Stellen dürfen gleich den Stromschleifen nur als Nebenbahnen betrachtet werden. Aus dem letzten hier vorgezeigten Falle läßt sich der Schluß

ziehen, daß das Fehlen oder Vorhandensein der unteren und mittleren Muschel keinen wesentlichen Einfluß auf die Richtung des Luftstromes nehme, wie es von einigen Autoren angenommen wurde. In der That liefert auch die 2. Gruppe der Untersuchung, von welcher ich jetzt noch kurz zu sprechen habe, den Beweis, daß von der Natur aus die Raumverhältnisse der Nase so angelegt sind, daß jener Theil, welcher der Hauptpassage gewidmet wird, d. i. der mittlere Nasengang, am breitesten ist. Sohin ist auch die Erscheinung erklärlich, daß bei Verlegung des mittleren Nasenganges, welcher, wie das hier schon gezeigte Ausgußpräparat beweist, der breiteste ist, Athembeschwerden eintreten.

Von der Idee ausgehend, man könne aus der Betrachtung des architektonischen Aufbaues der Nasenhöhle über die in Rede stehenden Verhältnisse Aufschluß erhalten, fand ich mich veranlaßt, neuerlich die Anatomie der Nase einer besonderen Berücksichtigung zu unterziehen. Ich wählte dazu eine Methode, welche mit Bezug auf dieses Organ neu und, soweit meine Kenntnisse der Literatur reichen, vor mir niemals geübt worden ist. Ich fertigte nämlich Ausgüsse der Höhle an und konnte an diesen mit einem Blicke die Raumverhältnisse, den Verlauf des in einzelne Abtheilungen gegliederten Luftweges viel besser übersehen, als dies durch die Untersuchung der Nasenhöhle selbst jemals möglich war.

Wir können in die intacte Nasenhöhle nur durch die relativ engen Eingangspforten, Nasenloch und Choane, nur sehr unvollkommen Einblick erhalten, so wie wir aber zur Erlangung einer besseren Uebersicht das Septum entfernen, haben wir die Nasenhöhle in ihrer Integrität zerstört und können dann über die Dimensionen des Luftstromes, der früher da bestand, keinen Aufschluß erhalten. Es gibt also außer dem von mir betretenen, kaum einen anderen zum Ziele führenden Weg, als höchstens den, zahlreiche Querschnitte durch die Nasenhöhle anzulegen und durch Aneinanderreihung derselben im Geiste die Form der Nasenhöhle selbst durch eine Art Integration wieder herzustellen. Bei dem außerordentlich complicirten Bau der Nasenhöhle, deren Querschnitt, man möchte sagen, von Millimeter zu Millimeter wechselt, dürfte es kaum Jemandem gelungen sein, auf dem oben angegebenen Wege ein mit den wirklichen Verhältnissen übereinstimmendes Bild zu gewinnen.

Selbst die besten Kenner der Nasenhöhle werden zweifellos beim ersten Anblick eines Ausgusses derselben überrascht sein und manches Neue an derselben lernen können. Ueber die Methode, wie solche Ausgüsse angefertigt werden, gehe ich hier hinweg. Die mit freundlicher Unterstützung des Herrn Prof. Kolisko ausgeführten Versuche, die mit vielen Schwierigkeiten verbunden sind, haben noch nicht unsere vollste Befriedigung und werde ich nach weiteren Versuchen an geeigneter Stelle Mittheilung machen. Hier will ich Ihre Aufmerksamkeit nur auf jenen Theil des Modells lenken, welcher dem mittleren Nasengang entspricht. Man sieht denselben an dieser Stelle am dicksten und einen ununterbrochenen Zug, welcher direct vom Nasenloch durch den engen Theil gegen diesen Abschnitt der Nasenhöhle und bis in die Choanen hinführt, ohne durch eine Vertiefung oder Einkerbung unterbrochen zu sein. Wir erfahren also bei Betrachtung des Modells, daß es nur einen weiten und hindernißlosen Weg durch die Nasenhöhle gibt, und daß dieser Weg der mittlere Nasengang ist.

Dadurch ist auch die durch das Experiment an Leichen gewonnene Thatsache, daß ein durch die Nase streichender Luftstrom seinen Weg hauptsächlich durch den mittleren Nasengang nimmt, zur Genüge unterstützt.

Referate und literarische Anzeigen.

Dujardin-Beaumetz (Paris): **Les petits moyens employés pour le diagnostic et la cure des affections de l'estomac.**

Die Resultate der modernen Magenchemie bieten für den Praktiker, selbst wenn sie stets verläßlich wären, nur geringen Werth, da eine einmalige oder auch wiederholte Untersuchung des Mageninhalts fast niemals genügt, um über den Verdauungsmodus im einzelnen Falle ein klares Bild zu gewinnen; es bedarf hiezu vielmehr systematisch angeordneter Serien von Untersuchungen, deren Durchführung eigentlich nur im Spitale möglich ist. D.-B (Bull. génér. de thérapeut., 1894, Nr. 38) hält es daher nicht für überflüssig, einige Winke zu geben, welche auf klinischer Erfahrung beruhen. Als diagnostischen Behelf benützt D.-B. das erste Frühstück, welches aus Kaffee oder Thee mit Milch und etwas Weißbrot ohne Butter besteht. Tritt zwei Stunden nach einem solchen Frühstück ein Gefühl von Wärme im Magen und „die Empfindung von starker Säure" ein, so handelt es sich um eine hyperacide Dyspepsie; stellt sich hingegen Aufstoßen, das Gefühl von Völle und Schwere im Magen ein, so läßt dies auf Mangel an Salzsäure schließen. Treten nach einer Viertelstunde leichte Schmerzen auf, die sich allmälig steigern, so spricht das für eine entzündliche Gastroduodenitis. Störungen in den muskulären und nervösen Antheilen des Magens endlich manifestiren sich durch schmerzhafte Magenkrämpfe und Erbrechen. Diagnostisch zu verwerthen ist ferner der Einfluß, den die erneute Zufuhr von Nahrung auf schon bestehende Magenschmerzen ausübt; bei Hyperchlorhydrie pflegt dieselbe nämlich die Schmerzen zu lindern, während sie bei anderen Formen, namentlich bei der chlorotischen Gastralgie, dieselben steigert. Einen gewissen Anhaltspunkt gewährt auch der Beruf des Patienten. So pflegen Weinreisende, Gastwirthe etc. an Hyperchlorhydrie zu leiden, desgleichen Personen, deren Beruf große Kraftentfaltung erfordert, namentlich diejenigen, welche während der Nacht arbeiten (Bäcker etc.). Schließlich ist nicht unwichtig, daß gewisse Magenaffectionen in manchen Districten wegen der daselbst bestehenden Eigenthümlichkeiten der Lebensweise endemisch sind.

Therapeutisch empfiehlt es sich, daß man alle Individuen mit gastrischer Stase auf der rechten Seite schlafen lasse, um den Uebergang der Speisen in den Darm zu erleichtern. Einen vorzüglichen Einfluß auf die Förderung der Verdauung hat ferner der Genuß von sehr warmem Wasser, welches des Wohlgeschmackes wegen in Form von leichtem Thee gegeben werden kann, und zwar soll 1—1½ Stunden nach dem Essen eine kleine Tasse davon genommen werden. Von den Mineralwässern sind die stark kohlensäurehältigen zu vermeiden. Dagegen empfiehlt D.-B. den Gebrauch von kleinen Mengen alkalischer Wässer, die ½—1 Stunde vor der Mahlzeit zur Anregung des Apetits bei Hyperchlorhydrie zu nehmen sind. Dieselben Wässer, während oder nach der Mahlzeit genommen, bewirken eine Steigerung der Thätigkeit der Magenmuskulatur und sind daher in einschlägigen Fällen zu verordnen. Endlich weist D.-B. auf den großen Nutzen der Massage hin. s—s.

Th. Rumpf: Die Aetiologie der indischen Cholera.

Die Hamburger Choleraepidemie hat die Frage nach der ätiologischen Bedeutung der Koch'schen Cholerabacillen wieder zu einer acuten gemacht; von verschiedenen Seiten sind Befunde veröffentlicht worden, welche die Bedeutung der Koch'schen Bacillen sehr einschränken wollen, und es sind sowohl morphologische als auch biologische Differenzen zwischen den Cholerabacillen verschiedener Herkunft gefunden worden.

Rumpf in Hamburg faßt in einem in der Volkmann'schen Sammlung erschienenen Vortrage (Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 109/110) den jetzigen Stand der Frage in einem für Koch günstigen Sinne auf; nichtsdestoweniger meint er, daß die Verwerthung der Commabacillen bei der Diagnose der Cholera ganz wesentliche Einschränkungen erfahren dürfte und daß die Diagnose nur auf Grund des epidemiologisch-klinischen Bildes gestellt werden müsse.

Ebenso wichtig ist das Resultat der Hamburger Beobachtungen, daß die Commabacillen im Wasser gewisse Stadien der Entwicklung durchmachen, unter ungünstigen Verhältnissen einen Theil ihrer Eigenschaften verlieren, bei günstigen Bedingungen an Menge zunehmen und an Virulenz gewinnen. Mit dieser letzten Feststellung ist auch das wichtigste Postulat erfüllt, welches PETTENKOFER zur Erklärung der Choleraepidemien verlangt, die Entwicklung des Commabacillus außerhalb des menschlichen Körpers bis zu einer gewissen Höhe der Virulenz. Indessen muß außer der Virulenz auch die Menge der Commabacillen für die Entstehung der Cholera von Bedeutung sein. Ein die Entwicklung und Virulenz begünstigendes Moment besteht in länger andauernder Wärme der Luft und des Flußwassers, während Kälte und starke Regengüsse hemmend einwirken. Durch die Flüsse findet ein Verschleppen der Commabacillen auch unabhängig vom menschlichen Verkehr statt. Doch können die Commabacillen außerhalb ihrer indischen Heimat keinen dauernden Fuß fassen.

Auf dem Wege des Trink- und Gebrauchswassers gelangen die Commabacillen direct oder indirect durch Aussaat auf Speisen und Getränke in die Wohnungen und in den Magendarmcanal der Menschen; in diesem können sie ohne weitere Erscheinungen zu Grunde gehen. In einer Reihe von Fällen gelangen sie mit oder ohne Vermehrung im Darm wieder zur Ausscheidung, ohne daß eine Erkrankung folgt, und in anderen Fällen rufen sie Krankheitssymptome hervor, welche zwischen einfacher Diarrhoe und dem ausgebreiteten Bilde der asiatischen Cholera schwanken. Die Zahl der Fälle, in welchen das schwere Cholerabild auf die Infection folgt, dürfte weit weniger als 50% der Inficirten ausmachen. Die aus dem Darmcanal der Erkrankten ausgeschiedenen Commabacillen zeigen ein hochgradiges Schwanken der Virulenz.

Die Entstehung des Einzelfalles oder der Epidemie hängt nur von der Zahl der disponirten Menschen ab, welche virulente Commabacillen in ihren Magendarmcanal einführen. Erfolgt bei vorhandener allgemeiner Disposition eine plötzliche und reichliche Aussaat virulenter Commabacillen über einen größeren bewohnten Bezirk, so entstehen jene explosionsartigen Ausbrüche der Cholera. Bei geringerer und andauernder Aussaat entstehen Einzelfälle oder Epidemien, welche sich über größere Zeiträume verschleppen.

Das Aufhören einer Epidemie ist weniger auf eine stattgehabte Immunisirung zurückzuführen als auf unbekannte Vorgänge, welche eine langsam fortschreitende Abnahme des Wachsthums und der Virulenz der Commabacillen bedingen. Vielleicht kommt eine allgemeine Abnahme der Disposition als Unterstützungsmittel bei dem Abklingen einzelner Epidemien hinzu. Fe.

A. PINARD: De l'agrandissement momentané du bassin.

P. gelangt in seinem Bericht über die momentane Erweiterung des Beckens, gelesen auf dem Congreß zu Rom (April 1894), zu folgenden Resultaten seiner klinischen, anatomischen und experimentellen Studien:

1. Die aseptische Symphyseotomie ist eine nicht gefährliche Operation.

2. Um zu nützen, muß dieselbe complet sein und muß das Auseinanderweichen der Symphyse im richtigen Verhältnisse zur Verengerung des Beckens stehen.

3. Die Symphyseotomie darf nur in Fällen ausgeführt werden, in welchen eine genaue Abschätzung des Beckenraumes ergibt, daß durch ein Klaffen der Symphyse von 7 Cm. die Passage des kindlichen Kopfes gestatten wird.

4. Ein Auseinanderweichen der Symphyse über 7 Cm. ist zu verwerfen, da es Verletzungen der Weichtheile verursachen kann.

5. Wo die Spreitzung der Symphyse bis auf 7 Cm. nicht genügende Erweiterung des Beckens für die Passage des Kopfes geben würde, ist auf die Sectio caesarea (PORRO) zu recurriren.

6. Bei schräg verengtem Becken mit Synostose einer Articulatio sacroiliaca, wo die spontane Geburt nicht möglich ist — was erst im Laufe der Geburt sich ergibt — ist die Operation nach FARABEUF (Ischiopubiotomie) angezeigt.

7. In Fällen von Steißbeinankylose als Hinderniß für den spontanen Durchtritt des Schädels ist die digitale Ruptur dieser Ankylose oder die subcutane Resection des Steißbeines auszuführen.

8. Die Embryotomie, die Zertrümmerung des Kopfes, das Absterbenlassen des Kindes sind stets zu verwerfen.

9. Die momentane Erweiterung des Beckens, geübt innerhalb der angegebenen Grenzen, führte zum Aufgeben: 1. der künstlichen Frühgeburt; 2. einer jeden Operation, welche den Schädel gegen einen Widerstand der Beckenknochen ankämpfen lassen will, welchen die Uteruscontractionen nicht überwinden können. BREUS.

Lehrbuch der gerichtlichen Medicin mit gleichzeitiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. Von Dr. Ed. R. v. Hofmann, k. k. Hof- und Obersanitätsrath, o. ö. Professor der gerichtlichen Medicin und Landesgerichtsanatom in Wien. VII. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 130 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Zwei Jahre sind kaum verflossen, seitdem die sechste Auflage des HOFMANN'schen Buches erschienen ist, und schon folgt mit großer Pünktlichkeit die siebente, vermehrte und verbesserte Auflage. Wenn irgend Etwas für die Vorzüglichkeit eines Lehrbuches sprechen kann, so ist es diese ungewöhnlich rasche Aufeinanderfolge der Auflagen, und wenn Etwas den Fleiß des hochgeschätzten Verfassers beweisen kann, sowie die Beliebtheit seines Lehrbuches, welches gleichen Anklang in Oesterreich und Deutschland, bei Aerzten und Studirenden gefunden, so ist es die im Laufe weniger Jahre nun herausgegebene siebente Auflage, eine Erscheinung, die in der jetzigen Literatur ihresgleichen nicht findet. Fragt man sich, wie es der Verf. zu Stande gebracht, eine vermehrte und verbesserte Auflage nicht über Maß anwachsen zu lassen, so finden wir die Antwort darauf in den Umständen, daß die Zahl der Holzschnitte unverändert geblieben, ferner darin, daß, obgleich der Verf. seiner löblichen Gewohnheit gemäß einerseits der fortschreitenden Literatur allenthalben Rechnung getragen, andererseits einige Abschnitte ohne Schaden für's Ganze abgekürzt hat, er mit gewohnter Meisterschaft ein Werk schuf, welches ebenso wie seine Vorgänger ein Lieblingswerk für Studirende und Aerzte, sowie auch für intelligente Richter bleiben muß, von denen Jeder im Buche finden wird, was für seinen Beruf erwünscht und wichtig erscheint. Darin liegt vor Allem der seltene Vorzug des HOFMANN'schen Werkes.

Unter den jüngsten Arbeiten finden wir jene von HABERDA über die NEUSSER'schen Gonococcen citirt (pag. 139), ebenso ist die Arbeit von EGELN über Mutterkorn als Abortivum, ferner die Arbeiten von SEYDEL und FAGENLUND über Phosphor als Abortivum (pag. 240), jene von DIELGER über den Zusammenhang von Abortus mit Gebrauch von Phosphor, jene von DITTRICH über Wundinfectionen (pag. 371), die Arbeit von JANEČKA und SCHÖFER über Blutspuren ähnliche Flecke (pag. 439), die Arbeit KRATTER's über Ecchymosen in Folge mechanischer Zerreißung der kleinen Gefäße in der Aorta während der Dyspnoe bei Erstickung registrirt. Den Untersuchungen von IGNATOWSKI trägt Verf. Rechnung, denen zufolge die Reizung des Vagus bei Erhängungstod wahrscheinlich vom N. laryngeus und seinen Verzweigungen aus reflectorisch erfolgt (pag. 521). Und doch haben die Untersuchungen HABERDA's und REINER's die vom Verf. früher aufgestellte Lehre, daß der Erhängungstod vorzugsweise durch Abschluß der Carotiden zu Stande kommt, bestätigt. Die Beobachtungen HABERDA's über das Auftauchen der Wasserleichen werden pag. 585 erwähnt, pag. 600 ein Fall mitgetheilt, in welchem ein durch Petroleumumschläge veranlaßtes Eczem für Verbrennung gehalten wurde; pag. 697 erwähnt Verf. die Häufigkeit des Genusses von denaturirtem Branntwein (STRASSMANN) und hebt den charakteristischen Geruch der Leiche nach Methylalkohol und Pyridinbasen hervor. Bei dem Nachweise von Blausäure und Cyankaliumvergiftung wird die schöne Arbeit KOBERT's in Dorpat geziemend gewürdigt, sowie die einschlägigen Arbeiten BECKER's, SZIGETI's, RICHTER's und WACHHOLZ's angeführt, denen zufolge bei der KOBERT'schen Probe nicht Cyanmethämoglobin, sondern Cyanhämatin entsteht (pag. 720); das

frühzeitige Auftreten der Todtenstarre nach Strychninvergiftung wird neuerlich auch von WACHHOLZ bestätigt; KATAGAMA'S und OKAMATO'S Filixamaurose (pag. 728), HABERDA'S (pag. 814) Verletzungen am Vorderhals und die Differentialdiagnose zufällig entstandener Verletzungen (pag. 814), SCHLESINGER, zwei Fälle von Tetanie bei Magenerweiterung, Tod im Krampfanfalle und sofortige Fixation der Krampfstellung durch die Todtenstarre (pag. 835), der Fall von KRAFFT-EBING über einen gewaltsamen Erhängungstod bei einer schwachsinnigen Frau (pag. 538), GUSSENBAUER'S retroactive Anamnese nach Commotio cerebri (pag. 1003) wird schließlich erwähnt.

Das Buch v. HOFMANN'S wird bleibenden Werth behalten schon deswegen, weil der Verf. für jede Auflage aus dem reichen Schatze seiner Erfahrung und Forschung schöpft, das Buch wird nicht veralten, da in jeder neuen Auflage den Fortschritten der Wissenschaft Rechnung getragen wird. Die Deutschen haben somit ein ausgezeichnetes Werk, um welches sie die höchststehenden Culturvölker nur beneiden können. Prof. Dr. L. HALBAN (Krakau).

Grundzüge der Hygiene. Von **Dr. W. Prausnitz**, Professor der Hygiene an der Universität zu Graz. Zweite, erweiterte und vermehrte Auflage. München 1895. J. F. Lehmann.

Nach kaum 3 Jahren ist die 1. Auflage der PRAUSNITZ'schen Grundzüge der Hygiene vollständig vergriffen, gewiß ein Zeichen für die Brauchbarkeit des Buches. Die 2. Auflage bringt eine gründliche Durcharbeitung sämmtlicher Capitel und eine Bereicherung durch zahlreiche Abbildungen. Die zu große Schematisirung, wie sie in den meisten Zeichnungen des Buches gebraucht ist, können wir aber nicht billigen. Bei den Zinkographien macht es wohl nicht viel Unterschied, ob die Zeichnung schematisch ausgeführt ist oder nicht, und die Lehmann'sche Verlagsbuchhandlung, welche sich durch die Herausgabe der Taschenatlanten ein Verdienst um die medicinische Literatur erwirbt, würde gewiß einer schöneren Ausführung der Abbildungen kein Hinderniß in den Weg legen. Davon abgesehen, übt das Buch einen sehr wohlthuenden Eindruck auf den Leser; es ist kurz, ohne daß durch die Prägnanz des Ausdruckes die Klarheit der Darstellung leiden würde, und es behandelt seinen Stoff auf einer verhältnißmäßig geringen Seitenanzahl in einer für die Bedürfnisse des Arztes vollständig ausreichenden Weise. Ein Buch dieser Art kann warm empfohlen werden. W.

Neue Arzneimittel.

V.

Extractum Senecionis Jacobaeae fluidum.

Aus dem Kraute der in Mitteleuropa weit verbreiteten Composite Senecio Jacobaea, dem Jacobskraut, bereitet.

Wir haben hier ein längst obsolet gewordenes Mittel vor uns, dessen gute Heilwirkung von W. MURREL („Brit. med Journ.", 1894) erst wieder neu entdeckt werden mußte. Nach diesem Forscher ist das Senecioextract gleich dem Kalium permanganat. ein kräftiges Stimulans der catamenialen Functionen. Bei functioneller Amenorrhoe ist seine Anwendung durchaus angezeigt, besonders in Fällen, wo die sonst regelmäßig erfolgenden Menstruationen in Folge von Erkältung plötzlich erloschen sind. In den meisten Fällen erfolgt der Wiedereintritt der Menstruation erst 10—14 Tage nach dem Beginne der Einführung des Mittels. Das Senecioextract beschleunigt nicht nur den Eintritt der Menstruation, sondern verstärkt sie auch der Blutmenge nach; wenn Amenorrhoe zugleich mit Anämie verbunden ist, so bleibt das Senecioextract wirkungslos. Man verordne:

Rp. Extr. Senecion. Jacobaeae fluid. . . . 25·0
S. 20 Tropfen 4mal täglich zu nehmen.

Extractum Viburni prunifolii fluidum.

Das Extractum Viburni prunifolii fluid. wird aus der Wurzel- und Zweigrinde des nordamerikanischen Schneeballs (Black Haw), Viburnum prunifolium L., bereitet, welcher der Familie der Caprifoliaceen angehört; es ist von dunkelbrauner Farbe, besitzt einen schwach säuerlichen Geruch und einen nicht unangenehmen, bitterlichen, an Baldrian erinnernden Geschmack.

Viburnum prunifolium wird in Amerika als Verhinderungsmittel bei drohendem Abort und als Prophylacticum bei habituellem Abort hochgeschätzt. Die allgemeine Wirkung des Extractes darf wohl als eine antispasmodische aufgefaßt werden, da durch das Mittel nicht nur Krampfzustände des Uterus, sondern auch Intestinalcoliken und Muskelkrämpfe günstig beeinflußt werden.

Aus der sehr umfangreichen Literatur, die bisher über Viburnum prunifolium erschienen ist, seien nur die Ergebnisse einiger neuerer und wichtigerer Arbeiten kurz zusammengefasst. AUVARD („Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie", 1887, Nr. 34) empfiehlt das Extract hauptsächlich zur Verhinderung von Abortus und Frühgeburt, hält es aber auch bei Dysmenorrhoen und Blutungen in der Menopause, ferner bei den mit Darmcolik einhergehenden Diarrhöen für ein prompt wirkendes Heilmittel. Contraindicirt ist Viburnum prunifolium nach diesem Forscher: 1. wenn die Eihäute schon gerissen sind und das Fruchtwasser abgeflossen ist; 2. wenn der Fötus todt ist; 3. der Abort oder die Frühgeburt schon zu weit vorgeschritten ist und 4. wenn die Mutter so schwer erkrankt ist, daß sich das Aufhalten des Abortus von selbst verbietet. Bei schmerzhaften Nachwehen soll das Mittel nicht ohne vorherige Ausspülung des Uterus gegeben werden. In den Händen von JOSEPH („Deutsche Medicinal-Ztg.", 1892, Nr. 38) erwies sich Viburnum in allen Fällen von mechanischer Dysmenorrhoe ausgezeichnet wirksam. Die Menstruationen treten bei dieser Behandlung schmerzlos ein, die Menge des Menstrualblutes wurde meist verringert und der discontinuirliche Verlauf der Menses in einen continuirlichen umgewandelt. Auch SCHWARZE („Therap. Monatsh.", Mai 1894) fand, daß die Wirkung des Viburnumextractes bei der nicht entzündlichen Form der Dysmenorrhoe eine ganz vortreffliche sei, so daß man sogar in einzelnen Fällen von einer Dauerwirkung des Mittels sprechen kann. Während es SCHWARZE nicht gelang, mehrere Fälle von Abort, bei denen jedoch der Muttermund schon geöffnet war, aufzuhalten, theilt R. F. OWEN („British med. Journ.", 1890, vom 12. Juli) 2 Fälle mit, in denen er die drohende Fruchtausstoßung durch öfter wiederholte Gaben von 4 Grm. Extractum Viburni prunifolii fluidum zu verhindern vermochte. MICHAÏLOFF („Med. Oboshrenie", 1894, Nr. 18) spricht sich gegen den Gebrauch des Extr. Viburn. prunifol. bei Abortus aus, glaubt jedoch das Medicament bei Metrorrhagien empfehlen zu können.

Man gibt das Mittel in folgender Form:

Rp. Extracti Viburni prunifolii fluidi . . 50·0
Mentholi . . . . 0·2
S. 3—4mal tägl. 1 Theelöffel voll zu nehmen.

Rp. Extr. Viburn. prunifol. fld. . . . . . 20·0
Antispasmini . . . . 1·0
Spirit. vini Cognac . . . . 20·0
Syrupi Coffeae . . . . 20·0
Aq. destillat. . . . . 60·0
S. 1—2stündlich 1 Eßlöffel bei drohendem Abortus.

Mit Rücksicht auf den Fötus ist bei dieser Formel ein Ersatz des Antispasmins durch Morphin auszuschließen.

Bei Dysmenorrhoe beginnt man mit der Behandlung mindestens 5—7 Tage vor Eintritt der Regel und läßt das Mittel während letzterer fortgebrauchen. Bei drohendem Abort ist das Extract theelöffelweise in kürzeren Zeitintervallen und öfter zu verabreichen. Bei Dysmenorrhoen jugendlicher Patienten werden die oft vorhandenen Schmerzzustände nach H. N. VINEBERG („Sem. méd.", 1894) durch Bettruhe und eine Mixtur folgender Zusammensetzung sehr günstig beeinflußt:

Rp. Kalii bromati
Antipyrini . . . . aa. 5·0
solve in:
Aquae destillat. . . . . 60·0
Adde:
Extr. viburn. prunifol. fluid. . . . . 10·0
Spirit. vini Cognac
Syrup. aurant. cortic. . . . . . . aa. 15·0
S. 2—4 Eßlöffel täglich.

Ferrum oxalicum oxydulatum (Ferrooxalat).

$FeC_2O_4 + 2H_2O$.

Gelbes, in Salzsäure lösliches Pulver.

G. DIEBALLA („Pest. med.-chir. Presse", 1894, Nr 6) verordnet das Ferrum protoxalicum nach dem Vorgange von HAYEM mit vollem Erfolge bei Chlorose. Man reichte täglich bis zu 0·6 Grm. des Eisenpräparates in zwei Dosen, Mittags und Abends während des Essens. Bettruhe befördert die wohlthätige Wirkung der Eisentherapie.

Rp. Ferri oxalici oxydulat. . . . . 0·3
Dent. tales Dos. Nr. X in capsulis amylaceis.
S. Mittags und Abends kurz vor den Mahlzeiten eine Kapsel zu nehmen.

Rp. Ferri oxalic. oxydul.
Sacchar. lactis . . . . aa. 3·0
Mellis depurat q. s. f. Massa pil. Nr. XXX.
S. Mittags und Abends je 3 Stück.

Formaldehyd. (40%.)

Dieses Präparat scheint sich nunmehr auch in der praktischen Medicin, auf gynäkologischem und ophthalmologischem Gebiete, einbürgern zu wollen. GEPNER („Centralbl. f. prakt. Augenheilk.", 1894, Juni) berichtet, daß das Formaldehyd die Eitersecretion bei blennorrhagischen und catarrhalischen Bindehautentzündungen sehr schnell zu stillen vermag. Es gelang ferner, einen Fall von eiteriger Ophthalmie mit Hornhautgeschwür durch Waschungen mit 1—2‰iger Formaldehydlösung, welche alle 2 Stunden wiederholt wurden, binnen 4 Tagen zu heilen; ebenso zeigte sich das Mittel bei Lidoperationen und Enucleationen werthvoll und gänzlich unschädlich. F. v. WINCKEL („Allgemeine med. Centr.-Ztg.", 1894, pag. 66) hat das Formaldehyd (15 Ccm. einer 10proc. Lösung auf 1 Liter Wasser) zu Irrigationen bei einfachen und gonorrhoischen Cervix- und Vaginalcatarrhen benutzt. Die Schwellung, Hypersecretion und Empfindlichkeit ließen in kurzer Zeit nach und die Kranken versicherten, noch keine so schnell wirkende Ausspülung gehabt zu haben. Nothwendige Aetzungen der Cervix und der Gebärmutter wurden mit 10proc. Formaldehydlösung vorgenommen. Nach TRILLAT („Journ. de Pharm. et Chim.", 1894, II., pag. 498) und G. PHILIPP („Münch. med. Woch.", 1894, Nr. 47) besitzen wir in den Formaldehyddämpfen das beste Mittel zur vollständigen Sterilisirung von Wohn- und Krankenräumen.

Erwähnenswerth ist noch, daß R. E. HINMAN („Sem. médicale", 1894, Nr. 65) Inhalationen von 1proc. Formaldehydlösung zur Bekämpfung des Keuchhustens empfiehlt. Diese Lösung wird in kleinen abschließbaren Räumen 10—20 Minuten lang zerstäubt, so daß die Luft mit Formaldehyddämpfen erfüllt ist. Die Sitzungen werden täglich 3mal wiederholt.

Rp. Formaldehydi puri . . . . 10·0
S. 20 Tropfen auf 1 Liter Wasser zu Augenwaschungen.

Rp. Formaldehydi . . . . 25·0
Aquae destillat. . . . . 75·0
S. Aeußerlich. 1 Eßlöffel voll auf 1 Liter Wasser nach Bericht.
(Zu Irrigationen.)

Feuilleton.

Vor hundert Jahren.

Beitrag zur Geschichte des österreichischen Militär-Sanitätswesens.

Von **Regimentsarzt Dr. Conrad Majewski,**
Garnisons-Chefarzt etc. in St. Pölten (N.-Oe.).

Literatur: 1. Reglement für die k. k. Feldchirurgen in Friedenszeiten und in Kriegszeiten (I. und II. Theil). Auf Befehl Seiner k. k. Apostolischen Majestät Joseph des Zweyten. Von J. A. VON BRAMBILLA Wien, gedruckt bey Johann Thomas Edlen von Trattnern, k. k. Hofbuchdruckern und Hofbuchhändlern, 1788—1789. — 2. Instruction für die Professoren der k. k. chirurgischen Militärakademie. Von demselben. Gedruckt ebendaselbst. Wien 1784. — 3. Instruction für das k. k. Militär-Spital zu Wien. Von demselben. Gedruckt ebendaselbst Wien 1784. — 4. Abhandlung ueber die Ursachen der Gefahr- und Tödtlichkeit geringer Wunden. Von ALEXANDER ECKER, Regimentschirurgus des löbl. k. k. Graf Kaunitz'schen Infanterie-Regimentes etc. Wien, bey A. Blumauer, 1794. — 5. Abhandlung ueber die Durchbohrung des Schedels (trepanatio cranii). Von JOSEPH LOUVRIER, k. k. Stabs-Feldarzte etc. Wien 1800, bey Albert Camesina.

Auf Grund eines genauen Studiums der obigen Quellenwerke beabsichtige ich, ein getreues Bild der Einrichtungen und der wissenschaftlichen Thätigkeit der Josefs-Akademie in den ersten Jahren ihres Bestandes und eine Skizze des damaligen Militär-Sanitätswesens im Frieden und im Kriege zu entwerfen.

I. Die Schule.

Sechs Professoren, „von diesen vier zugleich im Spitale angestellt", bildeten den Lehrkörper der Akademie und hatten die „angehenden Wundärzte bestmöglichst zu leiten und auszubilden", dabei „sich nicht nur freundschaftlich mit einander zu vertragen, sondern auch mit wechselseitiger Achtung zu begegnen".

Der Stabschirurgus und Professor der Anatomie, welcher, sowie die übrigen Lehrer, die Vorlesungen in der zweiten Woche nach Ostern anfing, setzte seinen Lehrcurs nach folgender Ordnung fort: Mit der Geometrie beginnend, wobei er sich der für die Schule entworfenen Kupfertafeln zu bedienen hatte, ging er zur Experimentalphysik und Beschreibung der vier Elemente über. Er bestimmte die kalte, feuchte, warme und trockene Luft und stellte einige Experimente über die reine, fixe (?) und mephitische (?) Luft an. Da „die Optik eigentlich einen Theil der Physiologie ausmacht", behandelte der Professor in der Physik nur „gewisse zum Sehen bestimmte Werkzeuge, wie auch die Wirkungen, welche von diesen Werkzeugen im Auge hervorgebracht werden". Mit der Elektricität beschloß der Anatomie-Professor den Lehrcurs der Physik, „wovon die Zergliederungskunst selbst einen Theil ausmacht". Die „Physiologie", die derselbe Professor lehrte, war „eigentlich nichts Anderes als die Theorie der Anatomie, welche die Zusammensetzung des Körpers und die Wirkung eines jeden Theiles im gesunden lebenden Zustande lehrt". Die Vorlesungen über die Physiologie wurden bei der Zergliederung der Leichname gehalten, „damit der Wundarzt bei jeder chirurgischen Operation seine Hand und seine Werkzeuge dergestalten leitet, als wenn der Theil, an welchem er operirt, gleichsam durchsichtig wäre". Die Physiologie behandelte die Bewegungen (den Kreislauf als unwillkürliche Bewegung inbegriffen), die Ruhe als Gegensatz der Bewegung, den Hunger, Durst, Schlaf, Wachen, sowie das Verhältniß der festen und flüssigen Bestandtheile des Thierkörpers: „200 Pfund Körper enthalten nur 15—20 Pfund feste Theile." „Der thierische Leim (gluten animale)" bestand aus „Wasser und Oel". Die Elemente der festen Bestandtheile des Körpers bildeten die „sehr dünnen Fasern", „für sich nur metaphysisch" (?), die, durch den oberwähnten Leim zusammengehalten, „die haargroßen Fasern (fibrae capillares), die zusammengesetzten Fasern (f. compositae), die Blättchen (laminae) und das fächerförmige Gewebe (textus cellulosus)" bilden sollten. „Das Blut" bestand „aus weißem und rothem Theil und Blutwasser". Nach Besprechung der Physiologie, deren Grundzüge oben geschildert wurden, wurde die Anatomie gelehrt; diese zerfiel in Knochenlehre, Bänderlehre, Muskellehre, Eingeweidelehre, Gefäßlehre, Drüsenlehre und Nervenlehre. Bei der Osteologie wurde das Knochengerüst eines Affen gezeigt, „um den Unterschied zu sehen", sowie auch die Hirnschädel der verschiedenen Menschenrassen demonstrirt. Die Blutcirculation soll nicht „HARVÄUS", sondern schon 70 Jahre vor ihm COLUMBUS entdeckt und einige Jahre später CÄSALPINUS bestätigt haben. „Die Nerven enthalten einen Saft: spiritus animalis oder fluidum nerveum". „Die Samenthierchen rufen eine Eierschwängerung hervor." Mit der Lehre von den Temperamenten und den praktischen Uebungen in der Zergliederungskunst beschloß der Anatom seine Vorlesungen. —

Der zweite Professor, der Lehrer der Pathologie, tradirte sechs Abschnitte: Nosologie, Symptomatologie, Semiotik, Aetiologie, Therapie und Hygiene. Seine Credo war: „Luft, Speis und Ge-

tränk: Ausleerung und Zurückhaltung; Bewegung und Ruhe; Schlafen und Wachen und die Gemüthsheiterkeit sind die sogenannten sechs natürlichen Dinge (sex res naturales), denn sie sind zum Leben und zur Erhaltung eines jeden Thieres' unumgänglich nothwendig. Betrachtet man sie nun für das, so machen sie jenen Theil der Pathologie aus, den man die Hygiene (Gesundheitslehre) nennet. Arten sie aber in ihrer Eigenschaft oder in der Menge aus, so ändern sie den Namen, und heißen nicht natürliche Dinge; und ob man sie gleich als wesentliche Dinge für unser Daseyn betrachtet, so können sie dennoch schädlich werden, und machen in diesem Fall jenen Theil der Pathologie aus, welchen man die Etiologie oder Ursachenlehre nennet." „Der Geist bedarf der Nahrung und diese ist die Gemütsheiterkeit; ist letztere gestört, dann entstehen die Leidenschaften." —

Der dritte Professor begann seinen „Lehrcurs der chirurgischen Operationen" mit der Bandagen- und Instrumentenlehre und ging sonach zu Operationen an der Leiche über; er erklärte im weiteren Verlaufe seiner Vorträge diese innerlichen Krankheiten, durch welche „der Wundarzt veranlaßt wird, Hand anzulegen", und beschloß seinen Lehrcurs mit der „gerichtlichen Wundarzneykunde (chirurgia legalis)" und der Geburtshilfe. —

Der vierte Professor lehrte (interne) Medicin am Krankenbette. —

Der fünfte, der „Director sämmtlicher Feldapotheken", lehrte Botanik und Chemie: Kräuterkunde nach LINNÉ und officinelle Pflanzen in dem unter seiner Aufsicht gepflanzten Garten bildeten den Lehrstoff der Botanik; von der „Scheidekunst" (Chemie) wurden nur die Anfangsgründe durch Experimente erläutert. —

Der sechste Professor war der Prosector; „last not least" konnte man von ihm nicht sagen, denn er war eigentlich nur ein angehender Professor und hatte nachstehende Pflichten: Nach der Vorschrift des Oberstabschirurgus (Protochirurgus), welchem die Direction der Anstalt oblag, lehrte der Prosector die elementaren Kenntnisse der Anatomie und Chirurgie. Er hatte auch jeden erkrankten Professor zu vertreten, zu welchem Zwecke ihm der kranke College sein Manuscript zur Verfügung stellte; der Prosector hatte schließlich zu sorgen, „daß im Winter der Ofen des großen Hörsaales leidentlich gehitzet wird (sic!), auch daß die Ventilatoren bei schöner Witterung geöffnet werden", kurz er war nicht nur Professor, sondern nach unseren Begriffen — sit venia verbo — auch Hausmeister.

Die Professoren hielten die Vorlesungen in ihrer Militär-Uniform: „dies sollte die ihrer Stellung angemessene Toga seyn". Schulbücher waren keine vorgeschrieben, da die Professoren „gleich den Bienen das beste dort, wo sie es finden, herauszunehmen hatten". Der Lehrcurs dauerte 2 Jahre; allmonatlich waren Prüfungen, im August keine Vorlesungen bei Fortdauer der Spitalsbeschäftigung. Als Lehrbehelfe dienten: die Bibliothek, die Instrumenten- und Bandagen-Sammlung und das physikalische Cabinet. Die Akademie war für die Feldchirurgen bestimmt, und vorwiegend wurden nur solche in den 2jährigen Lehrcurs einberufen, es studirten jedoch auch Praktikanten vom Civilstande an der Akademie, wozu die Bewilligung der Protochirurgus als Director der Anstalt geben mußte. Der absolvirte Zögling unterzog sich einer Prüfung und es wurde ihm ein auf das „magisterium chirurgiae" lautendes „Attestat" eingehändigt; diejenigen, die sich vorzüglich hervorgethan haben, bekamen den Grad eines Doctors der Chirurgie. Der letztere hatte laut Hofdecret vom 21. October 1783 in der Facultät, bei Consilien und öffentlichen Versammlungen mit dem „Medicus" gleichen Rang. Mittelst hofkriegsräthlichen Decretes vom 1. März 1783 wurde das chirurgische Studium — bisher ein Handwerk der Barbierer und Bader — als ein freies erklärt und allen Stabs-, Regimentschirurgen etc. die Freiheit eingeräumt, „beim Civilstande nicht nur äußerliche, sondern auch gleich den Medikern innerliche Krankheiten zur Heilung übernehmen zu dürfen".

„Nicht allein die Professoren, sondern auch alle Feldchirurgen von der Armee sind durch ein hofkriegsräthliches Reskript vom 18. Juny 1783 verbunden, nichts in Druck zu geben, bevor sie es nicht dem Protochirurgus vorgelegt und von ihm das Imprimatur erhalten haben."

Kleine Mittheilungen.

— Dr. L. LEDERER („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 7) berichtet über **ein neues Antirheumaticum, Saligenin**, einen Oxybenzylalkohol, welcher in Verbindung mit Glykose als Salicin in der Weidenrinde vorkommt. Letzteres ist schon seit längerer Zeit im Gebrauch; es zerfällt im Organismus in Glykose und Saligenin, welch letzteres das der Salicylsäure analoge, wirksame Princip ist. Das Saligenin kann synthetisch aus Phenol und Formaldehyd dargestellt worden. In therapeutischer Beziehung wurde Saligenin bisher bei acuten rheumatischen Fällen erprobt und hat sich hiebei als ganz vorzügliches Mittel erwiesen. Es wirkt rasch und sicher und ist, nach den bisherigen Wahrnehmungen, frei von Nebenwirkungen. Da sich Saligenin leicht in Alkalien löst, so ist anzunehmen, daß es vom Darme aus resorbirt wird, weshalb seine Anwendung auch bei Typhus, Cholera, Influenza, Malaria, Dysenterie etc. erfolgreich erscheint. L. ist nicht der Ansicht, daß der therapeutische Werth des Saligenins durch die im Organismus thatsächlich producirte Salicylsäure bedingt ist, denn das Saligenin wirkt schon in kleineren Gaben als die Salicylsäure rasch und anhaltend. L. hält es vielmehr für möglich, daß die Salicylsäure im Körper theilweise zu Saligenin reducirt wird und der Heilwerth demzufolge diesem Reductionsproduct zuzuschreiben sei. Die von Dr. P. WALTER gemachten klinischen Beobachtungen bezogen sich auf 8 Fälle von acuten Anfällen rheumatischer und gichtischer Natur, bei welchen allen die gewünschte Wirkung prompt eintrat, indem die entzündlichen Processe in den Gelenken auffallend rasch coupirt und damit Schmerzen, Schwellungen und Fieber zum Verschwinden gebracht wurden.

— Dr. J. SASSE in Zaandam (Holland) empfiehlt das **Terpentinöl als Hämostaticum** besonders in der zahnärztlichen Praxis („Ther. Monatsh.", 1895, Nr. 2). Mit einem mit Oleum terebinth. getränkten Wattebäuschchen ist man im Stande, sofort auch eine heftige Nachblutung nach einer Zahnextraction zu stillen. Diese Thatsache hat sich S. in einer Reihe von Fällen erprobt, so daß er jetzt bei jeder Blutung nach Zahnextraction das Terpentinöl verwendet. In einem Falle hatte Pat. die Terpentinölwatte schon nach einigen Minuten weggeworfen; die Blutung stellte sich wieder ein, konnte aber, als der Pat. nach einigen Stunden zurückkehrte, sofort durch Terpentinöl zum Stehen gebracht werden. Von solchen Erfahrungen ausgehend, hat S. das Mittel auch bei Scorbut angewendet, indem er das Zahnfleisch mit Ol. terebinth. rect. pinseln und dasselbe in kleinen Dosen innerlich nehmen ließ. Schließlich versuchte er es bei einem Falle von Blasenblutung in Form einer Emulsion von 1·0 : 200·0 (stündl. 1 Eßlöffel). Die in diesen beiden letzten Fällen beobachteten Erfolge veranlassen S., das Mittel in ähnlichen Fällen auf's Wärmste zu empfehlen.

— Den wirksamen Bestandtheil einer Reihe von Desinfectionsmitteln, wie des Lysol, Creolin, Solveol etc., bildet bekanntlich das Cresol. Das chemisch reine, verflüssigte Orthocresol wird unter dem Namen **Cresolum purum liquefactum** NÖRDLINGER in den Handel gebracht, und Dr. L. HANAU in Bockenheim Frankfurt a. M. („D. med. Woch.", 1895, Nr. 7) empfiehlt dasselbe auf's Wärmste und gibt eine Reihe von Gebrauchsweisen für dasselbe an. Die Cresollösung hat vor der Carbollösung den Vortheil, daß sie die Hände nicht angreift und auch die Haut des Pat. nicht reizt. Der Vorzug vor den Lysollösungen besteht in seiner Neutralität, seiner Constanz der Zusammensetzung, dem Mangel an Schlüpfrigkeit und der wasserklaren Löslichkeit auch in kalkhaltigem Brunnenwasser. H. läßt das aufzulösende Quantum Cresol in einer Flasche zuerst mit etwas warmem Wasser schütteln und dann das Gemisch zur neueren Auflösung des nunmehr fein vertheilten Cresols dem übrigen Lösungswasser zusetzen. H. hat das Cresol in $^1/_2$—1%iger Concentration in der chirurgischen und geburtshilflich-gynäkologischen Praxis ausschließlich und mit bestem Erfolge verwendet. Ein wesentlicher Vorzug des Cresols ist seine granulationsbefördernde Wirkung, wodurch sich namentlich seine Anwendung bei Behandlung der Unterschenkelgeschwüre empfiehlt. Sehr gute Erfolge wurden ferner bei Verbrennungen zweiten Grades erzielt. Zur localen Behandlung der Rachendiphtherie hat H. das Cresol in 2%iger Lösung mehrfach

mit dem besten Erfolg verwendet und dabei die ursprüngliche LÖFFLER'sche Vorschrift, wie folgt, abgeändert:

Rp. Cresol. pur. liquef. Nördl. . . . . 1·0
Ol. Terebinth. rect. . . . . 20·0
Spir. vin. ad . . . . 50·0
S. Mittelst Wattepinsels auf die Membranen zu reiben.

Bei entzündlichen Affectionen der Mundschleimhaut, so bei Stomatitis ulcerosa, ferner bei den manchmal mit jeder Menstruation wiederkehrenden Aphthen erwies sich die Cresollösung in entsprechender Verdünnung als wirksames Mundwasser. Dabei bildet das Saccharin ein vorzügliches Mittel zur Verdeckung des Cresolgeschmackes. Als sehr zweckmäßige Mundtinctur gibt H. folgende an:

Rp. Cresol. pur. liquef. Nördl. . . . . 2·0
Saccharin . . . . 0·1
Ol. Menth. pip. gtt. X
Tinct. aromat. . . . . 25·0
Tinct. Ratanh. ad . . . . 50·0
S. 15—20 Tropfen auf 1 Glas Wasser.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Cresol fordern zu weiteren Versuchen auf, und das umsomehr, als dasselbe eine dem freien Verkehr überlassene, chemisch reine, einfache Substanz darstellt.

— Auf Grund der gemeldeten günstigen Erfolge, welche ZURHELLE mit dem Salipyrin bei zu reichlicher Menstruation, KAYSER bei klimakterischen Blutungen und BIGELOW bei dysmenorrhoischen Beschwerden zu verzeichnen hatten, stellte Dr. E. G. ORTHMANN auf der MARTIN'schen gynäkologischen Poliklinik in Berlin an einer Reihe von Fällen Beobachtungen an, um den Werth des **Salipyrin bei Gebärmutterblutungen** zu constatiren. Das Mittel wurde in Form von Pastillen zu 1 Grm. verordnet und hievon wurde 3mal täglich 1 Stück genommen. Wenn möglich, wurde bereits 1 bis 2 Tage vor der zu erwartenden Blutung mit dem Salipyrin begonnen und während der ganzen Dauer derselben fortgefahren; die Gesammtmenge des verbrauchten Mittels schwankte in den einzelnen Fällen zwischen 20 und 70 Grm. Unangenehme Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. Von den circa 50 so behandelten Fällen konnten 32 während eines Zeitraumes von $1^1/_2$—$^3/_4$ Jahren genau beobachtet werden. Davon zeigten 20 einen günstigen Einfluß des Salipyrins auf die Gebärmutterblutungen, somit 62·5%. Die besten Resultate wurden bei einfachen Menorrhagien nach Geburten oder Aborten erzielt. Von 4 hiehergehörigen Fällen zeigten 2 einen sehr guten Erfolg und 2 eine recht wesentliche Besserung. Bei starken und langdauernden menstruellen Blutungen, welche mit mehr weniger starken Schmerzen verbunden waren, trat 5mal gar kein Erfolg ein, während in 7 Fällen eine merkliche Abnahme der Stärke und Dauer der Blutungen zu verzeichnen und in zwei weiteren Fällen die Wirkung des Mittels sogar eine sehr günstige war. Ebenso war ein günstiger Einfluß auf die Schmerzen nicht zu verkennen. In 3 Fällen von profuser Menstruation mit Adnexerkrankung war das Salipyrin 1mal ganz wirkungslos, während 2mal ein guter Erfolg festzustellen war. In 4 Fällen von Blutungen bei gleichzeitiger Metritis war nur 2mal eine Besserung wahrzunehmen. In 7 Fällen von Gebärmutterblutungen nach Ovario-Salpingotomien endlich war 4mal gar kein Erfolg zu erzielen, in einem Falle trat eine wesentliche Besserung ein und in den zwei übrigen Fällen war der Erfolg ein guter zu nennen. Obgleich es sich in allen diesen Fällen um poliklinische Kranke handelte, deren Beobachtung mit einer gewissen Schwierigkeit und Unsicherheit verbunden ist, glaubt O. immerhin, daß es sich lohnen dürfte, die Versuche mit dem Salipyrin fortzusetzen.

— Dr. O. v. FLEISCHL in Rom berichtet in „Fortschr. d. Med." (1895, Nr. 4) über seine experimentellen und praktischen Erfahrungen über **subcutane Chinininjectionen.** v. F. hat zunächst mit einer Reihe von Chininpräparaten Thierexperimente angestellt, welche ergaben, daß das für die subcutane Anwendung geeignetste Präparat das Chininum bimuriaticum ist, und zwar wegen seiner Leichtlöslichkeit, wegen der Beständigkeit der Lösung, wegen des hohen Gehaltes an Chinin und weil die Haut es besser, als andere Chininpräparate, zu vertragen scheint. Auch wurde constatirt, daß das Chininsalz aus der injicirten Lösung nie herausfiel. Die in der Praxis vorgenommenen Injectionen wurden mit einer Lösung von 1 Chinin. bimuriat. auf 1 Wasser gemacht und hiezu eine PRAVAZ'sche Spritze von 4 Ccm. Inhalt verwendet. Als Einstichstelle wählt man am besten die Haut über den letzten Rippen in der Mammillarlinie. Daß das Chinin bei der subcutanen Anwendungsweise sehr rasch in Circulation kommt, erkennt man am besten an dem in der Regel schon nach 10 bis 15 Minuten auftretenden Ohrensausen. Etwa 1000 Injectionen, welche v. F. im Laufe der letzten 20 Jahre gemacht hat, verliefen ohne alle entzündliche Reizerscheinungen. Als Indicationen für die subcutane Anwendung des Chinins stellt v. F. folgende auf: 1. Schwere Malariaintoxicationen, beispielsweise mit langdauerndem Hitzestadium oder sonstigen perniciösen Symptomen. 2. Fälle, in denen die Malariakranken comatös sind, also nicht mehr schlucken können. 3. Wenn das Chinin rasch in Circulation kommen soll und der Magen oder der Darm sich in einem pathologischen Zustand befinden, so daß man sicher darauf rechnen kann, daß große Dosen (2—5 Grm.), per os gegeben, nicht resorbirt würden. 4. Wenn Brechneigung besteht oder der Kranke schon Chinin erbrochen hat. 5. Wenn die Kranken Chinin in Oblaten nicht schlucken können. 6. Bei Kindern, wenn Chinin überhaupt indicirt ist, bei Malaria, Pneumonie, Keuchhusten. Wenn auch die Methode eine einfache und ungefährliche ist und sich durch ihre rasche und sichere Wirkung auszeichnet, so empfiehlt sie v. F. doch nur für jene Fälle, in welchen man Grund hat, anzunehmen, daß die Darreichung per os nicht zum Ziele führen würde.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 8. März 1895.

Zur Lehre von der Darminnervation.

J. PAL erinnert zunächst an die seinerzeit gemeinsam mit BERGGRÜN unternommenen Versuche, welche ergaben, daß das Centrum für die Hemmungsinnervation des Darmes im Rückenmarke seinen Sitz habe, und zwar an jener Stelle, an welcher von STRICKER das letzte große Gefäßcentrum im Rückenmarke gefunden wurde. In einer Reihe von neuerlichen Untersuchungen konnte nun P. nachweisen, daß unterhalb dieses Centrums noch weitere Hemmungscentren für den Darm vorhanden sind, indem beim Hunde durch Ausschaltung des unteren Abschnittes des Rückenmarkes einerseits spontane Bewegungen des Dünndarmes auftraten, andererseits der Vagus-Reizungseffect erhöht wurde. Aus dieser Thatsache hat sich eine Reihe von neuen Anschauungen über die Innervationsverhältnisse des Darmes, sowie über das Wesen der Morphinwirkung auf den Darm ergeben, worüber P. demnächst zu berichten gedenkt.

Ueber die Syphilis des inneren weiblichen Sexualsystems.

I. NEUMANN bespricht auf Grund eines Beobachtungsmaterials von 6000 Kranken die durch Syphilis hervorgerufenen Veränderungen am inneren weiblichen Genitale. Was zunächst die recenten Exantheme an der Vaginalschleimhaut betrifft, so wurden mit Ausnahme der nässenden Papeln eigentlich syphilitische Exantheme hier und am Cervix uteri klinisch nicht mit Sicherheit constatirt. Von syphilitischen Primäraffecten kamen unter 800 Fällen 51 an der Vaginalportion und nur 4 an der Vagina vor. Die Diagnose ist bei Individuen, die schon öfters geboren, nicht immer leicht zu stellen, obwohl gerade diese am leichtesten inficirt werden. Abgesehen davon, daß diese Primäraffecte eine häufige und andauernde Infectionsquelle abgeben, können sie zu narbigen Stricturen, Atresien, Menstruationsstörungen führen.

Spätsyphilis (Gummen, ulceröse Processe) der inneren weiblichen Genitalien ist durch zahlreiche Beobachtungen außer Zweifel gestellt. Die Gummata der Vagina sitzen am häufigsten am Introitus und im vorderen Drittel, selten im mittleren und hinteren Drittel. Auch eine diffuse gummöse Erkrankung der Vagina wurde in einzelnen Fällen constatirt, gleichwie daraus resultirende Mastdarm-Scheidenfisteln. Vortr. betont, daß gerade hier Recidive in situ häufig vorkommen. Von syphilitischer Affection des Corpus uteri liegt nur ein Fall vor, doch ist gerade die Metritis und Endometritis eine häufige Ursache von Abortus und Frühgeburt und dürfte bei der Sterilität

eine wichtige Rolle spielen. Ihr ätiologischer Zusammenhang mit der Syphilis ist im einzelnen Falle schwierig zu ermitteln. Auf Grund statistischer Daten erweist der Vortragende den ungünstigen Einfluß der Syphilis auf die Nachkommenschaft. Das Absterben der Früchte in Folge von Syphilis hat viele und verschiedene Ursachen, und sind wir in dieser Beziehung nicht mehr auf die bisher fast ausschließlich geltend gemachte, übrigens höchst unzulängliche ovuläre und spermatische Infection angewiesen. Die syphilitischen Erkrankungen des Endo- und Myometriums, der Placenta, liefern für viele Fälle von habituellem Absterben der Früchte eine ausreichende Erklärung. Bei dem zwischen syphilitischem Fötus (vom Vater her) und der Mutter stattfindenden Blutaustausch kann die Gebärmutter nicht von der Syphilis verschont bleiben. Es ist ferner bekannt, daß sich die Syphilis namentlich da localisirt, wo wiederholt Reize einwirken; dies ist auch beim Uterus der Fall, und dies gewährt einen Anhaltspunkt für die habituellen Aborte, wobei den localen Erkrankungen des Uterus gewiß eine wichtige Rolle zu vindiciren ist. Was jedoch die Todesursache bei ausgetragenen Früchten betrifft, die todt zur Welt kommen oder bald nach der Geburt zugrunde gehen, an denen keine Syphilis vorhanden, deren Eltern kein Symptom der Lues darbieten und Placenta und Uterus ebenso wenig Anhaltspunkte bieten, so sind diese Fälle keineswegs selten, während auf der anderen Seite mit ausgesprochen tertiärer Syphilis behaftete Eltern gesunde Kinder zeugen. Inwieweit hier eventuell eine Abnahme der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobins oder gar Toxine einwirken, ist, namentlich für letzteres, der Zukunft vorbehalten. Daß eine hochgradige Oligämie oder perniciöse Anämie auf das Leben des Fötus verderblich wirkt, ist wohl nicht in Abrede zu stellen.

Regnaud'scher Symptomencomplex.

Narath stellt eine 44jährige Pat. vor, welche den Regnaud-schen Symptomencomplex in typischer Weise darbietet. Beide Füße und beide Hände cyanotisch, kalt anzufühlen, die Haut trocken und abschilfernd, die Finger in vollständig symmetrischer Weise durch gangränöse Processe an den Fingerspitzen verkürzt und walzenförmig, die Nägel in verschiedener, doch stets symmetrischer Weise *difformirt.* Sämmtliche Reflexe gesteigert.

H. Schlesinger macht im Anschlusse hieran einige kurze Bemerkungen über die von ihm auf der Klinik v. Schrötter's beobachteten Fälle von R.'scher Krankheit, welche 4 Frauen und 1 Mann betreffen und welche alle dem vorgestellten Typus entsprachen. Sch. glaubt, daß unter dem Namen der R.'schen Krankheit eine Reihe von Affectionen zusammengefaßt werde, daß es sich aber in gewissen Fällen um eine idiopathische Affection handle, welcher eine functionelle oder anatomische Läsion der Gefäßinnervation zu Grunde liege. Dort, wo die Krankheit als Symptom auftrete, seien auch klinisch Anhaltspunkte für das Grundleiden zu finden. Differentialdiagnostisch für die idiopathische Form gegenüber der symptomatischen sei das Auftreten der Gangrän in sehr kleinen Herden und das häufige Vorkommen von Panaritien zu verwerthen.

Drasche erinnert daran, daß er seinerzeit einen Fall von Regnaud'scher Krankheit nach Influenza beschrieben habe und daß in der Literatur noch einige derartige Fälle vorliegen, für welche somit ein toxischer Ursprung angenommen werden müsse.

Curare bei tonisch-klonischen Krämpfen.

H. Weiss stellt einen jungen Mann vor, welcher seit September v. J. an tonisch-klonischen Krämpfen des Sternocleidomastoideus und Cucullaris litt, welche durch Injectionen von Curare (von einer Lösung 0·15 : 10), mit denen am 10. Februar d. J. begonnen worden war, vollständig zum Verschwinden gebracht wurden, nachdem eine Nervendehnung nur unwesentliche Besserung gebracht hatte.

Benedikt, auf dessen Abtheilung der Pat. behandelt wurde, hebt als auffallend hervor, daß gelegentlich der Nervendehnung am Nerven ein eigenartiger Befund erhoben wurde; derselbe hatte nämlich in Folge einer Lymphangioitis nodosa ein eigenartig knotiges Aussehen. Was den Umstand betrifft, daß das Curare bei manchen Krampfformen wirksam sei, bei anderen nicht, so liege die Erklärung hiefür in unserer Unkenntniß von dem Wesen des Krampfes, welche es nicht gestattet, die für die Curare-Behandlung geeigneten Formen zu erkennen. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. Februar 1895.

Vorsitzender: Prof. Kolisko.

Dr. Jul. Weiss demonstrirt einen Fall von **Synovitis acuta syphilitica.**

Der Pat. wurde vor einigen Tagen wegen heftiger Schmerzen in beiden Kniegelenken und in der Gegend des linken Ellbogengelenkes aufgenommen. Beide Kniegelenke waren bedeutend geschwellt und zeigten deutliches Ballotement der Patella, ohne daß die Haut über den Schwellungen irgend welche Röthung zeigte, wie sie sonst acut entzündete Gelenke darbieten. An der medialen Seite des Ellbogengelenkes, 3 Cm. vom Olecranon nach abwärts, konnte man bei der Aufnahme des Kranken ein derbes Infiltrat tasten. Während die Schwellungen der Kniegelenke seither zurückgegangen sind, ist genanntes Infiltrat noch unverändert, ca. zehnkreuzerstückgroß, die Haut darüber verschiebbar, dagegen vom Knochen deutlich abzuheben; es sitzt also unzweifelhaft im Muskel.

Ueber die Natur der Affection wird man sofort klar, wenn man die Anamnese zu Hilfe nimmt: Im Jahre 1883 Acquisition einer Sklerose mit allen Folgeerscheinungen, darauf bis vor 3 Jahren vollkommenes Wohlbefinden. Zu letztgenannter Zeit Fußgeschwüre am Knöchel, die zweimal aufbrachen und erst nach energisch eingeleiteter local antiluetischer Behandlung definitiv vernarbten. Im November v. J. entwickelten sich zwei gummöse Infiltrate, eines in der Mitte des Stirnbeines, ein zweites oberhalb der rechten Augenbraue. Mitte Januar l. J. verließ Pat. vollkommen geheilt das Krankenhaus. Seit Ende Januar datirt die gegenwärtig bestehende Affection. Die Schwellung in beiden Kniegelenken ist acut aufgetreten, gleichzeitig mit der Bildung eines Muskelgummas; sie geht unter antisyphilitischer Behandlung zurück, ist daher als acute luetische Synovitis aufzufassen. Chronische Arthritiden kommen im tertiären Stadium der Lues zuweilen vor, sie führen zur Verdickung und narbigen Schrumpfung der Kapsel, schließlich auch zu Ankylose. Acute Anthritiden sind in diesem Stadium der Syphilis sehr selten und dies rechtfertigt wohl die Demonstration dieses Falles.

Discussion.

Dr. Stein fragt, ob beim Beginne der Erkrankung febrile Erscheinungen bestanden haben.

Dr. Weiß konnte kein Fieber constatiren. Auch die Herztöne sind vollkommen rein. Die Schmerzen treten besonders bei Nacht stark auf.

Prof. Kolisko fragt, ob der Pat. immer antiluetisch behandelt wurde.

Dr. Weiß: Ja.

Prof. Kolisko bemerkt, daß im hiesigen pathologischen Institute nur ein einziger Fall von Gelenkssyphilis vorhanden ist; da geht jedoch die Lues vom Knochen aus.

Dr. A. Foges berichtet über einen im Herbste 1894 im Rudolfinerhause beobachteten **Tetanusfall**, welcher mit Tizzoni's Antitoxin behandelt wurde und letal endete.

Es handelte sich um eine 47jährige Pat., welche früher häufig an Rheumatismus gelitten hat und am 28. September unter Schling- und Kaubeschwerden (Angina?) erkrankte; hiezu gesellte sich in den nächsten Tagen ein heftiger Schlundkrampf, der die Aufnahme von Nahrung unmöglich machte.

Bei der Aufnahme der Pat. in's Spital am 6. October ergab sich folgender Befund: T. 36·8. Puls 84, von hoher Spannung. Der Kopf leicht nach hinten gebeugt, das Gesicht geröthet und etwas gedunsen; die Masseteren in tonischem Krampfe, auf Druck schmerzhaft.

Der Mund halb geöffnet, die fast zahnlosen Kiefer fest aneinander gepreßt, so daß der alleinstehende linke mittlere Schneidezahn des Oberkiefers sich in die Gingiva des Unterkiefers eingräbt; nach hinten zu lassen die Kiefer einen schmalen Spalt; durch diesen wird der Pat. etwas Flüssigkeit eingegossen, wodurch heftige Schlundkrämpfe ausgelöst wurden.

Die linke, etwas engere Pupille reagirt prompt; das rechte Auge amblyopisch.

Am Halse sind die Venen stark ausgedehnt und ist eine Struma tastbar.

Rachitischer Thorax. R. 42, sehr oberflächlich. Percussion der Thoraxorgane ergibt normale Verhältnisse; über beiden Lungen vereinzelte Rasselgeräusche hörbar. Reine, klappende Herztöne.

Die Bauchdecken gespannt, etwas ödematös. Die oberen und unteren Extremitäten in ihren motorischen Functionen und sensiblen Qualitäten normal. Alle Reflexe etwas gesteigert.

Im Laufe der nächsten 3 Tage wurde die opisthotonische Stellung des Kopfes, der tonische Krampf der Rückenmusculatur deutlicher. Bei leichter Berührung der Mm. masset. und sternocleidomastoid. wird der tonische Krampf derselben vermehrt. Pat. ist, da alle Schluckversuche in Folge des mit erstickungsähnlichen Erscheinungen verbundenen Schlundkrampfes negativ ausfallen, in einem elenden Kräftezustande. Die Ernährung erfolgt per rectum, die Therapie besteht in Chloralhydratclysmen, heißen Bädern, Inhalationen u. s. w.

Am 10. October erhält Pat. die erste Injection von TIZZONI's Antitoxin (0·25 Grm.) unter allen aseptischen Cautelen.

Zwei Tage später, nachdem die Pat. pro die 0·5 Grm. Antitoxin erhalten, läßt der Krampf in der Kaumusculatur etwas nach, und 5 Tage später sind alle Erscheinungen bis auf den Schlundkrampf, der in unveränderter Weise persistirt, fast gänzlich geschwunden. Nachdem die Nährclysmen nur sehr kurze Zeit behalten werden und der Schlundkrampf die Ernährung per os unmöglich machte, wurde die Oesophagotomie vorgenommen; in der tiefen Narkose konnte durch Einführung einer Sonde ein heftiger Schlundkrampf ausgelöst werden. Am nächsten Morgen starb die Pat. Die Temperatur, welche während der ganzen Beobachtungsdauer zwischen 37—37·7° geschwankt hatte, betrug ante mortem 38°.

Sectionsbefund: Pneumonia lobularis purulent. pulm. d. Oesophagotomia facta (Tetanus).

Redner weist darauf hin, daß es sich um das Symptomenbild eines Tetanus traumaticus ohne nachweisbares Trauma handelte; vielleicht könne man ein anamnestisches Moment heranziehen, nämlich die von einem Arzte am 2. Krankheitstage angeblich constatirte Angina; die Localisation der Krämpfe in der Schlund- und Kaumusculatur — also in der Nähe der supponirten Infectionsstelle — würden eine derartige Annahme stützen.

Was die Wirkung des Antitoxins, wovon in 6 Tagen 2·4 Grm. injicirt wurden, betreffe, so sei das einem chronischen Tetanus sonst nicht entsprechende rasche Verschwinden der Krämpfe auffallend.

Nachdem Redner noch die Verminderung der Harnstoffmenge hervorgehoben, berichtet er zum Schlusse über einen Versuch, den er im agonalen Zustande der Pat. machte; er konnte durch die rhythmische Application von Eisstückchen auf die Lippen- und Nasenschleimhaut die Frequenz der Respiration von 50 auf 38 herabsetzen und die Inspirationen vertiefen.

Dr. MAX HERZ: Ueber sicht- und fühlbare Arterienpulsationen.

Durch das Studium der kymographisch dargestellten Blutdruckschwankungen kam der Vortr. zu der Ueberzeugung, daß peripbere Arterien bei normalem Blutdrucke keine sichtbaren Pulsationen zeigen könnten, und daß man daher verpflichtet sei, wenn man solche bei Kranken entdecke, nach den besonderen Ursachen zu suchen. An Hunden fand er diese Voraussetzung bestätigt, indem die frei präparirte Femoralarterie bei den gewöhnlichen Kreislaufsverhältnissen sich nicht oder wenigstens nicht wahrnehmbar rührt.

Die ganz leicht auf eine menschliche gesunde Radialis aufgelegten, der Quere nach so bewegten Fingerkuppen, daß man die Querdimensionen des Gefäßes abtasten kann, fühlen keinen Puls. Man erzeugt ihn künstlich, indem man die Wand bei stärkerem Fingerdruck einbuchtet, ebenso wie die Pelotte eines Sphygmographen. Auch die minimalen, kaum bemerkbaren Pulsationen der Haut über der Radialis sind nach H. eine Folge des einseitigen Druckes durch die gespannte Haut.

Eine Steigerung des Blutdruckes ist weit entfernt, Pulsationen hervorzurufen, weil eine stark gespannte Gefäßwand der Pulswelle noch weniger nachgeben könne, als eine weniger gespannte. Dazu kommt noch, daß die Pulswellen bei höherem Drucke bedeutend kleiner sind, als bei niedrigem (MAREY, HÜRTHLE). Es ist daher nicht immer die Folge einer Wandverdickung, wenn die Radialis eines an Schrumpfniere leidenden Menschen unter dem Finger auch bei einer Belastung nicht pulsirt, welche sonst schon Pulsationen hervorrufen würde.

Man wäre bei dem Auftreten großer rhythmischer Volumsveränderungen an einer Arterie leicht geneigt, an eine besonders ausgiebige Herzarbeit zu denken. Es ist jedoch das Gegentheil richtig. Die Arterien eines Hundes beginnen zu pulsiren, wenn der Blutdruck stark sinkt.

Geschlängelte Arterien pulsiren immer. So die Art. temporalis sonst gesunder Menschen. Solche Gefäße, wie besonders die Mesenterialgefäße und die geschlängelte Kaninchenaorta, zeigen die systolischen Verlängerungen sehr deutlich. Die einzelnen Bögen verschieben sich nämlich in toto in der Richtung gegen ihre Convexitäten.

Der Vortr. untersuchte auch mit Fühlhebel die Längspulsationen der gerade gestreckten Hundeaorta, welche in ihrer ganzen Ausdehnung schöne Querpulsationen zeigt mit Ausnahme der Wurzel und des Bogens. Die Aortenpulse sind nämlich deshalb wichtig, weil sie es offenbar sind, welche dadurch, daß sie die Drucke wie in einem Windkessel ausgleichen, die Pulsationen aus der Peripherie unnöthig oder vielmehr unmöglich machen.

H. fand, daß das caudale Ende der Hundeaorta stille steht, hingegen die anderen Punkte derselben bei jeder Systole gegen den Bogen hin pulsiren, so daß diese Bewegungen sich summiren und schließlich den Bogen dislociren müssen. Auf diese Dislocationen führt er die im Jugulum des Menschen fühlbare Pulsation zurück.

Eine Starrheit des Aortenrohres muß nach dem Vortr. zu größeren pulsatorischen Druckschwankungen in der Peripherie und eventuell zum Auftreten deutlicher Pulsationen führen, welche in einem von ihm beobachteten Falle so groß waren, daß man an Aneurysmen denken mußte. Speciell die Art. subclavia beginnt bei Sclerose der Aorta deutlich zu pulsiren. Diese Erscheinungen stehen im Einklange mit dem von v. BASCH entdeckten Verhalten des Pulses bei intacten peripheren Arterien und Sclerose der Aorta. Das Sphygmomanometer zeigt da nämlich ein überaus hohes Aufschnellen der Pulscurve.

H. faßt zum Schlusse seine Ansichten in dem Satze zusammen, daß bei normaler Gefäßwand eine auffallende Arterienpulsation immer entweder auf stark herabgesetzten Blutdruck oder Aortensclerosen oder Insufficienz der Aortenklappen schließen lasse, welche Zustände leicht von einander zu differenziren seien.

Discussion.

Dr. Biedl will zunächst die besprochene Frage durch einige literarische Bemerkungen ergänzen, um dann neue Gesichtspunkte zur Beurtheilung der pulsatorischen Veränderungen der Gefäßweite hervorzuheben.

Bezüglich des wichtigsten betheiligten Factors, der Elasticität, hat zuerst EDUARD HEINRICH WEBER in Jahre 1834 betont, daß die Elasticität der Gefäße von eminenter Bedeutung für die Herzarbeit ist. Sie bewirkt erstens, daß das Blut trotz des rhythmischen Zuflusses in den kleinen Gefäßen continuirlich strömt; dann aber, daß das Herz nicht die ganze Blutsäule auf einmal vorwärts treiben muß, sondern durch die Erweiterungsfähigkeit der großen Arterien gewissermaßen entlastet wird. B. erinnert an den einfachen Versuch MAREY's, daß beim rhythmischen Zupumpen aus einem elastischen Rohr eine größere Flüssigkeitsmenge ausfließt, als in derselben Zeit aus einem gleichweiten starren.

Die Messung der Elasticität eines Längsstreifens aus der Aorta (durch WERTHHEIM, 1847) ergab eine abnehmende Verlängerung bei steigender Belastung. Physiologisch wichtiger ist der Befund MAREY's (1880), daß die cubische Erweiterung dasselbe Verhalten zeigt. Die Arterien werden bei gleichmäßiger Steigerung des Innendruckes um so weniger erweitert, je höher bereits der absolute Druck ist. Wenn auch neuere Autoren (THOMA und KAEFER, ROY, ZWARDEMAKER) bezüglich der Details abweichende Angaben bringen, so gestattet die Messung MAREY's doch zwei principielle Folgerungen.

Erstens, daß bei hohem Blutdruck jede aus dem Herzen herausgeworfene Blutmenge den Druck weiter steigert, die Herzarbeit also erhöht, ohne daß die Pulsationen zunehmen oder solche an kleinen Arterien auftreten müßten. Die Unmöglichkeit der pulsatorischen Erweiterung ist ja eben die Ursache der erhöhten Wandspannung.

Zweitens kann bei niedrigem Blutdruck der systolische Druckzuwachs eine sicht- und fühlbare Pulsation hervorrufen. Demgemäß wäre aus diesem Phänomen oder aus der größeren Amplitude der Pulscurve beim Sphygmogramm der Schluß auf einen niedrigen Blutdruck zulässig.

Hier kommt aber die locale Contraction des betreffenden Gefäßes. BIEDL hat in einer früheren Arbeit nachgewiesen, daß sich die mikroskopisch kleinen Gefäße, Arterien, Präcapillaren und Venen unabhängig vom Blutstrom durch experimentelle Eingriffe verengern und erweitern können. Diese Processe gehen ohne Muskelaction, nur durch Verbreiterung oder Verdünnung der Intima, vor sich. (Bezüglich der Capillaren hat dies STRICKER zuerst nachgewiesen.) Da solche Vorgänge an größeren Gefäßen nicht beobachtet werden können, ist die Frage berechtigt, wieso wissen wir, daß sich die größeren Arterien contrahiren?

Zum Nachweise der Muskelwirkung an der Aorta hat B. mit HERZ einige Versuche ausgeführt, die aber bisher noch zu keinem endgiltigen Ausspruche berechtigen, daher noch fortgesetzt werden.

Aus den angeführten Thatsachen, der Aenderung der Wanddicke der Gefäße einerseits und dem Vorhandensein einer Muskellage andererseits dürfen wir schon jetzt schließen, daß bei der pulsatorischen Erweiterung der Arterien nicht nur die Elasticität, sondern auch die Contractilität, richtiger die Vitalität, das Leben der Gefäßwand eine eminent wichtige Rolle spielt. Aus der Pulsation eines Gefäßes und selbst aus der directen Messung des Blutdruckes dürfen demnach weitere Folgerungen nur unter steter Berücksichtigung der Wanddicke des betreffenden Gefäßes gezogen werden.

(Die weitere Discussion wird vertagt. Zum Worte melden sich Dr. M. REINER, Prof. v. BASCH.)

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Société de Biologie.

Sitzung vom 23. Februar 1895.

MARMOREK: Antistreptococcen-Serum.

M. berichtet über seine Versuche, ein Präventiv- und Heilserum gegen Streptococceninfection zu gewinnen. Bisher sind die von verschiedenen Experimentatoren nach dieser Richtung hin angestellten Versuche daran gescheitert, daß die Virulenz der Streptococcenculturen eine höchst variable, und daß es sehr schwierig ist, Culturen von hoher Virulenz darzustellen. Indem nun M. den Streptococcus nach und nach sehr oft durch den Organismus des Kaninchens hindurchpassiren ließ, gelang es ihm, demselben eine ganz außerordentliche Virulenz zu geben, so daß ein Kaninchen durch eine unter die Haut gespritzte Cultur in der Dosis von 0·00000000001 eines Cubikcentimeters in 30 Stunden getödtet wird. Dieser so außerordentlich active Mikroorganismus behält seine Virulenz in den Culturen und erzeugt ein Toxin, welches stärker ist, als das bisher dargestellte; übrigens hofft M., dessen Wirksamkeit noch zu erhöhen. Die gegen diesen Streptococcus immunisirten Thiere, welche eine große Quantität des Toxins erhalten haben, liefern ein zu gleicher Zeit präventiv und curativ wirkendes Serum. Die Versuchsthiere widerstehen der Infection selbst mit den virulentesten Streptococcen, wenn sie dieses Serum erhalten haben und auch dann, wenn die Infection mehrere Stunden vorher stattgefunden hatte. Die Mittheilung über die Heilerfolge beim Menschen behält sich M. noch vor.

ROGER berichtet im Anschlusse an diese Mittheilung M.'s über einige Erfahrungen, die er auf demselben Gebiete gemeinsam mit CHARRIN gemacht hat. Es wurden zunächst Kaninchen, dann ein Pferd gegen den Streptococcus geimpft. Mit dem von diesen Thieren erhaltenen Serum wurden dann andere Thiere mit Erfolg gegen Streptococceninfection geimpft. Durch diese Resultate ermuntert, entschlossen sich die beiden Forscher, das Serum auch beim Menschen anzuwenden, nachdem dessen Unschädlichkeit festgestellt war. In einem Falle von puerperaler Infection schien die Methode von Erfolg zu sein. Es handelte sich um eine Frau, welche seit circa 8 Tagen eine Temperatur um 39° und einen schweren Allgemeinzustand aufwies. Eine Injection von 8 Ccm. des Serums blieb ohne Wirkung. Am nächsten Tage erhielt sie 16 und am dritten Tage 25 Ccm. des Serums. Am Tage nach der letzten Injection war die Temperatur auf 37° gefallen und erhob sich nicht mehr, das Allgemeinbefinden wurde gut. Diese Frau ist somit als geheilt zu betrachten.

R. gesteht zu, daß dieser einzelne Fall noch zu keinerlei Schlußfolgerungen berechtige. Er ergreift vielmehr die Gelegenheit, um auf den Ursprung dieser Studien und ihre Bestrebungen näher einzugehen. —

HAYEM demonstrirt eine Serie von Schnitten der Magenwand, welche die verschiedenen Grade der Läsionen bei Gastritis veranschaulichen. Die herkömmliche Ansicht, daß die Magenschleimhaut nach dem Tode durch Selbstverdauung so rasch verändert wird, daß es unmöglich ist, die pathologischen Veränderungen derselben an der Leiche zu erkennen, wird durch die vorgelegten Präparate vollständig widerlegt. Dieselben betreffen die verschiedenen Formen der Gastritis parenchymatosa und der interstitiellen Gastritis. Die Präparate zeigen keine Spur von Selbstverdauung, vielmehr erscheinen die Veränderungen der Magenschleimhaut in ihren feinsten Details.

MOURET berichtet über Versuche am Pankreas, bei welchen er in den WIRSUNG'schen Canal aseptisches Oel injicirt und denselben unterbunden hat. Bei der Autopsie der Thiere fand sich das Bindegewebe sclerosirt, die Gefäße erweitert, das Drüsenepithel degenerirt. Trotzdem war bei keinem der Thiere Glykosurie aufgetreten.

Société médicale des hopitaux.

Sitzung vom 22. Januar 1895.

FERNET: Ueber sero-fibrinöse Pleuritis.

F. berichtet über die Resultate seiner bacteriologischen und klinischen Untersuchungen bei 20 Fällen von sero-fibrinöser Pleuritis. Davon waren 4 durch Pneumococcen, 6 durch Staphylococcen, 1 durch den Bacillus EBERTH, 3 durch den KOCH'schen Bacillus bedingt und in 6 Fällen fiel die bacteriologische Untersuchung negativ aus.

Bezüglich des klinischen Verhaltens dieser einzelnen Formen ergab sich, daß die Pneumococcen-Pleuritis mit einem Schüttelfrost einsetzt, worauf sich Fieber in der Höhe von 39—40° und hohe Pulsfrequenz einstellen. Die Kranken klagen über heftiges und andauerndes Seitenstechen. Der Husten ist kurz, bald trocken, bald von einer spärlichen Expectoration begleitet, welche bisweilen blutig ist. Gegen Ende des dritten Tages erscheint gelegentlich ein Herpes labialis, die Zunge zeigt einen dicken gelblichen Belag und ist an den Rändern roth. Alle diese Anzeichen würden für eine Pneumonie sprechen, aber bei der physikalischen Untersuchung findet man statt der letzteren eine Pleuritis mit Exsudat. Oft stellt sich gegen den 7. Tag der Krankheit eine Art Krise, charakterisirt durch Schweißausbruch und Abfall der Temperatur, ein. Aber diese Krise hat nicht, wie bei der Pneumonie, eine Besserung der Beschwerden im Gefolge, vielmehr persistirt die Dyspnoe wegen des vorhandenen Ergusses. Dies kann 2 oder 3 Tage, bis 2 oder 3 Wochen dauern, worauf sich das Exsudat resorbirt, und zwar mit Hinterlassung von Adhäsionen und Schwarten, welche zur Retraction des Thorax führen können. Gewöhnlich genügt die Punction des Thorax, um Heilung herbeizuführen; der Erguß hat nicht die Tendenz, sich zu erneuern. Die Heilung ist in diesen Fällen die Regel.

Die Staphylococcenpleuritis scheint einen weniger acuten Anfang zu haben, als die Pneumococcenpleuritis. Die Kranken gehen oft noch 3 Wochen bis zu einem Monate ihrer Beschäftigung nach und beklagen sich nur über ein Oppressionsgefühl. Die Untersuchung ergibt dann oft schon einen beträchtlichen Erguß. Die durch Punction entfernte Flüssigkeit ist serös und sammelt sich oft mehreremale wieder an. Die Heilung, welche übrigens auch hier die Regel ist, kann sich bis $1^1/_2$—2 Monate und selbst länger noch hinausziehen. Der Verlauf dieser Form ist somit ein mehr subacuter und kann sogar ein chronischer werden.

Die Charaktere der durch den EBERTH'schen Bacillus bedingten Pleuritis lassen sich in Folgendem zusammenfassen: Die Patienten erkranken unter typhösen Erscheinungen. Man constatirt eine Pleuritis, welche oft beinahe latent ist. Der Erguß hat wenig Neigung, sich zu erneuern, er enthält wenig Fibrin und wird leicht hämorrhagisch.

Was endlich die durch den KOCH'schen Bacillus bedingte Pleuritis betrifft, so tritt diese in zwei Formen auf, als trockene Form, die gewöhnliche Begleiterscheinung der Lungentuberculose, und in Form eines Exsudates, von welchem F. annimmt, daß es die Folge einer secundären Infection ist. Ch.

Notizen.

Wien, 9. März 1895.

(Die Laienmassage.) Vor nunmehr drei Jahren haben die ärztlichen Vereine Wiens in einer an die n. ö. Statthalterei gerichteten, wohlmotivirten Collectiveingabe um das Verbot der Ausübung der Massage durch Laien petitionirt, ohne daß eine Erledigung dieses Gesuches oder eine Regelung dieser Frage erfolgt wäre. Die Laienmassage steht in Wien in üppigster Blüthe; die Inseratenspalten der Tagesblätter sind erfüllt von Anbietungen, zumal weib-

licher Individuen, die — der Fassung dieser Inserate nach zu schließen — noch viel mehr anzubieten scheinen und offenbar die Londoner Massagehäuser, deren Treiben jüngst eine Correspondenz dieser Wochenschrift so anschaulich geschildert hat, zu copiren sich befleißigen. Mittel- und beschäftigungslose Frauen jedes Alters belästigen die Aerzte um Ertheilung von Unterricht in einer Heilmethode, zu deren Ausübung scheinbar nur zwei Hände gehören, und schon finden sich Aerzte, welche für hohes Honorar solche Weiber „unterrichten“ und ihnen Zeugnisse ausstellen. Andere Aerzte nehmen keinen Anstand, diese „geprüften“ Masseusen ihren vielgeprüften Patientinnen zu empfehlen, da es doch immer sicherer ist, dieselben von einem Laien als von einem Collegen behandeln zu lassen, dessen Erfahrungen und Leistungen auf dem Gebiete der Mechanotherapie wohl anerkannt werden, dessen Einführung in die eigene Clientel jedoch immerhin nicht unbedenklich erscheint. — Wir resumiren diese wohlbekannten Thatsachen angesichts eines Erlasses des Ministeriums des Innern, betreffend die Ausübung der Massage durch Laien, der am 18. Januar 1895 an die böhmische Statthalterei herabgelangt ist, und in welchem dem Ansuchen eines Laien um die Bewilligung der Ausübung der Massage im Prager Polizeirayon nicht willfahrt wird, „insoferne derselbe die selbstständige Ausübung der Massage zu Heilzwecken beabsichtigt, weil nach dem eingeholten Fachgutachten des Obersten Sanitätsrathes die selbstständige Ausübung der Massage zu Heilzwecken als eine zur Heilkunde gehörige Heilmethode anzusehen ist, auf welche die Bestimmungen der Gewerbeordnung keine Anwendung finden“. „Insoferne hingegen — fährt der Erlaß fort — die gewerbsmäßige Beschäftigung mit Massage ohne Anwendung derselben zur selbstständigen Behandlung von Krankheiten beabsichtigt wird, unterliegt dieselbe, insolange eine anderweitige Regelung dieser Beschäftigung auf Grund des Gewerbegesetzes nicht stattfindet, als freies Gewerbe lediglich der Anmeldung. Im Falle einer derartigen Gewerbsanmeldung wird der Umfang des Gewerbebetriebes im vorstehenden Sinne richtigzustellen sein.“ — Die oberste Sanitätsbehörde stellt sich in diesem Erlasse auf jenen Standpunkt, den sie den „Zahntechnikern“ gegenüber eingenommen hat und der auch in der im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern erflossenen Verordnung des Handelsministeriums vom 20. März 1892, betreffend die Einreihung des Zahntechniker-Gewerbes unter die concessionirten Gewerbe, zum Ausdrucke gelangt. Der Unterschied liegt lediglich in dem in der That gewichtigen Umstande, daß die Ausübung der Massage durch Laien als freies Gewerbe bezeichnet wird, dessen Umfang erst richtig zu stellen sein werde. Mit dürren Worten ausgedrückt, kann nach dieser Entscheidung Jedermann in Oesterreich das Gewerbe der Massage ausüben, sobald dies entweder nicht zu Heilzwecken — also eine Art „Vergnügungsmassage“, wie sie in den Trepidarien der Römer geübt ward — oder nicht selbstständig geschieht. Die praktischen Folgen des Ministerialerlasses liegen auf der Hand. Die P. T. Masseure beiderlei Geschlechtes werden sich in Hinkunft nicht nur um einen Gewerbeschein, sondern auch um einen — Arzt bemühen, der ihr Gewerbe mit seinem Namen deckt und — sie werden ihn finden, wie ihn heute jeder Zahntechniker findet, der Zahnarzt spielen will. Präcedenzfälle liegen ja auch bezüglich der Masseure bereits vor. Wir halten es daher für geboten, die Aerztekammern auf den citirten Ministerialerlaß nachdrücklichst aufmerksam zu machen, da derselbe nicht nur eine sanitäre, sondern auch eine ärztlich-sociale Gefahr in sich birgt, welcher mit allen gesetzlichen Mitteln, vor Allem durch Anrufung des Verwaltungs-Gerichtshofes, gesteuert werden muß.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.) In der am 25. Februar stattgehabten Sitzung dieses Fachrathes wurde unter Anderem über die Fortschritte in der Erzeugung des Diphtherie-Heilserums im k. k. Rudolph-Spitale berichtet. Gegenwärtig werden daselbst insgesammt 14 Pferde der Immunisirung unterzogen. Eine Vermehrung der Zahl der Versuchsthiere kann erst nach Vollendung der zur Ergänzung des Pferdestandes auf 23 Pferde projectirten neuen Stallungen im Kaiser Franz Joseph-Spitale erfolgen. An 6 Pferden ist die Immunisirung so weit gediehen, daß mit der Entnahme von Blut vorgegangen und das hieraus gewonnene Serum dem Kaiser Franz Joseph-Spitale und den hiesigen Kinderspitälern zur Verwendung abgegeben werden konnte, welche mit demselben zufriedenstellende Resultate erzielten. Demnächst dürfte die Zahl der immunisirten Pferde einen Zuwachs erfahren, so daß sämmtliche Wiener Krankenanstalten binnen Kurzem mit Heilserum aus der staatlichen Anstalt werden versorgt werden können. An diese Darstellung des gegenwärtigen Standes der staatlichen Heilserum-Gewinnung schloß sich die Berathung über die in einem Initiativantrage angeregte Einführung der regelmäßigen bacteriologischen Untersuchung aller jener Diphtherie-Erkrankungen an, welche der Heilserumbehandlung unterzogen werden. Der Landes-Sanitätsrath bezeichnete die Vornahme der bacteriologischen Untersuchung in allen Fällen der Serumbehandlung im Interesse der Klarstellung des Werthes dieses Heilverfahrens für unerläßlich, nahm hiebei aber auch Anlaß, sich für die allgemeine Einführung der bacteriologisch-diagnostischen Untersuchungen bei Diphtherie, beziehungsweise Diphtherieverdacht aus prophylaktischen Gründen auszusprechen, und stellte bestimmte Anträge, auf welche Weise dieser Forderung entsprochen werden könnte.

(Bezug von Diphtherie-Heilserum aus dem Auslande.) Die österreichische Regierung hat im Einvernehmen mit den ungarischen Ministerien bis auf Weiteres verfügt, daß Sendungen von Diphtherie-Heilserum, welches zollfrei zu behandeln ist, von den Zollämtern nur im Falle des Bezuges aus den seitens des Ministeriums des Innern als oberster Sanitätsbehörde für zulässig bezeichneten Bezugsquellen für Apotheken, wissenschaftliche Institute der medicinischen Facultäten und für die das Oeffentlichkeitsrecht besitzenden Krankenanstalten mit Ausschluß jeder Mittelsperson abgefertigt werden dürfen. — Hinsichtlich des directen Bezuges dieses Heilmittels durch Aerzte oder Privatpersonen finden die gesetzlichen Bestimmungen über den Bezug zubereiteter Arzneiwaaren aus dem Auslande sinngemäße Anwendung.

(Auszeichnung.) Dem Statthaltereirathe und Landes-Sanitätsreferenten in Zara Dr. Gustav Ivanics ist der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen worden.

(25jähriges Doctor-Jubiläum.) Der verdienstvolle, langjährige Cassenverwalter des „Wiener Med. Doctoren-Collegium und seiner Witwen- und Waisen-Societät, Dr. Carl Reitter, ein allseitig geschätzter College, hat kürzlich das 25jährige Doctoren-Jubiläum gefeiert und wurde seitens des Gemeinderathes der Stadt Wien durch Verleihung der Salvatormedaille geehrt. Am 11. d. M. wird ein vom ärztlichen Verein im III. Bezirke veranstalteter Fest-Commers die Freunde des Jubilars vereinigen.

(Universitäts-Nachrichten.) Dr. Julius Schnitzler, Assistent der Klinik Albert, hat sich an der Wiener Universität für Chirurgie, Dr. Mathias Pešina an der czechischen Universität in Prag für innere Medicin habilitirt.

(Todesfälle.) In den letzten Wochen sind in Galizien drei Aerzte die Opfer ihres Berufes geworden. In Kamionka ist der Bezirksarzt Dr. Anton Janiszewski, 41 Jahre alt; in Jazlonice der prov. Choleraarzt Drd. Wacław Böhm; in Stadnica der Sanitätsinspector Dr. Ferdinand Cassina, sämmtlich an exanthematischem Typhus, gestorben. — Gestorben sind ferner: In Wien der Assistenzarzt der n. ö. Landes-Irrenanstalt Dr. Josef Kupfer, 33 Jahre alt; in Görz der Stabsarzt d. R. Dr. Berhard Deutsch; in Hallstadt der k. k. Salinenarzt Dr. Leppold Nowak; in Jungbunzlau (Böhmen) der praktische Arzt Dr. Salomon, 56 Jahre alt; in Hanau der Director des dortigen Land-Krankenhauses Dr. Middeldorpf in Folge einer selbstverschuldeten Medicamenten-Verwechslung an Morphiumvergiftung; in Berlin der Geh. Sanitätsrath Dr. Ludwig Güterbock, im 81. Lebensjahre.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 13. März 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Dr. A. Hock: Ein Fall von Sternaldefect. (Mit Krankendemonstration.)
2. Prof. Kolisko: Ueber einige seltenere Erkrankungen der Gelenke. (Mit Demonstration anatomischer Präparate.)
3. Dr. Pineles: Histologische Befunde bei einem Falle von Tabes incipiens. (Mit Demonstrationen.)

Nr. 11. Sonntag den 17. März 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum**, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Kritik
der
Diphtherietherapie mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.

Von **Prof. Dr. Sigmund Purjesz** in Klausenburg.*)

Bei der Ueberproduction der Heilmittel haben wir oft Gelegenheit, die Erfahrung zu machen, daß es nicht leicht ist, über irgend eines derselben zu einem abschließenden Urtheile zu gelangen. Aehnlich ergeht es uns mit dem zur Bekämpfung der Diphtherie empfohlenen Heilserum. Obwohl dasselbe erst nach gründlichen Vorstudien dem ärztlichen Urtheilsspruche unterbreitet wurde, und obwohl bei der leider vielfachen Gelegenheit zur Anwendung desselben sich bereits die besten Beobachter mehr oder weniger entschieden über dessen Werth äußern konnten, so sind wir doch noch von einem abschließenden Urtheile weit entfernt. Ich glaube jedoch nicht fehl zu gehen, wenn ich aus den bisher bekannt gewordenen Aeußerungen annehme, daß die größere Zahl der Beobachter im Lager derjenigen ist, die vertrauensvoll in die Zukunft des Serums blicken.

Auch ich hatte Gelegenheit, das Serum in zwanzig und einigen Fällen anzuwenden, auch ich erhielt den Eindruck, als verliefen die Fälle bei dieser Behandlung gut genug, dem Anscheine nach vielleicht besser, als bei irgend einer früheren Behandlungsweise, — und dennoch bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, daß wir auf Grund des uns zur Verfügung stehenden oder selbst des auf dem bisher gepflogenen Wege noch zu beschaffenden Materiales darüber zu keinem sicheren Schlusse gelangen können, ob das Serum wirklich mit Erfolg gegen die Diphtherie verwendet wird. Wir verhandeln hier ganz zwecklos über den Werth oder die Werthlosigkeit des Serums, ob uns jetzt zwanzig oder einige Hundert Fälle zur Verfügung stehen, so lange wir darüber nicht im Klaren sind, ob die Basis, von der wir ausgegangen, und der Weg der Beweisführung, den wir eingeschlagen, auch der richtige ist.

Zur Beweisführung werden namentlich zwei Wege angetreten, der des Thierexperimentes und die numerische Methode.

Wie hoch immer wir den Werth des Thierexperimentes bei der Entscheidung ähnlicher Fragen anschlagen, so glauben wir doch kaum, daß jene Experimente, die zum Beweise der Heilkraft des Serums ausgeführt wurden, einfach auf die Verhältnisse des Menschen übertragbar wären; nicht nur deshalb, weil der thierische und menschliche Organismus doch zu verschieden sind, um einfach die bei dem Einen gefundenen Verhältnisse auch bei dem Anderen als bestehend annehmen zu können, sondern namentlich deshalb, weil die Symptome jener Erkrankung, die bei dem Thiere durch Impfung mittelst Diphtheriematerial hervorgerufen und durch das Serum günstig beeinflußt werden, in vieler Hinsicht von den Symptomen der menschlichen Diphtherie verschieden sind. Es kann daher aus dem Umstande, daß diese von der menschlichen Diphtherie verschiedene, künstlich hervorgerufene Erkrankung des Thieres durch das Serum günstig beeinflußt wird, noch bei weitem nicht der Schluß gezogen werden, daß die Diphtherie des Menschen sich demselben gegenüber ebenso verhalten wird.

Die zweite Art der Beweisführung, nämlich die numerische Methode, besteht, wie Sie wissen, darin, daß eine Anzahl mit Serum behandelter Fälle mit einer beiläufig ähnlichen Zahl nach einer anderen Methode behandelter Fälle verglichen wird, und wo dann — je nachdem die Genesungs-

*) Nach einem gelegentlich der Discussion über die Serumtherapie im medicinisch-naturwissenschaftlichen Verein zu Klausenburg und am 9. März in der königl. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest gehaltenen Vortrage.

verhältnisse, respective das Mortalitätsverhältniß ausfallen — für oder gegen das Serum entschieden wird.

Sie wissen, daß die meisten Kliniken bei diesem Vorgehen zu dem Resultate gelangten, daß das Mortalitätsverhältniß bei den mit Serum behandelten Fällen ein wesentlich günstigeres ist, was dann natürlich für den Heilwerth des Serums verwerthet wird, ja dazu führte, daß dasselbe von Manchen als Specificum angesprochen wird.

Den Werth der numerischen Methode bei der Entscheidung von therapeutischen Fragen kennt man schon lange, aber man kennt auch die Schwierigkeiten, die der Anwendung dieser Methode innewohnen. Denn abgesehen von den großen Zahlen, welche diese erfordert, und deren Wichtigkeit bereits POISSOU betont, ist es sehr schwierig, solche Fälle einander gegenüber zu stellen, die sich in Allem oder wenigstens in ihren Haupteigenschaften ähnlich und nur in Betreff der angewandten Therapie verschieden verhalten. Lassen wir aber diese Fundamentregel der numerischen Methode außer Acht, so setzen wir uns leicht dem gerechten Vorwurfe GAVARET's aus, den derselbe einst LOUIS und BOUILLAND zugerufen, indem er sagte: Hieraus entstehen denn auch alle die Schwierigkeiten in Bezug auf Zahlen, die täglich in der Akademie und den Journalen vorkommen, welche fast den Anschein haben, als ob die medicinische Statistik nur zum Beweise des sonderbaren Paradoxons diente, daß man Alles mit Allem heilen könne.

Nun können Sie sich aber überzeugen, daß die meisten jener Autoren, die ihre Meinung auf Grund eines größeren Beobachtungsmateriales abgegeben, den unverzeihlichen Fehler begehen, nicht zu bedenken, daß die mit Serum behandelten Fälle des Jahres 1894 sich von anderweitig behandelten Fällen des Jahres 1893 etc. nicht nur in Betreff der angewandten Therapie, sondern auch in anderer Hinsicht. namentlich in Betreff der Schwere der Epidemie, sowie in Bezug auf die Schwere der Einzelfälle unterscheiden können, ja in letzterer Hinsicht sich ganz gewiß verschieden verhielten.

Daß sich unter den mit Serum behandelten Fällen viel mehr leichtere Fälle befinden, wurde ganz unzweifelhaft durch den Ruf, welchen das Serum genoß, bevor es allgemein zugänglich war, verursacht. Sobald es bekannt wurde, daß in diesem oder jenem Krankenhause die Diphtherie mittelst der theuren und selbst für Geld nur schwer zu verschaffenden Injectionen behandelt, ja nicht nur behandelt, sondern fast sicher geheilt wird, sobald nur die Kleinen rechtzeitig der Behandlung zugeführt werden, beeilten sich die besorgten Eltern, ihre Kleinen selbst bei geringfügigem Leiden der sicheren Cur zu unterwerfen, während in früheren Jahren, wo das Krankenhaus noch nicht im Besitze des souveränen Mittels war, sich dieselben von ihren kleinen Kranken nur im allerschwersten Falle zu trennen vermochten, was zur Folge hatte, daß unter den mit Serum behandelten Kranken des Krankenhauses unbedingt viel mehr leichte Fälle sich befinden mußten. als in früheren Jahren. Daß die Verhältnisse nicht den geschilderten entsprochen hätten, kann nur von Denen bezweifelt werden, die das Leben von der praktischen Seite nicht kennen.

Es geht aus dem Erwähnten zur Genüge hervor, wie sehr Unrecht z. B. VIRCHOW hatte, aus dem Umstande, daß die Mortalität in einem Krankenhause zu Berlin, nach Einstellung der Serumbehandlung, wieder die frühere Höhe erreichte, zu schließen, daß das Serum ein verläßliches Heilmittel gegen die Diphtherie wäre, da ja dieser Umschwung einfach auch dadurch veranlaßt sein konnte, daß auch das große Publicum erfahren hatte, daß dort kein Serum mehr zur Verfügung steht, und jetzt sich nicht mehr so beeilte, gleich am ersten, zweiten Tage Kinder behufs Einspritzung hinzubringen, wodurch dem Krankenhause wieder nur die schweren und schwersten Fälle zugeführt wurden, wie dies auch sonst geschehen war.

Die Ungleichheit des Materials kann auch dadurch bedingt sein, daß jetzt nur Fälle gespritzt werden, bei denen der LÖFFLER'sche Bacillus nachgewiesen ist, und man diese Fälle mit solchen nach früherer Methode vergleicht, bei denen Alles ohne Auswahl nach der betreffenden Methode (local) behandelt wurde. Daß hiemit gegen die Fundamentalregel der numerischen Methode arg gesündigt wird, will ich nur erwähnt haben.

Um aber nicht in dem Lichte zu erscheinen, als wollte ich die Entscheidung der Frage über den Heilwerth des Serums durch das Hineinmengen solcher schwer controlirbarer Factoren, wie der verschiedenen Schwere der Epidemien, der Verschiedenheit der zur Behandlung gelangten Einzelfälle in den zum Vergleich herangezogenen Jahren, erschweren, will ich auf meine oben gemachten Einwendungen über die Verschiedenheit des Materiales — einstweilen meiner besseren Ueberzeugung entgegen — verzichten und trotz der Wahrheit des Gesagten annehmen, daß die miteinander verglichenen Fälle der verschiedenen Jahre ganz congruent waren und sich blos in Betreff des therapeutischen Eingriffes verschieden verhielten, indem die Einen mit Serum, die Andern auf andere Weise behandelt wurden.

Wenn wir uns auf diesen Standpunkt stellen, so folgt daraus, daß die mit Serum behandelten Fälle eine kleinere Mortalität, respective bessere Genesungsverhältnisse aufweisen, als die auf andere Weise behandelten Fälle; es geht aber daraus weder hervor, daß das Serum einen curativen Einfluß auf die Diphtherie ausgeübt hat, noch daß das Serum überhaupt irgend welchen Einfluß auf diese Krankheit ausübt. Das könnte man nur daraus schließen, wenn wir gewiß wüßten, daß die bisherige Behandlung auf diese Krankheit von günstigem Einflusse war, oder sich wenigstens indifferent verhielt.

Gehen wir in uns und gestehen wir offen und ehrlich, ob wir, von dem etwaigen subjectiven Eindruck abgesehen, auch nur den geringsten Beweis dafür besitzen, daß die bisher angewandten Mittel (Sublimat, Hydrarg. cyanat., Argent. nitricum, Kalium hypermang., Chlor, Brom, Jod, Liquor ferri sesquichlorati, Alkohol, Carbol, Creolin, Salicylpräparate, Thymol, Chinin, Naphthalin, Jodoform, Papayotin, Trypsin etc.) diese Krankheit günstig beeinflußt hätten. Mit Recht flößt uns gegen den subjectiven Eindruck schon die große Zahl der Heilmittel Mißtrauen ein. Von allen diesen Mitteln wurden günstige Wirkungen berichtet, von allen wurde behauptet, daß sie die Diphtherie günstig beeinflussen, und immer wurde diese günstige Wirkung damit begründet, daß die Mortalität geringer war, als bei irgend einer früheren Behandlung.

Wahrlich, wenn wir diese stattliche Reihe der noch immer nicht vollständigen Liste der für wirksam befundenen Heilmittel sehen, so müssen wir uns nur darüber wundern, daß diese bösartige Krankheit noch immer solch große Opfer fordert, und wir müssen GAVARET's oben citirten Ausspruch dahin modificiren, daß man mittelst der fehlerhaft angewandten numerischen Methode zu dem Paradoxon gelangt: man könne die Diphtherie mit Allem heilen.

Es ist ein altes, aber durch die Erfahrung bestätigtes medicinisches Sprichwort, daß, wenn man gegen eine Krankheit gar zu viele Heilmittel besitzt, man in der Regel kein einziges besitzt, d. h. kein einziges verläßlich ist. Wenn ich auf die stattliche Reihe der Heilmittel blicke, welche alle gegen die Diphtherie als wirksam befunden wurden, so muß ich zu meinem Bedauern zu dem Resultate gelangen, daß das oben citirte Sprichwort sich leider auch jetzt bewährt hat. Mag auch dieser meiner subjectiven Meinung von anderer Seite keine große Wichtigkeit beigelegt werden, so muß ich doch

bemerken, daß Diejenigen, die meine Anschauung nicht theilen, zur Stütze ihrer entgegengesetzten Meinung auch nichts Anderes als ihre subjective Auffassung anzuführen im Stande sind. Und sollte diese, der meinen entgegengesetzte Auffassung sich etwa auf die Thatsache stützen, daß während der Behandlung mit einem der erwähnten Heilmittel ein günstigeres Resultat erzielt wurde, als mit irgend einer früheren Behandlungsmethode, so will ich die Thatsache durchaus nicht in Abrede stellen, doch mag dies Factum, wie wir das allsogleich sehen werden, auf ganz anderen Umständen beruhen.

Die gegen diese Krankheit angewandten Mittel mögen noch so verschiedene chemische oder parasiticide Eigenschaften besessen haben, eines hatten sie alle gemeinsam, nämlich die Art ihrer Anwendung: alle wurden mehr weniger in Form von Pinselungen angewendet, um den Krankheitsherd, den Krankheitskeim zu zerstören; da sie aber dieser Aufgabe — wie dies, abgesehen von ihrer großen Zahl, auch aus der großen Mortalität der Periode vor Anwendung des Serums hervorgeht — nicht gewachsen waren, so blieb von der ganzen sogenannten localen Behandlung kaum etwas Anderes übrig, was Nutzen hätte stiften sollen, als der mechanische Insult, dem wir den kranken Rachen der armen Kinder aussetzten.

Wenn ich, meine Herren! auf die Scenen zurückdenke, welche sich bei solchen Pinselungen abspielten, zurückdenke auf den Vertheidigungskampf der armen Opfer, auf die gelinde Gewalt, welche wir Aerzte, trotz unserer Geduld, anwenden mußten, um die fest aneinander gepreßten Zahnreihen zu öffnen, um dann, in den Rachen gelangend, dort im Dunkeln eventuell das zu bepinseln, was wir — da es noch nicht von der Krankheit ergriffen — lieber verschont hätten, oder das unbepinselt zu lassen, was wir lieber — da es ja bereits erkrankt war — gepinselt hätten; wenn wir bedenken, daß diese Procedur täglich mehrere Mal, ja von manchen Collegen ½—1stündlich wiederholt wurde, oder deren Ausführung, da ja der Arzt auch anderseitig beschäftigt war, oft den Eltern oder einer Wärterin überlassen wurde, die vielleicht mit weniger Geduld, aber mit umsomehr entschiedener Energie den Weisungen des Arztes entsprach, wenn wir bedenken, daß dies Alles oft 4—5 und mehr Tage hindurch mit der größten Genauigkeit ausgeführt wurde, so daß die armen Kranken kaum dazu kamen, sich durch eine Stunde erquickenden Schlafes von der physischen und moralischen Pein, die sie auszustehen hatten, zu erholen: dann kann es uns wahrlich nicht wundern, daß wir bei der Behandlung mit Ferrum sesquichlor., Thymol, Chinolin, Sublimat etc. bessere Resultate erzielten, als zur Zeit, wo wir statt dieser verhältnißmäßig milden Mittel — wo Böses höchstens nur der von der Behandlung untrennbare mechanische Insult verursachte — mit dem Lapisstifte alles Oberflächliche und Tiefe zerstören wollten, aber noch weniger darf es uns wundern, wenn wir während der Serumbehandlung noch bessere Resultate erzielten, da die armen Kleinen nun so glücklich waren, mit 1—2 nicht einmal schmerzhaften Injectionen dort davon zu kommen, wo ihre Vorgänger die Grausamkeiten der Pinselung stündlich ertragen mußten.

Ich kann mir, meine Herren! ganz gut denken, daß dem Wegfall der mechanischen und toxischen Insulte, der localen Zerstörung der bösen Rückwirkung, die alle diese Heilmittel auf das Nervensystem, wie auf den Gesammtorganismus ausüben mußten, ein wesentlicher oder gar ausschließlicher Antheil zukommt, wenn wir bei der Serumbehandlung bessere Resultate erzielten, als bei der bisher üblichen localen Methode.

Dabei ist es aber ganz gut denkbar, daß in schweren oder in solchen Fällen, bei welchen der Proceß große Neigung zum Fortschreiten hat, es auch jetzt zur Intubation und Tracheotomie kommen muß; aber sehr gut vereinbar mit unserer Auffassung ist, wenn diese Fälle jetzt, wo die verschiedenen Insulte fehlen, seltener beobachtet werden, und da, wo sie vorkommen, bessere Heilungsresultate ergeben, da ja die Operationen jetzt zum Mindesten an weniger herabgekommenen Kindern ausgeführt werden.

Je weniger wahrscheinlich unsere oben gegen unsere bessere Ueberzeugung gemachte Concession, als wären die Fälle der zum Vergleiche herangezogenen verschiedenen Jahre in Betreff der Schwere der Erkrankung nicht verschieden, um so weniger wird das bei der Serumbehandlung beobachtete bessere Genesungsverhältniß ausschließlich dem Wegfall der mit der localen Behandlung einhergehenden verschiedenen Insulte zugeschrieben werden können, sondern wird, vielleicht in noch größerem Maße, dadurch verursacht, daß jetzt auch viele leichte Fälle in das Krankenhaus gebracht wurden, und die nun, blos weil sie ein wenig Serum erhielten — trotzdem daß sie auch bei der indifferentesten Behandlung genesen wären — fälschlich zum Vortheile des Serums verbucht werden.

Nun, darauf, ob die besseren Resultate ausschließlich dem Wegfall der verschiedenen Insulte und ihren Folgen und der unrichtigen Verbuchung der leichten Fälle zuzuschreiben sind, oder ob hiebei etwas, und wenn ja, wie viel auf Rechnung des Antitoxins zu schreiben wäre, können wir keine positive Antwort geben, wir können es weder verneinen, noch bejahen, da wir nicht in der Lage sind, mit Serum behandelten Fällen solche entgegen zu stellen, die den anderen in Allem oder wenigstens in ihren Haupteigenschaften ähnlich wären, und sich von denselben blos in Betreff des therapeutischen Eingriffes unterscheiden.

Es wäre dies nur dann ausführbar, wenn es möglich wäre, das zu veranlassen, was eigentlich die Obliegenheit der Herren Behring und Roux gewesen wäre, noch ehe das Serum als ein, zur rechten Zeit angewandt, unbedingt verläßliches Heilmittel hingestellt, der Allgemeinheit zugänglich gemacht wurde: daß nämlich den mit Serum behandelten Fällen solche entgegengestellt werden, welche, mit Ausnahme der Regelung der diätetischen und hygienischen Verhältnisse, keiner anderen Behandlung theilhaftig geworden sind. Hätte Behring sein Serum so geprüft, daß er abwechselnd je einen Fall der Serumbehandlung, den anderen der einfachen diätetischen Behandlung unterzogen hätte, so würde der Werth des Serums bei der bekannten Malignität der Diphtherie schon bei einer Versuchsreihe von 50—100 Fällen viel eher in's Reine gebracht worden sein, da ein solches Vorgehen den gerechten Anforderungen der numerischen Methode selbst mit kleinen Zahlen eher entsprochen hätte, als dies nach der jetzt geübten Methode bei Tausenden von Fällen möglich sein wird. So schwer es jetzt angeht, da einmal das Serum von vielen Seiten — allenfalls nicht auf gründliches und zuverläßliches Studium basirt — als bewährtes Heilmittel gegen die Diphtherie ausposaunt ist, eine solche Versuchsreihe anzustellen, ohne eventuell bei jedem einzelnen Todesfall, der bei der diätetischen Behandlung eintritt, den Vorwurf auf sich zu laden, daß man den Kranken eventuell mit Serum hätte retten können (obwohl ja bereits Fälle bekannt sind, wo das Serum ganz im Sinne Behring's, gleich am ersten Tage der Erkrankung angewandt, den Tod nicht verhüten konnte — v. Widerhofer's Fall — und ein einziger solcher Fall mehr für die Werthlosigkeit des Serums beweist, als 10 Fälle, die mit Serum genesen sind, für die Wirksamkeit des Serums zu verwerthen sind); so schwer es angeht, zu verlangen, daß Jemand eine solche Versuchsreihe anstelle, der von der Werthlosigkeit, ja vielleicht der Schädlichkeit der bisher befolgten sogenannten

localen Therapie nicht ganz und voll überzeugt ist, da es ja recht schwer fallen dürfte, Kranke, der eigenen Ueberzeugung entgegen, nicht nach jener Art zu behandeln, mit der man ihnen zu nützen, eventuell den einen oder den anderen vom Tode retten zu können meint: so wäre es Pflicht und Schuldigkeit Behring's gewesen, diesen Weg der Beweisführung einzuschlagen, nicht nur weil dies der einzige, naturwissenschaftlich richtige Weg gewesen wäre, um sich über den Werth oder die Werthlosigkeit des Serums ein verläßliches Urtheil zu bilden und demnach anzutreten gewesen wäre, ehe anch nur eine Zeile über die absolute Verläßlichkeit des Serums in's große Publicum gedrungen war, sondern es wäre auch Niemandem so leicht gewesen, den Versuch auf diese Weise anzustellen, da ja einerseits kaum Jemand von der Machtlosigkeit unserer bisherigen Therapie der Diphtherie gegenüber so überzeugt war und ohne Zweifel es noch ist, als es eben Behring war, und er andererseits von der Wirksamkeit des Serums — falls er nicht die Ergebnisse des Thierexperimentes einfach ohne jede Prüfung auf den Menschen übertragen wollte — noch durchaus nicht überzeugt sein konnte. Mit demselben Muth und vielleicht mit derselben Gewissensangst, mit welcher er die ersten Dosen Hammelserums und Antitoxins in den kranken Kinderorganismus einverleibte, ohne genau wissen zu können, welche die Folgen sein werden, mit demselben Muth und nur mit viel weniger Gewissensangst hätte er auch eine ähnliche Anzahl von Kindern der einfachen, diätetischen und hygienischen Behandlung unterwerfen können. Wahrlich, die Frage, um die es sich handelte, wäre dieser Mühe werth gewesen (und dabei hätte sich Behring nicht den geringsten Vorwurf darüber machen müssen, als hätte er bei der diätetischen Behandlung seinen Kranken entzogen, womit er ihnen mit Wissen hilfreich hätte beistehen können); es ist allenfalls möglich, daß das große ärztliche und Laienpublicum dann erst einige Monate später (vielleicht auch nie) Kunde vom Diphtherie-Heilserum erhalten hätte, aber die Kunde wäre dafür auch viel verläßlicher gewesen. Hat doch Jenner viel länger gewartet, ehe er das Resultat seiner Beobachtungen über den Werth der Vaccination mitgetheilt. Hätte dann der Versuch ergeben, daß von 50 mit Serum behandelten Kindern kein einziges der Krankheit erlegen, während von den anderen 50 ohne Serum behandelten 8—10 gestorben sind, oder hätte es sich nur herausgestellt, daß das klinische Bild unter der Einwirkung des Serums ein wesentlich anderes geworden ist, als bei den diätetisch behandelten, dann hätte ein solches Resultat viel mehr dazu beigetragen, mit Vertrauen auf die weiteren, allenfalls schon wegen der zu kleinen Zahl nothwendigen Versuche zu blicken, um die Frage ganz in's Klare zu bringen, als dies heute möglich ist, selbst wenn wir noch so viele mit Serum behandelte Fälle solchen gegenüberstellen, welche nach anderen, eventuell schädlichen Methoden behandelt wurden.

Ob wir — da das Serum allenfalls ohne gehörige Begründung, nur in Folge mangelhaften Vorgehens Derjenigen, die berufen gewesen wären, der Sache gründlich nachzugehen, so schnell das Vertrauen so vieler Aerzte erwerben konnte — je in die Lage gesetzt werden, den Bericht über derartig angestellte Versuche zur Kenntniß zu nehmen, oder ob es dem Zufalle, eventuell einer späteren schweren Epidemie überlassen bleibt, Klarheit in die Frage zu bringen, das hängt wesentlich davon ab, ob die Kliniker, namentlich jene Kinderärzte, die über ein großes Diphtheriematerial verfügen, sich durch ähnliche Reflexionen veranlaßt sehen werden, den natürlichen klinischen Verlauf dieser Krankheit, eventuell parallel mit der Serumbehandlung einer gründlichen Studie zu unterziehen. Mit Recht sagte der als Hyperrationalist verschriene Dietl vor eben 50 Jahren (1845): Sollten wir daher je zu einer rationellen Heilmittellehre gelangen, so müssen wir vor Allem die Grenzen der Naturthätigkeit kennen lernen, denn so lange wir nicht genau wissen, was die Natur zu leisten im Stande ist, so lange können wir nicht wissen, was wir zu leisten haben. Die Heilkraft der Natur zu prüfen, heißt den ersten Schritt zum Wissen gethan haben.

Sollte nicht vielleicht die Frage aufgeworfen werden, ob denn solch eine Parallelbeobachtung wirklich unerläßlich ist? Sollten wir uns nicht mit dem Resultate, daß die Mortalität von 50—30% auf 20—10% herabgesunken ist, zufrieden geben? Ist es nicht leichtsinnig, zwecklos, jetzt, da wir uns des günstigen Resultates erfreuen, ein verläßliches Mittel gegen diese schwere Krankheit zu besitzen, beruhigten Gemüther wieder dadurch aufzuschrecken, daß wir darüber einen Streit beginnen, ob das erfreuliche Resultat wirklich dem Serum und nicht etwa dem Umstande zuzuschreiben ist, daß wir dem kranken Rachen und mit ihm dem ganzen Organismus alle jene Insulte fernhalten, die wir bisher im besten Glauben als unerläßliche Heilfactoren anwendeten?

Nie könnte ich einen solchen Standpunkt einnehmen! Nicht blos deshalb nicht, weil derselbe weder wissenschaftlich, noch praktisch, am allerwenigsten aber ethisch ist; nicht blos deshalb nicht, weil ja bereits Aerzte — nachdem auch bei der Serumbehandlung so manches Kind zum Opfer der Krankheit wird — sich dahin aussprachen, ob es nicht rathsam wäre, neben der Serumbehandlung auch noch die Localbehandlung einzuleiten, da es ja nicht schaden kann, den Feind, außer mit der neuen, auch mit der alterprobten und bis zu einem gewissen Maße bewährten Waffe zu bekämpfen; auch deshalb nicht, weil ich es selbst dann für unstatthaft halte, 30—40 Ccm. Pferdeserums, eine gewisse, im Verhältnisse zum kindlichen Organismus (um den es sich ja zumeist handelt) nicht allzu geringe Menge von Carbolsäure, eine gewisse, aber weder der Quantität, noch der Qualität nach bekannte Menge von Antitoxin dem kindlichen Organismus einzuverleiben, wenn wir von der Unschädlichkeit dieser Stoffe mehr überzeugt wären, als wir es nach den bisherigen Erfahrungen sein zu können meinen, sobald wir mit all diesen Stoffen keinen Nutzen verschaffen können: sondern deshalb nicht, weil wir, wenn wir darüber ein Urtheil abgeben sollen, ob das Serum Alles das gehalten hat, was von ihm behauptet wurde, es sich nicht darum handelt, die gegen Diphtherie empfohlenen Mittel um eines zu vermehren, sondern darum, ob der neuen Richtung, welche die Therapie einzuschlagen hätte, und deren erster Pionnier eben das Diphtherieheilserum ist, das Bürgerrecht verliehen werden kann.

So gerne ich dieser neuen Richtung entgegenkomme, sobald von der in solchen Fällen allein maßgebenden Klinik anerkannt wird, daß sie das auch hält, was sie versprochen — für einen ebenso großen Fehler würde ich es halten, wenn wir die Mängel derselben übersehen und uns von dem Reize und dem falschen Glanze der Neuheit blenden ließen.

Nicht subjective Eindrücke, auch nicht willkürlich zusammengestellte oder vom Zufalle zusammengehäufte Zahlen, sondern nur exact beobachtete, durch die Kritik naturwissenschaftlichen Denkens erhärtete Thatsachen, dem Ziele entsprechend angeordnete, dann aber selbst das Thierexperiment an Werth weit überragende klinische Beobachtungen können und müssen darüber entscheiden, ob die Stunde der Serumtherapie wirklich bereits geschlagen hat.

Zur Behandlung des Blasencatarrhes.

Von **Prof. Dr. Josef Englisch,** Primararzt in Wien.

(Fortsetzung.)

Zunächst sind es jene disponirenden Momente, welche eine vermehrte Zusammenziehung der Blase bewerkstelligen. Dahin gehört vor Allem die geänderte Beschaffenheit des Harnes ohne Beimengung von Eiter. Die überschüssige Harnsäure wird durch Vermehrung der eingenommenen Flüssigkeit: als Wasser allein oder durch alkalische Mineralwässer (Karlsbader, Vichy, Preblau, Robitsch, Bilin, Wildungen, Gießhübel, Salvator, Deutsch-Kreuz u. s. w.) in verdünntem Harne ausgeführt. Bezüglich dieser Wässer sei aber bemerkt, daß sie in größerer Menge nur dann getrunken werden sollen, wenn die Kranken hinlänglich Bewegung machen können; ebenso ist es zu empfehlen, nach 1—6 Tagen des Gebrauches einen Tag mit dem Mineralwasser auszusetzen. Aehnlich wirken die verschiedenen Salze: Doppeltkohlensaure Soda, Lithion, Piperazin (2·00 pro die), Glycerin (15—30 Grm. pro die), Diuretin (6 Grm. pro die mit Aq. Menthae). Für schwächliche Leute empfiehlt sich Karlsbader (Mühlbrunnen) 200—250 Grm. gewärmt, eine Stunde vor dem Frühstück, längere Zeit genommen, weil die Kranken nicht gezwungen sind, Bewegung zu machen. Regelung der Diät.

Bei verminderter Harnsäure, neben kräftiger Diät, Vollbäder zweimal wöchentlich; allabendlich warme Ueberschläge mit Kamillenabsud, Aqua calcis (3mal täglich 1 Eßlöffel mit 3 Eßlöffeln warmer Milch), hat sich, innerlich genommen, noch am besten bewährt.

Diabetes mellitus wird in der gewöhnlichen Weise behandelt. Die Behandlung der geänderten Innervation wird meist zu spät eingeleitet oder stehen wir derselben vom Anfange an hilflos gegenüber. Die Behandlung wird nach den üblichen Methoden vorgenommen und soll nicht weiter auf dieselbe eingegangen werden.

Bei Colica saturnina vesicae sind die sonst üblichen Mittel in Anwendung zu bringen.

Wenn sich alle diese disponirenden Momente auch nur durch geringe Erscheinungen bemerkbar machen und von nur unwesentlichen Veränderungen des Harnes begleitet sind, so verdienen sie nicht geringere Beachtung, als die schweren Erscheinungen. Nicht selten sind wir in der Lage, die disponirende Ursache gänzlich zu beseitigen, bevor noch Veränderungen der Blasenwand eingetreten sind. Aber auch dann darf ihr Vorhandensein nicht übersehen werden.

Bezüglich des Alkoholismus erscheint es nicht nöthig, besondere Vorschriften zu geben.

Hieran reihen sich jene disponirenden Ursachen, welche geringere bis weitgehendere Veränderungen der Harnorgane bedingen. Vorhandene Blasensteine oder Fremdkörper müssen entfernt, die Verengerungen der Harnröhre erweitert und Blasengeschwülste beseitigt werden; letzteres gelingt oft nur schwer. Meist genügt die einfache Entfernung nicht mehr und treten die später zu betrachtenden Behandlungsweisen ein.

Bezüglich der Blasenentzündung bei Frauen müssen wir, ebenso wie bei solchen neben Erkrankungen des Mastdarms unterscheiden: ob die Beschwerden von Seite der Blase blos als Reflexerscheinungen von Ulcerationen, Fissuren, Neuralgien oder Entwicklung von Neubildungen erscheinen, oder ob die entzündlichen und neoplastischen Processe auf die Blase übergegriffen haben. Im ersten Falle können wir auf einen Erfolg durch die Behandlung der verzeichneten Krankheiten hoffen; im letzteren weniger.

Von schwerwiegender Bedeutung für die Entwicklung einer Blasenentzündung ist die Vergrößerung der Vorsteherdrüse, wenn sie nicht entzündlichen Ursprunges, sondern Ausdruck eines besonderen Wachsthumsverhältnisses ist. Im ersteren Falle genügt die Hebung der Erkrankung durch warme Sitz- oder Vollbäder oder solche Ueberschläge auf das Mittelfleisch, beide mit Zusatz von Jodsalzen, Einreibungen von Unguentum jodatum oder cinereum. In letzteren dagegen sind wir häufig nur auf die Entfernung des Residualharnes beschränkt, wenn wir nicht die operativen Mittel, als: Entfernung des Prostatalappens, vorzüglich des mittleren, die Totalexstirpation in Anwendung ziehen wollen. Die Injectionen von Jodkali haben nach eigener Erfahrung keinen Erfolg gehabt, außer wenn es zu nicht beabsichtigter und nicht ungefährlicher Vereiterung der Vorsteherdrüse gekommen war. Die elektrolytische Behandlung der Vorsteherdrüse steht bezüglich ihres Erfolges noch im Zweifel.

Von besonderer Bedeutung sind die Erkrankungen der Niere, und zwar entweder als primäre oder secundäre als Complication der Blasenentzündung. Erstere läßt die Entzündungsproducte und damit die Mikroorganismen immer von Neuem herabtreten, bedingt daher immer neue Infection der Blase; letztere erschwert vorzüglich die instrumentale Behandlung und verschlechtert die Prognose. Eine Erkrankung der Niere muß daher mit allen Mitteln bekämpft werden. Da es keinem Zweifel unterliegt, daß eine Infection der Blase trotz des steten Vorhandenseins von inficirenden Mikroorganismen in der Harnröhre, Niere, darum nicht erfolgt, weil dieselben mit dem Harne nach außen geschwemmt werden, so erscheinen jene Mittel, welche eine vermehrte Harnabsonderung bewirken, angezeigt. Dahin gehören verschiedene Diuretica, sowie verschiedene Decocte von Pereira brona, Folia uvae ursi, Stigmata majidis, Triticum repens. Dieselben eignen sich umso mehr, je weniger acut die Nierenentzündung ist. Unterstützt werden diese Mittel durch feuchtwarme Ueberschläge um den Leib, Vollbäder, Milchdiät. Im acuten Stadium der Nierenentzündung dagegen wirken beruhigende Mittel: Mixtura oleosa mit Aq. lauroc., mit Opium besser neben den Einpackungen. Die Erkrankungen der Niere haben eine umso größere Bedeutung, je größer gleichzeitig die Erweiterung des Nierenbeckens und der Druckschwund der Niere ist. Chronische Nephritis ohne Erweiterung des Nierenbeckens erscheint weniger einflußreich. Verbindet sich die Erkrankung der Niere überdies noch mit Atheromatose der Gefäße, welche nach eigener Erfahrung selbst kleinfingerdick werden können, so wird die Gefahr noch mehr erhöht. Wir sehen daher in allen jenen Fällen, wo solche Erweiterungen des Nierenbeckens gefunden werden, die schwersten Formen der Blasenentzündung auftreten, welche die Prognose absolut ungünstig gestalten.

Bezüglich der Secrete der Schleimhaut müssen die oben angegebenen Formen der Cystitis genau unterschieden werden; dazu noch die Beschaffenheit des Harnes. Ist der Harn sauer, das Sediment nur wolkig, dann sind wir durch Ruhe, feuchte Wärme, obige Getränke im Stande, die normale Beschaffenheit des Harnes herzustellen und liegt kein Grund zur örtlichen Behandlung, außer bei Harnverhaltung, vor. Ist der Urin dagegen alkalisch in Folge Einwirkung der den Harnstoff zersetzenden Mikroben, so hat man versucht, den Harn einerseits sauer zu machen, andererseits die Schleimhaut umzustimmen. Die Anwendung der Mineralsäuren hat wenig Erfolg; manchmal mehr die des Acidum benzoicum (2 Grm. pro die), des Natron benzoicum (2—3 Grm. pro die), die Borsäure (4—5 Grm. pro die), Kali chloricum, Salicylsäure (2—3 Grm. pro die), Salol (3—4 Grm. pro die), wobei die antiseptische Wirkung in Betracht kommt.

Sobald jedoch Eiter im Harne erscheint, tritt die örtliche Behandlung umso mehr in den Vordergrund. Dieselbe hat einerseits den Zweck, antiseptisch zu wirken, andererseits die Secrete der Schleimhaut aus der Blase zu entfernen. Daneben werden jedoch neuerliche Mittel in Form der oben angegebenen Getränke und Mineralwässer, sowie die oben angegebenen Antiseptica in Anwendung gebracht. Ist die Beimengung des Eiters nur in geringer Menge, so genügt oft die Entleerung des Harnes, insbesondere, wenn chronische Harnverhaltung geringen Grades besteht. Daß die strengste Antiseptik der Instrumente gehandhabt wird, muß immer vorausgesetzt werden. Die

Katheter werden entweder mit den verschiedenen Sterilisationsapparaten sterilisirt, oder, da dies in den meisten Fällen nicht möglich ist, vor dem Gebrauche 1—2 Stunden in eine Lösung von Carbolsäure (5%), von Sublimat (1 : 500—1000) gelegt (Metallinstrumente gekocht), hierauf noch mit 5% Carbollösung durchgespritzt und mittelst Wattetampon mit der gleichen Lösung abgewischt. Selbst Durchspülen mit einer 10%igen Chlorzinklösung empfiehlt sich. Zum Bestreichen des Instrumentes wähle man, da Carbolsäure die Harnröhre stark reizt, 4—5% Borsäuremischungen mit sterilisirtem Oele, mit Vaselin oder Glycerin. Letzteres besonders bei der Endoskopie. Nach der Entfernung des Katheters erfolgt zuerst Abwischen, dann Durchspritzen und Einlegen, wie vor dem Gebrauche. Die Katheter, insbesondere englische oder vulcanisirte, dauernd in antiseptischen Lösungen liegen zu lassen, schadet den Instrumenten.

Da trotz der strengsten Antiseptik eine Infection der Blase möglich ist, so empfiehlt es sich, beim jedesmaligen Katheterismus die Blase mit antiseptischen Flüssigkeiten auszuspülen. Solche sind: Borsäure (4%), Sublimat (1 : 1000—2000), Salicylsäure (1 : 300), Kali hypermanganicum (0·5—1 : 100). Sublimat eignet sich nur in geringen Dosen und geringer Menge. Carbolsäure wird selbst in schwacher Concentration von den wenigsten Kranken vertragen und erzeugt heftige Schmerzen. Neben den Antisepticis kommen in diesem Falle auch die Astringentia in Betracht. Finden dieselben theilweise schon in dem früheren Grade der Blasenentzündung ihre Anwendung, so sind sie bei der suppurativen Form noch mehr angezeigt. Es gehören dahin: Plumbum aceticum basicum (1%), Alaun (2—4%), Tannin (2—10%). In jedem Falle soll eine Reizung der Blase durch die Injectionsflüssigkeit vermieden werden. Die Injection ist möglich, da die Blase noch eine geringe Reizbarkeit zeigt. Bei leichteren Graden genügen geringe Mengen der oben bezeichneten Lösungen. Nach Einigen findet die Instillation von Nitras argenti ihre besondere Anwendung.

In demselben Verhältnisse, als der Eitergehalt des Harnes zunimmt oder noch mehr, je weiter der Zerfall der Schleimhaut gediehen ist und statt Eiter eine schleimige, rotzige, blutig gefärbte, mißfärbige und stinkende Jauche entleert wird, in demselben Verhältnisse wächst die Nothwendigkeit, die Blase sorgfältig zu reinigen. Aber in demselben Verhältnisse steigert sich auch die Empfindlichkeit der Blase und damit die Unfähigkeit der Ausdehnung derselben. In diesem Stadium sind auch schwere Allgemeinerscheinungen vorhanden. Jetzt treten sich zwei Behandlungsweisen nach den Ansichten der einzelnen Chirurgen entgegen. Während die Einen nur für die Ausspülung schwärmen, verwerfen Andere dieselbe gänzlich, schreiben ihr üble Folgen zu und beharren auf der Einführung einer nur geringen Menge Flüssigkeit (Instillation), wozu derzeit vorzüglich Nitras argenti (2—10%) benutzt wird. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen läßt sich eine Besprechung beider Methoden nicht umgehen.

So lange die Absonderung der Schleimhaut eine geringe und eiterige ist, können beide Methoden in Anwendung kommen, da die Blase noch immer eine gewisse Ausdehnung erlaubt. Daß die Blasenspülung in den schwereren Formen so viele Gegner findet, hat nicht in der Methode, sondern in der Ausführung derselben ihren Grund, woran die mangelhafte, schwer zu erwerbende Uebung der Aerzte die Schuld trägt.

Einigermaßen wird uns eine kurze Darstellung der Beschaffenheit der Blasenschleimhaut Momente zur Beurtheilung beider Methoden abgeben. In den leichteren Graden finden wir die dunkle, geröthete, mit Gefäßen durchzogene Schleimhaut mit einer schleimig-eiterigen Schichte überzogen. In höherem Grade erscheint die Schleimhaut schiefergrau, mißfärbig, das Epithel ist verloren gegangen, die tieferen Schichten der Schleimhaut liegen bloß, die Blasenwand ist verdickt, zusammengezogen, die Falten stark vorspringend. In den höchsten Graden ist die Schleimhaut fast ganz verloren gegangen, die ganze Innenfläche bildet eine ulceröse Fläche, an der zahlreiche Fetzen hängen, die theilweise mit Kalksalzen incrustirt sind; die Blasenmusculatur liegt theilweise bloß. Die Blase, stark zusammengezogen, enthält eine jauchige Flüssigkeit, welche überdies, in der meist trabeculären Blase in den Zellen angehäuft, von penetrantem Geruche ist. Dazu tritt eine ähnliche Masse von den Nieren einseitig oder doppelseitig herab, da Harnleiter und Nierenbecken in gleicher Weise erkrankt sind. Je mehr sich nun diese Jauche in der Blase ansammelt, umso mehr reizt sie und steigert die Zersetzung, da gleichzeitig Blutung aus den zerrissenen Gefäßen erfolgt. Hier liegt nun die absolute Nothwendigkeit vor, diesen Blaseninhalt zu entfernen und die Blasenwand von den anhaftenden Theilen zu reinigen, somit zur Auswaschung der Blase zu greifen, welche daher nie aus der Behandlung ausgeschieden werden kann, womit nicht gemeint sein kann, daß sie als alleinige Methode in Betracht kommen muß. Worin liegen die von den Gegnern dieser Methode angeführten Nachtheile? Die Blase wird übermäßig ausgedehnt, wodurch neuer Reiz, Zerreißung der Schleimhaut und Schmerz erzeugt wird. Worin liegt der Grund für diese Zufälle? In der Nichtbeachtung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse. Man hat noch hinzugefügt, daß schon die Einführung der Instrumente, d. h. deren Berührung mit der Blasenwand von Nachtheil sein sollte. Dies kann hier nicht in Betracht kommen, da dasselbe auch bei der Instillation der Fall ist. Der Haupteinwand kann daher nur in der übermäßigen Ausdehnung der Blase mit ihren durch die Beobachtung sichergestellten Folgen liegen. Es wird daher von der Durchführung der Methode abhängen, diese Nachtheile zu vermeiden, und wenn nicht möglich, anderen Behandlungsmethoden Platz zu machen.

(Fortsetzung folgt.)

---

260 Radicaloperationen nach Bassini

nebst einer eigenen Methode der conservativen Vorlagerung des Leistenhodens.

Mitgetheilt von **Prof. C. Nicoladoni** in Innsbruck.

(Fortsetzung.)

125. A. S., 41 J., Kaltenbach. Angeblich vor 14 Tagen beim schweren Heben aufgetretene rechtsseitige, freie Leistenhernie. Operation am 9. August 1893, gewöhnliche Verhältnisse. Geh. p. sec. in 42 Tagen.

126. F. J., 38 J., Poljane. Faustgroße linksseitige Scrotalhernie. Operation am 21. August 1893. Derber Bruchsack mit adhärentem Netze. Geh. p. p. in 8 Tagen.

127. H. M., 33 J., Wilten. Angeborene linksseitige Scrotalhernie, seit 24. August incarcerirt. Operation am 25. August 1893. Dunkles Bruchwasser, dunkler glänzender Darm, im Bruchsacke der kleine, interstitiell gelagerte Hode wird entfernt. Geh. p. sec. in 27 Tagen. Wird am 25. September wegen Prostataabsceß wieder aufgenommen und operirt; er erforderte eine weitere ambulatorische Nachbehandlung von 3 Monaten.

128 und 129. H. R., 29 J., Polling. Vor 10 Jahren entstandene linksseitige Leistenhernie, trug durch $1\frac{1}{2}$ Jahre ein Bruchband, worauf die Hernie verschwand, bis sie seit einigen Monaten wieder zum Vorschein kam; jetzt linksseitige interstitielle Leistenhernie. Rechts seit 1 Jahre bestehende Leistenhernie. Operation an der rechten Seite am 2. September 1893. Dicker, leerer Bruchsack. Geh. p. sec. in 35 Tagen, Ausstoßung von 2 Seidennähten. An der linken Seite Operation am 7. Februar 1894. Schwer lösbarer Bruchsack. Geh. p. p. in 14 Tagen.

130 und 131. W. W., 32 J. Beiderseits faustgroße Leistenbrüche; vor 8 Wochen Stichverletzung in der rechten Leistengegend. Operation beider Hernien in einer Narkose am 18. September 1893. Rechts der Bruchsack mit der Narbe fest verwachsen, links Netz

adhärent. Am Scheitel und Halse des Bruchsackes je ein walnußgroßes Lipom. Geh. p. sec. in 89 Tagen. Tiefe Absceßbildung.

132. J. M., 37 J., Leibnitz. Seit 12 Jahren bestehender faustgroßer Scrotalbruch. Operation am 19. September 1893. Leicht lösbarer Samenstrang, Hode liegt im Bruchsacke. Geh. p. p. in 6 Tagen.

133. J. M., 64 J., Ampezzo. Seit 20 Jahren bestehende rechtsseitige hühnereigroße, reponirbare Inguinalhernie. Beiderseitige Hydrocele. Operation am 13. October 1893. Bruchsack liegt innen vom Samenstrange. Innere Leistenhernie. Zugleich beiderseitige Radicaloperation der Hydrocelen. Geh. p. p. in 10 Tagen. Die rechtsseitige Hydrocele heilte p. sec. in 38 Tagen.

134. A. T., 23 J., Leifers. Kinderfaustgroße, bis an den Scrotalsack heranreichende freie linke Inguinalhernie. Operation am 20. October 1893. Zarter Bruchsack, enthält freies Netz. Geh. p. p. in 10 Tagen.

135. J. E., 29 J., Häring. Seit 3 Jahren bestehende rechtsseitige kinderfaustgroße, reponible Hernie. Operation am 23. October 1893. Der Bruchsack enthält den Hoden. Geh. p. p. in 12 Tagen.

136. A. K., 23 J., Adelsberg (Gottschee). Seit $1^1/_2$ Jahren bestehende hühnereigroße linksseitige, freie Leistenhernie. Operation am 26. October 1893. Sehr zarte Cremaster- und Bauchwandmusculatur. Geh. p. p. in 17 Tagen.

137. J. O., 24 J., Abfaltersbach. Rechtsseitige freie Scrotalhernie, vor 6 Jahren entstanden; trug ein Bruchband. Operation am 28. October 1893. Zarter Bruchsack. Geh. p. p. in 12 Tagen.

138. G. N., 51 J., Lucerna. Seit 15 Jahren bestehender rechtsseitiger Leistenbruch. Operation am 30. October 1893. Ueber den Bruchsackhals ziehen die epigastrischen Gefäße: innere Leistenhernie, Musculatur sehr dünn; Cremaster schwach angedeutet. Geh. p. p. in 10 Tagen.

139. F. H., 30 J., Mareith. Seit 2 Jahren bestehende linksseitige walnußgroße freie Leistenhernie. Operation am 11. November 1893. Bruchsack zart; von den epigastrischen Gefäßen überquert: innerer Leistenbruch. Geh. p. p. in 10 Tagen.

140. J. A., 28 J., Axams. Rechtsseitige wallnußgroße Leistenhernie. Operation am 15. November 1893. Die Tunica testis communicirt durch eine feine Oeffnung mit dem Bruchsacke. Geh. p. p. in 10 Tagen.

141. F. M., 7 J., Fliersch. Seit Geburt bestehende rechtsseitige Leistenhernie. Operation am 21. November 1893. Coecumbruch; en masse reponirt. Geh. p. p. in 10 Tagen.

142 und 143. J. V., 42 J., Bruneck. Doppelseitige, reponible Hernien. Rechts: Operation am 24. November 1893. Geh. p. p. in 12 Tagen. Links: Operation am 21. December 1893. Geh. p. p. in 12 Tagen.

144. Hedwig H., 20 J., Niederdorf. Linksseitige hühnereigroße freie Leistenhernie. Operation am 25. November 1893. Bruchsack sammt Lig. rot. abgebunden. Geh. p. p. in 12 Tagen. Stellte sich 1 Jahr später recidivfrei vor.

145. D. B., 36 J., Cavizzana. Kindskopfgroße freie rechtsseitige Scrotalhernie. Operation am 30. November 1893. Derber Bruchsack. Geh. p. p. in 8 Tagen.

146. L. O., 40 J., Seefeld. Angeborene rechtsseitige, seit 6. December Früh incarcerirte Leistenhernie. Operation am 6. December 1893. Inhalt: Colon transversum und der größte Theil des großen Netzes, welches in 4 Portionen abgetragen wird. Der kleine Hode im Bruchsacke. Geh. p. sec. in 32 Tagen.

147. A. W., 21 J., Bludenz. Seit 4 Jahren bestehende rechtsseitige freie Scrotalhernie. Operation am 6. December 1893. Bruchsack innig mit Samenstrang verschmolzen. Geh. p. p. in 10 Tagen.

148. J. H., 17 J., Innsbruck. Rechtsseitige freie Leistenhernie. Operation am 12. December 1893. Sehr zarter Bruchsack mit dem Samenstrange innig verbunden. Radicaloperation einer kleinen rechtsseitigen Hydrocele. Geh. p. p. in 10 Tagen.

149. B. T., 21 J., Himdorf. Seit 6 Jahren bestehende, rechtsseitige freie Scrotalhernie. Operation am 15. December 1893. Adhärentes Netz. Geh. p. p. in 8 Tagen.

150. A. V., 28 J., Lees-Radmannsdorf. Seit 12 Jahren bestehende rechtsseitige faustgroße Hernie. Operation am 27. December 1893. Leicht lösbarer Bruchsack. Geh. p. p. in 10 Tagen.

151. F. F., 39 J., Reichen. Linksseitige taubeneigroße, freie Leistenhernie. Operation am 30. December 1893. Die epigastrischen Gefäße überqueren den Bruchhals: innere Leistenhernie. Geh. p. p. in 18 Tagen.

152. J. S., 37 J., Zell a. Ziller. Seit 6 Jahren bestehende kinderfaustgroße, freie linkss. Hernie. Operation am 8. Januar 1894. Ueber den Bruchsackhals laufen die epigastrischen Gefäße: innere Leistenhernie. Geh. p. p. in 14 Tagen.

153. A. G., 38 J., Silz. Seit 3 Jahren bestehende, angeblich durch Hufschlag erworbene rechtsseitige Leistenhernie. Seit 25. November 1893 nicht mehr reponibel, locale Entzündungserscheinungen. Kopfgroße Scrotalhernie, von blaurother, heißer, fixirter Haut bedeckt. 9. December: Incision, Entleerung flockiger, trüber, seröser, stinkender Flüssigkeit. Operation am 10. Januar 1894. Sack mit der Umgebung verwachsen. Inhalt: Coecum mit Ileum und klumpiges, verdicktes Netz, das in 5 Portionen abgebunden wird. Geh. p. p. in 13 Tagen.

154. A. K., 20 J., Matuts. Linksseitige, freie, faustgroße Leistenhernie. Operation am 15. Januar 1894. Adhärentes Netz. Geh. p. p. in 9 Tagen.

155. J. P., 47 J., Neustift. An hiesiger Klinik im Mai 1891 an einer linksseitigen Cruralhernie radical operirt; keine Recidive. Seit $^1/_2$ Jahre taubeneigroße, irreponible rechtsseitige Leistenhernie. Operation am 20. Januar 1894. Kleiner, leerer Bruchsack, in seiner Wandung ein kleines Lipom und eine nußgroße Cyste mit gelbem, gelatinösem Inhalte. Geh. p. p. in 9 Tagen.

156. J. S., 45 J., Kreith (Kärnten). 1jährige, rechtsseitige freie Leistenhernie. Operation am 20. Januar 1894. Langer, enger Bruchsack. Geh. p. p. in 9 Tagen.

157. Maria St., 19 J., Brandenberg. Vor 3 Wochen bei einem Falle plötzlich aufgetretene, walnußgroße, freie rechtsseitige Leistenhernie. Operation am 23. Januar 1894. Leerer langer Bruchsack mit dünnem Halse, sammt dem L. teres abgetragen. Geh. p. p. in 14 Tagen.

158. A. G., 24 J. Vor 6 Jahren beim schweren Heben plötzlich aufgetretene linksseitige Scrotalhernie. Operation am 24. Januar 1894. Im oberen Dritttheile des leicht lösbaren Bruchsackes hinter einer Einschnürung desselben liegt ein Theil der Flex. sigmoidea. Abtragung des unterhalb dieser Stelle gelegenen und Reposition en masse des darüber befindlichen Bruchsackes. Geh. p. p. in 8 Tagen.

159. N. K., 43 J., Zams. 10jährige linksseitige Scrotalhernie. Operation am 26. Januar 1894. Zwei Einschnürungen am leicht lösbaren Bruchsacke mit adhärentem Netze. Geh. p. p. in 9 Tagen.

160. L. S., 48 J., Wien. Vor 1 Jahre entstandene taubeneigroße, rechtsseitige freie Inguinalhernie. Operation am 27. Januar 1894. Sehr zarter Bruchsack, breiter Hals. Geh. p. sec. in 80 Tagen. Tiefer Nahtabsceß; Ausstoßung von 3 Nähten.

161. J. W., 13 J., Stanz. 7jährige, rechtsseitig freie kleine Inguinalhernie. Operation am 31. Januar 1894. An der Kuppe des zarten Sackes eine, klare Flüssigkeit enthaltende, abgeschlossene Cyste. Geh. p. sec. in 36 Tagen.

162. F. K., 22 J., Fügen. Vor 6 Wochen durch Stoß entstandene rechtsseitige, taubeneigroße, freie Leistenhernie. Operation am 9. Februar 1894. Zarter Bruchsack. Geh. p. sec. in 54 Tagen.

163. A. N., 64 J. 6jährige freie, hühnereigroße, rechtsseitige Inguinalhernie; 5jährige, doppelt faustgroße, linksseitige Scrotalhernie. Linksseitige Hydrocele. In der Nacht zum 15. Februar Incarceration der linksseitigen Hernie. Operation am 15. Februar 1894. Blutiges Bruchwasser, große Dünndarmschlinge, an deren Convexität ein hühnereigroßes Divertikel, das in einer Ausstülpung des Bruchsackes adhärirt. Geh. p. sec. in 30 Tagen.

164. J. H., 20 J., Innsbruck. Im Alter von 3 Wochen entstandene rechtsseitige Scrotalhernie, links interstitielle Inguinalhernie, trug immer ein rechtsseitiges Bruchband. Operation am 16. Februar 1894. Im Sacke adhärenter Proc. vermiformis; Reposition en masse. Geh. p. p. in 9 Tagen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

F. MARTIUS (Rostock): **Zur Lehre von der Herzthätigkeit.**

Der auf dem Gebiete der Herzphysiologie vielverdiente Autor veröffentlicht einen sehr interessant geschriebenen Vortrag „über den Herzstoß der gesunden und kranken Menschen" (Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 113), in welchem er ausführt, daß bei einem gesunden Individuum die Stoßlosigkeit das normale oder, besser gesagt, das physiologische Optimum darstellt.

MARTIUS hat uns bekanntlich gelehrt, die Ventrikelsystole nicht als einen einheitlichen Act aufzufassen, sondern sie in zwei zeitlich und sachlich getrennte Phasen zu zerlegen. Während der Diastole ist der schlaffe Ventrikel vor dem hohen Aortendruck durch die fest geschlossene Semilunarklappe geschützt, und damit er während der Systole seinen Inhalt auswerfen könne, muß er zuerst die Semilunarklappe sprengen; es muß also der in ihm herrschende Druck bis über den Aortendruck steigen; die Zeit, welche der Druck im Ventrikel braucht, um von Null bis über den Aortendruck zu steigen, welche demnach in den ersten Theil der Systole fällt, wird Verschlußzeit genannt, weil während derselben sämmtliche Klappen des Herzens geschlossen sind. Dem zweiten Abschnitt der Systole, während dessen das Blut aus den Ventrikel in die Aorta und in die Pulmonalis abströmt, nennt man Austreibungszeit, und erst mit ihr fällt der Beginn der Pulswelle zusammen. Die Pulswelle tritt nun ihre Bewegung erst an, wenn der Herzstoß bereits vorüber ist. MARTIUS drückt dies durch den Satz aus, daß der Stoß eine Function der Verschlußzeit sei, die Vorwölbung des Intercostalraumes fällt mit der Verschlußzeit und das schnellende Zurücksinken mit der Austreibungszeit zusammen. Der Stoß muß sich umsomehr ausprägen, je günstiger die rein mechanischen Uebertragungsbedingungen sind, je größer also der Herzumfang in der Verschlußzeit relativ zur Capacität des Thoraxinneren ist. Thatsächlich findet sich das Herz bei gesunden Individuen im mittleren Lebensalter mit geräumigem Thorax derart auf dem Zwerchfell ruhend, zwischen den Lungen eingeschaltet, daß überhaupt nichts von der systolischen Umformung auf die Brustwand übertragen wird und der Herzstoß gering ist oder ganz fehlt. Das Herz verhält sich unter diesen Umständen wie eine Maschine, die mit einem Minimum von Reibung arbeitet.

Aus Tabellen von GULEKE, die sich auf 487 gesunde Individuen erstrecken, ergibt sich, daß in Rückenlage und während der Athempause bis zum 20. Jahre die Fühlbarkeit des Stoßes regelmäßig vorhanden ist und dann die Häufigkeit dieser Erscheinung auf 40% sinkt; im hohen Alter findet wieder ein mäßiger Anstieg statt. Es ist somit die Fühlbarkeit des Stoßes bei einer und derselben Körperlage in erster Linie eine Function des Lebensalters. Die Thoraxcapacität ist relativ im kräftigsten Mannesalter am größten, daher macht sich die Herzarbeit an der Thoraxwandung in diesem Alter am wenigsten bemerkbar. Freilich wächst die Stärke des Stoßes in einem, wenn auch noch nicht bekanntem Verhältnisse mit der Umformungsenergie des Herzens; so kommt die Verstärkung des Herzstoßes nach mittleren körperlichen Anstrengungen (Laufen, Springen, Tanzen) zu Stande.

Bei der Boukardie, bei der ein enorm vergrößertes Herz mit breiter Fläche der vorderen Thoraxwand anliegt, sind die Arbeitsbedingungen des Organs sehr ungünstig geworden, und ein starker Herzstoß ist die nothwendige Folge.

Ein verbreiteter, die Brustwand erschütternder Herzstoß bei kleinem, leicht unterdrückbarem Pulse ist ein typisches Zeichen für Herzerweiterung mit Insufficienz; bei einem solchen Herzen wird während der Austreibungszeit nur ein Bruchtheil des im Herzen vorhandenen Blutes ausgeworfen, es fehlt die starke Verkleinerung und damit jenes Zurückfedern der Brustwand, welches das sufficiente Herz charakterisirt.

In einer zweiten Arbeit („Tachycardie, eine klinische Studie", Stuttgart, Ferdinand Enke, 1895) wendet sich MARTIUS gegen die Aufstellung des Krankheitsbegriffes Tachycardie. Eine auffallende Erhöhung der Pulsfrequenz über die Norm ist blos eine Begleiterscheinung oder eine Folge eines anderen primären krankhaften Zustandes oder Vorganges. Die Tachycardie als Vagussymptom ist niemals rein functionell, sondern entweder die Folge einer materiellen Läsion des Vagus (Leitungsunterbrechung eines oder beider Vagi, Zerstörung des Vaguskerns in der Medulla oblongata), oder sie wird auf reflectorischem Wege erzeugt, besonders bei neurasthenischen Personen. In beiden Fällen hält sich die Pulsfrequenz in mittleren Grenzen (bis zu 150 Schlägen in der Minute) und eine Dilatation des Herzens kommt nicht zu Stande.

Die höchsten Grade von Pulsbeschleunigung werden als constantes und secundäres Symptom der anfallsweise auftretenden acuten Herzerweiterung beobachtet. Die bisher für diese Anfälle übliche Bezeichnung „Paroxysmale essentielle Tachycardie" ist unzutreffend, weil sie das Symptom zur Krankheit macht, die Pathogenese des Anfalles selbst ist noch ebenso dunkel, wie die Entstehung der ihn begleitenden excessiven Tachycardie. Uebrigens ist eine vorübergehende oder dauernde Tachycardie eine häufige Begleiterscheinung neurasthenischer und hysterischer Zustände, der BASEDOW'schen Krankheit, gewisser Vergiftungen, allgemeiner Schwächezustände und einiger anderer acuter Infectionskrankheiten.

Fe.

L. KUTTNER (Berlin): **Ueber Magenblutungen und besonders über deren Beziehungen zur Menstruation.**

In einer Arbeit aus der inneren Abtheilung des Augusta-Hospitales in Berlin (Prof. EWALD), welche K. über dieses Thema („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 7, 8 u. 9) veröffentlicht, kommt derselbe zu folgenden Schlüssen:

1. Magenblutungen sind bedeutend häufiger als Bluterbrechen. Bei Verdacht auf Magenblutung ist es nothwendig, wenn das Erbrechen fehlt, den Stuhl zu beobachten; oft gelingt es in solchen Fällen nur durch eine genaue mikroskopische, spectroskopische oder chemische Untersuchung desselben, das Vorhandensein von Blut zu erkennen.

2. Dunkelschwarzbraun-Färbung des Mageninhalts spricht in vielen, aber nicht in allen Fällen für das Vorhandensein von Blut. Geringe Blutbeimengungen zum Mageninhalt geben dem letzteren oft keine charakteristischen Verfärbungen. Die bloße Betrachtung des Mageninhalts stellt deswegen die Diagnose einer Magenblutung nicht sicher. In zweifelhaften Fällen ist die chemische, spectroskopische oder mikroskopische Untersuchung des Mageninhalts vorzunehmen.

3. Der positive Ausfall der Guajakreaction beweist nicht das Vorhandensein von Blutfarbstoff im Mageninhalt, der negative Ausfall dagegen ist entscheidend für die Abwesenheit von Blut.

4. Die Untersuchung des verdächtigen Mageninhalts mit concentrirter Essigsäure und Aether und die Behandlung des auf diese Weise gewonnenen Aetherextractes mit Guajaktinctur und Terpentin gestattet den schnellsten und dabei sichersten Nachweis von Blutbeimengungen zum Mageninhalt.

5. Magenblutungen treten öfter periodisch im Zusammenhange mit der Menstruation und deren Anomalien auf, dieselben werden am besten menstruelle Magenblutungen genannt. Die bei Amenorrhoe auftretenden periodischen Magenblutungen stehen in einem genetischen Zusammenhang mit dieser Menstruationsanomalie, sind aber nicht als vicariirend in dem Sinne aufzufassen, als ob die Magenblutung den physiologischen Vorgang der Menstruation ersetzen könnte.

6. Die bei Ulcus ventr. auftretenden Magenblutungen halten zuweilen auch den Menstruationstermin inne.

7. Menstruelle Magenblutungen legen den Verdacht auf das Vorhandensein eines latenten Ulcus ventric. nahe. Im gegebenen Falle ist die Durchführung einer typischen LEUBE'schen Ruhecur angezeigt; die Erfolglosigkeit derselben spricht gegen Magengeschwür.

Ba.

W. SCHILD (Magdeburg): **Sechs Fälle von Nitrobenzol-Vergiftung.**

Verf. berichtet über sechs im Magdeburger Krankenhause (Abtheilung AUFRECHT) beobachtete Fälle von Nitrobenzol-Vergiftung („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 9), welche in mancher Beziehung

von Interesse sind. Bekanntlich kommt das Nitrobenzol oderNitrobenzin als Mirbanöl in den Handel und stellt eine klare, gelbe Flüssigkeit von intensivem, bittermandelartigen Geruche dar, weshalb dasselbe auch unter dem Namen „künstliches Bittermandelöl" bekannt ist. Seine industrielle Verwerthung als Geruchscorrigens von Lack, Seife und Pomade macht das Nitrobenzol dem Volk vielfach zugänglich und es hat bereits oft zu Vergiftungen Veranlassung gegeben. Seine Giftigkeit ist eine hochgradige; 20 Tropfen haben schon zu letalem Ausgang geführt, doch vermag eine rechtzeitige Therapie viel zu leisten, so daß schon weit höhere Dosen oft überstanden wurden. LEWIN hat bis zum Jahre 1884 51 Fälle von Nitrobenzol-Vergiftung mit 37% Mortalität zusammengestellt.

Bei den vom Verf. mitgetheilten Fällen ist zunächst bemerkenswerth, daß sämmtliche 6 Vergiftete weiblichen Geschlechtes waren, und daß das Gift 2mal zu Selbstmordzwecken genommen wurde, in den vier ersten Fällen dagegen aus einem eigenartigen, sonst nirgends erwähnten Motiv, nämlich zum Zwecke der Fruchtabtreibung. Das Mirbanöl steht unter der dortigen Fabriksbevölkerung in dem Rufe eines guten Mittels zur Beförderung des Abortus und scheint zu diesem Zwecke gar nicht selten genommen zu werden. Es scheint auch diesen Ruf nicht mit Unrecht zu genießen, denn in drei Fällen ist Abortus erfolgt, resp. sind die Menses eingetreten, und vielleicht wäre dies auch im vierten Falle geschehen, wenn nicht der Exitus zu schnell eingetreten wäre. Von den Symptomen sind außer den allgemein angegebenen (Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen, Geruch, intensive blaugraue oder blaugrüne Cyanose, Dyspnoe, Pupillenstarre, Sopor, Trismus, Tetanus u. s. w.) besonders zu erwähnen: vorübergehende Steigerung der Patellarreflexe und Fußclonus, was in drei Fällen deutlich vorhanden war, ferner der ebenfalls in drei Fällen beobachtete, am 3.—4. Tage eintretende Icterus, das um dieselbe Zeit auftretende Fieber und der Eiweißgehalt des dunkelbraunen und trüben, nach Nitrobenzol riechenden Urins.

Bezüglich der Therapie, die zunächst in Magenausspülungen und eventueller künstlicher Respiration, sodann aber in Reizmitteln der verschiedensten Art besteht, empfiehlt Verf. in Fällen von tiefem Sopor oder Athmungsstörungen ein lauwarmes Bad mit kalten Uebergießungen. Dasselbe hat in einem der beschriebenen Fälle einen augenblicklichen und evidenten Erfolg erzielt. Ba.

Erkenntnisse und Bescheide der betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter errichteten Schiedsgerichte. Für den Handgebrauch geordnet und herausgegeben von **Richard Kaan**, Secretär der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Niederösterreich. Wien 1895, Manz.

Das vorliegende, einen 1034 Seiten starken Band darstellende Sammelwerk ist nicht nur für Juristen lehrreich und interessant. Auch der Arzt, den Amt oder Neigung dem jüngsten Zweige der Medicin, der Unfallheilkunde, näher zu treten veranlassen, wird in der Fülle casuistischen Materials, welches die Sammlung enthält, viel Lehrreiches finden. Das Quinquennium, über welches das Werk berichtet, ist das erste seit Creirung der Unfalls-Schiedsgerichte, deren Zusammensetzung aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Vereine mit dem mündlichen Verfahren die Nothwendigkeit präciser und populär gehaltener Gutachten seitens der ärztlichen Sachverständigen ergibt. Wenngleich die mündlich abgegebenen Gutachten in den Urtheilsgründen nur gestreift werden, kann sich der Leser immerhin ein klares Bild des Standpunktes construiren, von welchem jeder der beiden ärztlichen Sachverständigen bei Beurtheilung des Einzelfalles ausgegangen ist.

Ganz besonderen Werth möchten wir der im Anhange enthaltenen tabellarischen Uebersicht über jene Verletzungen beimessen, welche zu Differenzen in der percentualen Rentenbemessung Anlaß gegeben haben und die durchaus im Sinne der ärztlichen Begutachtung entschieden wurden.

Dem Herausgeber gebührt daher auch ärztlicherseits der Dank für die Riesenarbeit der Codificirung der schiedsgerichtlichen Erkenntnisse, aus welchen die Nothwendigkeit zweckentsprechender ärztlicher Behandlung und Nachbehandlung der Unfallverletzten im gemeinsamen Interesse derselben wie der Unfallversicherungsanstalten, wie nicht minder die Dringlichkeit einer Abänderung des Gesetzes vom 28. December 1887 im Sinne der obligatorischen Nachbehandlung der Verletzten durch die Aerzte der Anstalten nur zu klar hervorgeht. BUM.

Heilkunst und Heilwissenschaft. Von **Dr. J. Fröhlich**, k. sächs. Stabsarzt z. D. München 1895, Seitz & Schauer.

In dem vorliegenden kleinen Schriftchen führt der Verfasser einen Gedanken aus, den er schon in seinem Buche über das natürliche Zweckmäßigkeitsprincip angedeutet hat. In der Medicin sind Kunst, Natur und Wissenschaft nicht verschiedene Größen, sondern sie decken sich und geben in einander auf, da sie nur „die dreifache Form für einen und denselben Inhalt" darstellen. Die Ausführungen des Verfassers, so geistreich sie auch sein mögen, leiden darunter, daß er die Teleologie in den Vordergrund stellt, welche auf der einen Seite unser Handeln beschränken, auf der andern Seite aber ihm die Richtung anweisen soll. Uns will es scheinen, daß eine teleologische Anschauung dem Fortschritt der Medicin nicht zum Segen gereichen kann, denn auf ihrem Boden erwuchs der Nihilismus in der Therapie und die Furcht vor dem Messer. Ir.

Neue Arzneimittel.

VI.

Gallanol.

Die günstigen Erfahrungen, welche CAZENEUVE und ROLLET mit diesem neuen dermatologischen Mittel gesammelt haben [*]), werden von zahlreichen Aerzten, welche das Gallanol vorzugsweise bei Psoriasis zur Anwendung brachten, bestätigt. Nach GONON und BAYET wirkt das Gallanol zwar etwas schwächer als die Chrysophansäure, doch ist es in allen jenen Fällen von großem Nutzen, in denen von der Anwendung der Chrysophansäure in Folge verschiedener Nebenumstände abgesehen werden muß. Kranke, die an Eczemen litten, wurden ausnahmslos in verhältnißmäßig sehr kurzer Zeit durch Gallanol geheilt. Besonders angezeigt erscheint der Gebrauch des Mittels bei allen echten Mykosen der Haut: dem Favus, den Trichophytien und dem Prurigo. Wie bei anderen Hautkrankheiten empfiehlt es sich, die Schuppen durch Bäder und Abreibungen mit Schmierseife und anderen mechanischen Mitteln zu entfernen, welche geeignet sind, die Gallanolbehandlung zu unterstützen.

Bei Favus, Prurigo und Trichophytien verordne man:

Rp. Gallanoli	10·0
Liq. Ammonii caustici	1·0
Alcoholis (95°)	50·0
S. Aeußerlich zum Aufpinseln.	

Hydrargyrum gallicum. (Mercurogallat.)

Matt grünschwarzes, in Wasser unlösliches Pulver; Quecksilbergehalt im Mittel: 31%.

L. J. CHEÏNISS („Wratsch", 1894, pag. 433 u. 436) bediente sich des Quecksilbergallats in 37 Fällen von Syphilis, und zwar in 10 Fällen von Ulcus durum, 20 Fällen von weichem Schanker und leichteren syphilitischen Symptomen, sowie in 17 schwereren Fällen. Der Erfolg war gut und CHEÏNISS zieht daher das Präparat, besonders auch wegen seiner absoluten Unschädlichkeit, dem gelben Quecksilberjodür und dem Sublimat vor. Das Mercurogallat kann $1^{1}/_{2}$—2 Monate gegeben werden, ohne daß die geringste störende Nebenwirkung auf den Verdauungscanal bemerkbar wird. Die Quecksilberabsorption ist rapid, denn es gelingt der Nachweis des Quecksilbers im Harne schon am 2. Tage nach Einführung des Präparates.

Rp. Hydrargyri gallici	2·5
Extract. Chinae	5·0
M. ut fiant pilulae Nr. 50.	
Consp. pulv. lycopodio.	
S. Nach Bericht.	

*) S. „Wiener Med. Presse", 1894, pag. 495.

Zum Beginne der Behandlung gibt man bei den beiden Mahlzeiten täglich je 1 Pille. Sind die Zähne sehr schadhaft, so gebe man nur 1 Pille täglich; es wird selten nöthig, die Zahl der täglich zu verabreichenden Pillen auf vier zu erhöhen.

Kreosotum-Calcium chlorhydrophosphoricum.

Weiße, syrupförmige Masse, bestehend aus einem Gemenge von Kreosotcarbonat und trockenem Calciumchlorhydrophosphat.

Dieses Präparat wird neuerdings in Amerika gegen Phthisis und Scrophulose angewendet. Man verordnet es am besten in folgender Emulsion:

Rp. Kreosot. Calc. chlorhydrophosphoric. . 5·0—10·0
Mucilag. Chondr. crisp. . . . . 15·0
Ol. amygdalar. dulc. . . . . 25·0
Syrup. Tolutani . . . . 25·0
Aq. florum aurant. . . . . 75·0
M. f. emulsio.
S. Vor dem Gebrauch aufzuschütteln!
Täglich 2 Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Lactophenin $C_6H_4 < \begin{matrix} OC_2H_5 \\ NH(CO.CH)(OH)CH_3) \end{matrix}$

(Lactylphenetidin).

Das Lactophenin ist ein Phenacetin, in welchem die am Ammoniakreste haftende Essigsäure durch Milchsäure ersetzt ist. Es bildet farb- und geruchlose, schwach bitter schmeckende Krystalle, die bei 117—118° C. schmelzen, sich in 500 Theilen kalten Wassers und in circa 9 Theilen Weingeist lösen.

Nach Versuchen, welche SCHMIEDEBERG („Therap. Monatsh.“, 1894, pag. 442) an Thieren angestellt hat, besitzt das Lactophenin hypnotische, analgetische und antipyretische Eigenschaften. LANDOWSKI („Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de Biolog.“, 1894, Nr. 4), R. v. JAKSCH („Centralbl. f. inn. Med.“, 1894, Nr. 11), JAQUET („Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte“, 1894) u. A. haben das Mittel am Krankenbette angewendet und können im Allgemeinen die Ansicht SCHMIEDEBERG's bestätigen. v. JAKSCH rühmt dem Lactophenin besonders bei Typhus abdominalis neben der sicher eintretenden antipyretischen Wirkung einen eminent beruhigenden Einfluß nach. Als Nebenwirkungen konnten nur mäßige Schweißausbrüche und schwache Benommenheit des Sensoriums constatirt werden.

Nach STERNBERG ist die mittlere Dosis des Lactophenins 1 Grm.; die Maximaldosis ist indessen selbst mit 2·0 pro dosi und 5·0 Grm. pro die noch nicht überschritten. Die antipyretische Einzelgabe ist 0·6; die hypnotische Dosis = 1·0.

Rp. Lactophenini . . . . 0·6—1·0
Dent. tal. dos. Nr. X in capsulis amylaceis.
S. 1—4 Pulver täglich zu nehmen.

Loretin (Orthooxychinolin-meta-jod-ana-sulfosäure).

Unsere Kenntnisse über dieses neue Präparat sind im Jahre 1894 durch die Arbeiten von BLUM und A. BAERWALD („Münch. med. Woch.“, 1894), SCHNAUDIGL („D. med. Woch.“, 1894) und KREBS („Med.-chir. Centralbl.“, 1894, Nr. 38) bereichert worden, welche im Allgemeinen die Erfahrungen SCHINZINGER's bestätigen und besonders die styptische und granulationserregende Wirkung des Mittels hervorheben.

Die Wismuthverbindung des Loretins, das Bismuthum loretinicum, welche die therapeutischen Eigenschaften der Jodpräparate und des Wismuths in sich vereinigt, erscheint namentlich bemerkenswerth durch die austrocknende Wirkung, die sie bei äußerlicher Anwendung auf Wunden ausübt. Innerlich kam das Wismuthloretin bisher nur in beschränktem Maßstabe bei Diarrhöen der Phthisiker des letzten Stadiums zur Anwendung, wobei durch Gaben von 0·5 Grm., ein- oder mehrmals täglich verabreicht, Beseitigung der Durchfälle erzielt wurde.

Rp. Bismuthi loretinici . . . . 20·0
Detur ad scatulam
S. Streupulver, bei Wunden. Ulcera mollia, Ulcus cruris etc.

Rp. Bismuthi loretinici . . . . 0·5
Dent. tal. dos. Nr. 6 in capsulis amylaceis.
S. Täglich 1—3 Stück zu nehmen.
(Diarrhoen der Phthisiker.)

Rp. Bismuthi loretinici . . . . 3·0
Lanolini . . . . 30·0
M. f. ungt.
S. Aeußerlich.
(Bei Eczem und Psoriasis.)

Lycetol (Dimethylpiperazinum tartaricum).

In Wasser leicht lösliches, angenehm säuerlich schmeckendes, wenig hygroskopisches Pulver, dessen Schmelzpunkt bei 243° C. liegt.

Das Lycetol besitzt die gleiche harnsäurelösende Wirkung, wie das Piperazin und ist für dessen Ersatz in Aussicht genommen, zumal es nach klinischen Versuchen von WITTZACK („Allg. med. Central-Ztg.“, 1894, Nr. 7) bei harnsaurer Diathese und deren Folgezuständen mindestens ebensoviel zu leisten scheint, als das Piperazin. Um günstige Resultate zu erzielen, muß man jedoch das Lycetol mindestens 3 Wochen lang in der Dosis von 1—2·0 pro die nehmen lassen.

Rp. Lycetoli . . . . 1·0
Dent. tal. dos. Nr. X.
S. 1—2 Pulver täglich in Zuckerwasser zu nehmen.

Feuilleton.

Vor hundert Jahren.

Beitrag zur Geschichte des österreichischen Militär-Sanitätswesens.

Von **Regimentsarzt Dr. Conrad Majewski,**
Garnisons-Chefarzt etc. in St. Pölten (N.-Oe.).

II. Das Spital.

„Das Militär-Hauptspital zu Wien“, das Torso des gegenwärtigen Garnisons-Spitals Nr. 1, war „auf einem trockenen erhöhten Orte gebaut“ und repräsentirte einen 2stöckigen Carré-Bau mit Corridorsystem. Einfache Strohsackbetten, Zwischenkästchen, das Unguentarium (ein Kasten für Medicamente, Verbandstoffe etc.), Tische und Bänke bildeten die wichtigsten Gegenstände der Krankenzimmereinrichtung.

Die Zimmer waren mit einer einfachen Ventilationsvorrichtung versehen: verschließbare directe Communication mit der Außenwelt am Fußboden (Einströmung der Luft) und an der Zimmerdecke (Ausströmung der Luft). Die Fenster wurden bei schöner Witterung den ganzen Tag offen gehalten, „zumalen wenn Hauptwinde wehen“. Thermometer zur Zimmerwärmemessung, Spuckschalen aus Thon (für Salivanten) und aus Zinn, Bettwärmer, Glutpfannen, Eiterschalen, blecherne und messingene Tassen und besondere Behälter für unreine Verbandstoffe wären ebenfalls hervorzuheben. Der Isolirung der Kranken wurde eine große Aufmerksamkeit geschenkt: „Kranke mit Faulfiebern dürfen nicht mit den an Wechselfieber darniederliegenden vermengt werden; Verwundete dürfen nicht unter Kranken liegen, die ein von innerlichen Ursachen entstandenes äußerliches Uebel haben.“ Die chirurgisch Kranken wurden nach der Operation in besondere, an die chirurgischen Operationssäle anstoßende Zimmer getragen, „damit die übrigen vom Geschrey solcher Kranken nicht beunruhigt werden“. Für Scorbut, Lungensucht, Abzehrung, Dysenterie und Deliranten waren besondere Zimmer bestimmt. „Solche Abscheidungen haben nicht nur einen wesentlichen Einfluß auf die geschwindere Genesung der Kranken, sondern sie erleichtern auch die Verrichtungen, die zum Krankendienst bestimmt sind.“ Reconvalescenten, d. h. diejenigen Kranken, die die Arzneien aussetzten, waren in besonderen Zimmern untergebracht. Jedem Krankenbette entsprechend, war an der Mauer eine kleine schwarze Tafel angebracht, die an ihrem oberen Theile mit einer weißen (fortlaufenden Spitals-) Nummer bezeichnet war; an der Tafel hing ein kleiner Zettel mit dem Nationale des Kranken und ein gedruckter Portionenzettel. Die Verpflegung war eine traiteurmäßige. Ordinationszettel, ähnlich den gegenwärtigen, waren auf einem Ordinationsbrett zimmerweise gruppirt. Die Arzneienmengen mußten darin gemäß der Instruction vom Jahre 1779 mit Buchstaben geschrieben werden.

Der Medicamentenextract wurde für jedes Krankenzimmer, eine „Ausspeisungs-Tabella" für das ganze Spital geschrieben. „Der Stabschirurgus von der Taginspection visitirte die Speisen." Unter den Getränken nahm eine wichtige Stelle der „Triet" ein — mit Dotter vermengter Wein.

Der Werth der exacten Reinlichkeit im Spitale wird in der Instruction dem Personale wiederholt an's Herz gelegt.

Die ärztliche Leitung lag in den Händen des „commandirenden Stabschirurgus", welcher jedoch mit dem gegenwärtigen Spitals-Commandanten wohl nur das „Epitheton ornans" theilte, ohne die einem Commandanten zukommende Macht und Gewalt zu besitzen. In allen Angelegenheiten, die das ärztliche Personal betrafen, war er verpflichtet, sich an den Protochirurgus zu wenden; mit der Administration waren commandirte Officiere betraut, der commandirende Stabschirurgus mußte administrative Anzeigen an die Spitalskanzlei machen.

Das Strafrecht über das Sanitätshilfspersonale hatte der „commandirende Officier" inne. Außer der ärztlichen Leitung der ganzen Anstalt versah der commandirende Stabschirurgus den Dienst des Primararztes einer chirurgischen Abtheilung und hatte auch den Internisten des Spitals, den „Medicus", im Krankheitsfalle zu vertreten. Außer dem commandirenden Stabschirurgus und dem Medicus waren 4 Stabschirurgen (Professoren) im Spitale angestellt. Allen Primarärzten wurde es zur Pflicht gemacht, dafür zu sorgen, „daß die subordinirten Chirurgen an Sonn- und Feiertagen die heilige Messe hören". Der Priester des Spitals wurde bei jedem gefährlichen Krankenzuwachs sofort verständigt. Den secundarärztlichen Dienst versahen 10 inspectionirende Bataillons und Oberchirurgen, die aus der Garnison Wien stets nur auf die Dauer eines Monats „zur Spitalsinspection" commandirt wurden; zwei von ihnen hielten immer „Wache", je „einer auf der chirurgischen und medicinischen Seite des Spitals". Ein Bataillonschirurg versah den ärztlichen Dienst auf der combinirten Abtheilung: Arrestanten, Frauen und Kinder.

Außer den zum zweijährigen Lehrcurs an der Akademie einberufenen Feldchirurgen waren im Spital 200—300 Praktikanten bedienstet. Anfangsgründe der Chirurgie, lateinische Sprache, Gesundheit, gutes Gesicht, kein Zittern, lediger Stand, Zeugnisse von bürgerlichen Spitälern waren Bedingungen zur Aufnahme als Praktikant. Es wird besonders hervorgehoben, daß Lehrbriefe der bürgerlichen Barbierer oder Bader ungiltig sind. „Seine Majestät haben die Chirurgie als eine der Medizin gleichfreye Wissenschaft erklärt und vom Handwerke der Barbierer und Bader geschieden in die gehörigen Rechte eingesetzt." Aus den Praktikanten wurden Unterchirurgen in der Armee; 12 bestconduisirte Praktikanten bezogen einen Gehalt und trugen Uniform. Die Praktikanten wohnten im Hause, genossen sonst keine Beneficien; sie mußten Bücher und Instrumente mitbringen und sich auf eigene Kosten kleiden und verpflegen, wobei die Instruction ausdrücklich bemerkt, daß ihnen „nicht erlaubt ist, dem Traiteur die Kost schuldig zu bleiben". Als Krankenwärter waren „für das Spital auf immer fixirt" halbinvalide Soldaten, welche zufolge hofkriegsräthlichen Decretes von 3. April 1784 eine Zulage von täglich 2 kr. genossen. Zwei Wärter auf 10 Schwerkranke oder 20 Leichtkranke war das normale Verhältniß. Ein Unterofficier hatte Aufsicht über 6 Wärter; die Krankenwärter trugen blaue Kittel, um sie von den kranken Soldaten zu unterscheiden. Die Reinigung des Hauses oblag „vier Spitalsknechten", welche braune Röcke mit blauen Aufschlägen trugen, und welche „ganz vorzüglich daran seyn mußten, daß die heimlichen Gemächer immer reinlich und die Thüren derselben engfügig geschlossen sind". „Die heimlichen Gemächer" waren vom Gang durch doppelte Thüren getrennt, mit einfachen Senkgruben versehen; eine Canalisation hat nicht bestanden.

Das „Todengefield" war ein vom Spitale entferntes getrenntes Gebäude.

Kleine Mittheilungen.

— Die für die **mechanische Behandlung der Hautwassersucht** im Gebrauche stehenden Methoden und Modificationen lassen sich auf drei Hauptgruppen zurückführen, nämlich die einfache Incision, die Aspiration mit Troicars und die Trichterdrainage. Alle diese Verfahren, auf welche Dr. H. SCHURZ des Näheren eingeht („Ther. Monatsh.", 1895, Nr. 1 u. 2) wurden auf der Abtheilung LEICHTENSTERN'S im Kölner Bürgerhospitale im Laufe der Jahre geübt. In den letzten Jahren aber wurde, von Ausnahmen abgesehen, sowohl der SOUTHEY'sche Troicar, als auch die Trichterdrainage verlassen, um ein altes Verfahren, die Incision nämlich, wieder einzuführen. Das Verfahren ist kurz folgendes: Schon einige Stunden vor dem Eingriffe wird der Kranke mit herabhängenden Beinen in einen Lehnsessel gesetzt, die Füße und Unterschenkel nach chirurgischen Principien gereinigt. Die Füße des Pat. ruhen auf einer Fußbank, und diese steht in einer „aus gummirter Leinwand angefertigten Wanne" (?). Die Incisionen werden an der Außenseite der Unterschenkel, und zwar möglichst tief unten, unterhalb des Malleolus externus, am äußeren Fußrande oder auch am Fußrücken in der Länge von 3 Cm. und die ganze Haut durchsetzend, angelegt. An jeder Seite wird nur je eine Incision gemacht; nach Stillung der meist ganz unbedeutenden Blutung wird die Wunde mit einem sublimatgetränkten Gazebausch bedeckt und darüber ein dünner Watteverband angelegt, welcher zugleich als Polster dient. In die Fußwanne wird etwas Carbollösung zur Vermeidung von Fäulniß des abgelaufenen Serums gegossen. Der Verband wird alle 24 Stunden erneuert. Bei der Incision und bei jedem Verbandwechsel wird die Umgebung der Wunde mit Vaselin eingefettet. Ist die Incisionswunde beim Verbandwechsel mit Fibringerinnsel ausgefüllt oder sind die Wundränder verklebt, so empfiehlt es sich, dieselben auseinander zu zerren und die Wunde auszuwaschen. Sollen sich die Wunden schließen, so wird ein comprimirender Verband angelegt. Für gewöhnlich waren die Schnitte in durchschnittlich 8 Tagen verheilt. Schmerzhafte Macerationen der Haut oder Eczeme wurden nie beobachtet. Die Erfolge, die Ungefährlichkeit, die Bequemlichkeit der Incisionsmethode bestimmten LEICHTENSTERN, nur noch diese Methode anzuwenden. Sie ist in allen Fällen brauchbar und auch in solchen, in welchen andere Methoden im Stiche lassen.

— Nach einer Reihe von Versuchen gelang es Dr. GROENOUW, dem Assistenten der Breslauer Augenklinik („D. med. Woch.", 1895, Nr. 10), ein Mydriaticum zu finden, welches zu diagnostischen Zwecken deshalb ganz besonders geeignet ist, weil es die Pupille in kürzester Zeit ad maximum erweitert und eine Mydriasis von nur kurzer Dauer erzeugt. Es stellt sich als ein solches **Mydriaticum von rasch vorübergehender Wirkung die Ephedrin-Homatropinlösung** dar, welche nach folgendem Recept hergestellt und von Merck unter dem Namen „Mydrin" in den Handel gebracht wird:

Rp. Ephedrin. hydochlor. . . . . 1·00
Homatropin. hyrdrochlor. . . . . 0·01
Aq. dest. . . . . 10·00

Diese Lösung ist vollkommen klar und farblos und erzeugt auf der Conjunctiva manchmal ein unbedeutendes Brennen, meist aber überhaupt keine schmerzhafte Empfindung. Nach einer einmaligen Einträufelung weniger Tropfen dieser Lösung beginnt sich die Pupille nach durchschnittlich $8^1/_2$ Minuten zu erweitern, erreicht das Maximum ihrer Größe nach einer halben Stunde, beginnt sich nach einer Stunde wieder zu verengen und hat nach etwa 4—6 Stunden wieder ihre ursprüngliche Weite erreicht. Auf der Höhe der Wirkung beträgt die Pupillenweite 4·5—7 Mm. Bezüglich der Haltbarkeit dieser Lösung ist zu erwähnen, daß eine 5 Monate alte Lösung noch eine durchaus genügende Wirkung zeigte. Dieses neue Mydriaticum stellt somit ein Mittel dar, welches mindestens ebenso rasch wie die übrigen derartigen Präparate eine ziemlich beträchtliche Mydriasis erzeugt, deren Spuren nach wenigen Stunden wieder vollkommen verschwunden sind. Da die Mydriasis nur eine halbe Stunde lang auf ihrem Höhepunkte verharrt, so dürften die durch sie bewirkten Sehstörungen, soweit solche überhaupt auftreten, eine Stunde kaum überdauern. Die Anwendung der combinirten Ephedrin-Homatropinlösung empfiehlt sich somit zu rein diagnostischen Zwecken in ganz besonderer Weise.

— Von einer Reihe von Autoren wurde bereits über die **Behandlung der Anämien mit Knochenmark** berichtet. Auch wir haben unseren Lesern bereits an dieser Stelle von den günstigen Resultaten, welche zwei englische Autoren [1]) mit dieser Methode erzielt haben, Mittheilung gemacht. — Wenn auch unterdeß von mehreren Seiten über völlig negative Versuche berichtet wurde, so sei hier gleichwohl eine neuerliche, äußerst günstige Beobachtung mitgetheilt, welche Prof. BARRS vom Yorkshire College („La sem. méd.“, 1895, Nr. 11) bei einem schweren Falle von perniciöser Anämie zu machen Gelegenheit hatte. Es handelte sich um einen 43jährigen Bergmann, der an einer scheinbar idiopathischen perniciösen Anämie litt. Der Pat., welcher sich in einem Zustand äußerster Erschöpfung befand, war mit Arsen in hohen Dosen behandelt worden, und zwar mit keinem anderen Resultat, als um eine Lähmung der vier Extremitäten durch periphere Arsenik-Polyneuritis zu erzeugen. Diesem Kranken wurde nun Knochenmark vom Rinde in der täglichen Dosis von 90 Grm. gereicht. Schon nach wenigen Tagen konnte man eine Besserung constatiren, welche mit jedem Tage deutlicher wurde. Nach 5 Monaten ununterbrochener Behandlung konnte der Kranke als geheilt betrachtet werden. Die durch das Arsen bedingten Lähmungserscheinungen hatten sich an den oberen Extremitäten gebessert, blieben aber an den Unterextremitäten unverändert. Das Knochenmark wurde in diesem Falle in Form einer Paste gegeben, welche in folgender Weise dargestellt worden war: In einem Mörser mischt man 20 Grm. Gelatine, die durch eine entsprechende Menge Wassers aufgeweicht ist, mit 30 Grm. Glycerin; in einem zweiten Mörser verreibt man 90 Grm. Rindsknochenmark, welches so roth wie möglich sein soll, mit 30 Grm. Portwein. Dann werden die beiden Mischungen vereinigt und man erhält so nach dem Abkühlen eine Paste, deren Geschmack nicht unangenehm ist und die dem Appetit des Kranken nicht widerspricht.

— Es besteht wohl darüber kein Zweifel, daß der jeweilige Zustand des Organismus für die Wirkung eines Arzneimittels nicht gleichgiltig ist. In erster Linie kommt hier das Hungern in Betracht. Bis jetzt ist der **Einfluß des Hungerns auf die Wirkung der Arzneimittel** noch sehr wenig untersucht worden, obwohl diese Verhältnisse nicht nur ein rein theoretisches, sondern unstreitig auch ein wichtiges praktisches Interesse darbieten. Einen Beitrag zum Studium dieser Frage liefert TH. JORDAN („Ctbl. f. d. med. Wiss.“, 1895, Nr. 9), indem er im Warschauer pharmakologischen Universitätslaboratorium 50 Versuche mit Digitalin beim Hunde anstellte. Den Versuchsthieren wurde außer Wasser die Nahrung vollständig entzogen. Die Einverleibung des Digitalin, in Form von wässeriger Lösung (0·003 : 1 Ccm.) in die Vena cruralis sin. injicirt, erfolgte am 3.—12. Hungertage. Gleichzeitig wurde die Wirkung des Mittels an einem Controlthiere beobachtet. Als Ergebniß dieser Versuche hat sich nun zunächst ergeben, daß die ersten Symptome der Digitaliswirkung auf das Herz beim hungernden Thiere schon bei einer Dosis eintreten, welche bei normalen Thieren ceteris paribus überhaupt keine Erscheinungen hervorruft. Die letale Dosis ist für die ersteren kleiner, als für die letzteren. Bezüglich der Pulsfrequenz war Hungern von kurzer Dauer von keinem beträchtlichen Einfluß. Bei längerem Hungern hingegen nahm die Pulsfrequenz in der ersten und dritten Periode der Digitalinwirkung nicht so bedeutend ab, und stieg in der zweiten Periode nicht so an, wie bei den Controlthieren. Die Verlangsamung der Herzthätigkeit in der dritten Periode blieb mitunter vollständig aus. Bezüglich des Blutdruckes ergab sich, daß derselbe bei hungernden Thieren in der ersten Periode der Digitalinwirkung nur wenig stieg, und bei länger dauerndem Hungern unter die Norm absank. Schließlich wurde constatirt, daß der Nervus vagus bei hungernden Thieren eine herabgesetzte Erregbarkeit zeigte, und dies umso mehr, je länger das Hungern gedauert hatte. Dieser letztere Umstand dürfte, wie J. annimmt, die wenig hervortretende Verlangsamung der Pulsfrequenz in der ersten Periode der Digitalinwirkung bei hungernden Thieren erklären. Die Abweichungen im Verhalten des Blutdruckes aber führt J. auf die gesunkene Erregbarkeit des vasomotorischen Centrums, die geschwächte Thätigkeit der peripheren Gefäße und die verminderte Leistungsfähigkeit des Herzmuskels bei den hungernden Thieren zurück.

[1]) S. „Wr. Med. Pr.“, 1894, pag. 1680.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Balneologen-Congreß.

XVI. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Berlin, 7.—11. März 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

I.

KISCH (Prag-Marienbad): **Ueber Herzirregularität in Folge von Fettleibigkeit.**

Keine functionelle Störung im Organismus mag das betroffene Individuum so in Angst und Sorge zu versetzen, als wenn das Herz seine reguläre Thätigkeit verändert. Der gebildete Mensch ist von Kindheit an so an die gleichmäßige Arbeit des Herzens gewohnt und von der allerhöchsten Wichtigkeit derselben durchdrungen, daß eine Aenderung derselben in ihm leicht die Furcht erzeugt, das Herz könne auch vollständig seinen Dienst versagen. Mit Unrecht! Denn, wie der Vortr. erörtert, kann die Herzarhythmie wohl Folge schwerer Veränderungen im Circulations- und Respirationsapparate sein, andererseits aber auch nur geringe Bedeutung besitzen. KISCH zeigt dies an der Hand seiner Erfahrungen, speciell bezüglich der Herzarhythmie der Fettleibigen. Bei diesen kommen im Allgemeinen Herzirregularitäten nicht häufig vor, etwa in 8% der Fälle. Geringe Irregularität, Intermittenz, wo nach einer Reihe von vollkommen regelmäßigen Pulsen eine Pulspause eintritt, und zwar entweder allorhythmisch, d. h. in regelmäßigen Intervallen oder in ganz unregelmäßigen Zwischenräumen, beobachtet man bei jugendlichen Fettleibigen mit geringen Herzbeschwerden, namentlich bei jungen Mädchen, welche die anämische Form der Fettleibigkeit aufweisen. Wesentlichere Herzirregularität, wobei auf vollkommen regelmäßige Pulse rudimentär entwickelte folgen oder regelmäßig unentwickelte Pulswellen und Pulspausen alterniren, findet sich zumeist bei Fettleibigen, die das 50. Lebensjahr bereits überschritten haben, wo sich bereits andere Symptome von Herzinsufficienz kundgeben, wie Kurzathmigkeit bei stärkeren Bewegungen, Herzklopfen, nächtliche Anfälle von cardialem Asthma, zuweilen Oedeme. Vollkommene Herzirregularität, bei welcher im sphygmographischen Bilde die Pulswellen, wechselnd an Spannung und Größe, ganz regellos auf einander folgen, sieht man bei fettleibigen Individuen, welche schon mehrfach Zeichen erheblicher Herzschwäche aufweisen: Dyspnoe auch bei geringen körperlichen Bewegungen, Angina pectoris, bedeutende Stauungserscheinungen im ganzen Gebiete des Venensystems. Während KISCH im Gegensatze zu HAYEM und anderen französischen Autoren die einfache Herzintermittenz und geringere Herzirregularitäten prognostisch für nicht wesentlich ungünstig hält — er sah wiederholt nach einem geeigneten, gegen die Fettleibigkeit gerichteten Curverfahren die Herzintermittenz dauernd schwinden und reguläre Herzarbeit wiederkehren — betrachtet er das Vorkommen von ganz bedeutenden arhythmischen Erscheinungen am Herzen, besonders das sog. Delirium cordis, als ein Symptom schwerer Störung des Herzbetriebes, bedingt durch moleculare Veränderung der Herzmusculatur und hat unter solchen Verhältnissen nicht selten einen plötzlichen unerwarteten Tod der Fettleibigen eintreten gesehen. Schließlich erörtert der Vortr. auch das Entstehen und die Bedeutung der bei Herzarhythmie der Fettleibigen zuweilen zur Beobachtung kommenden wesentlichen Verlangsamung des Herzschlages, Bradycardie, welchem Symptome er, wenn die Zahl der Herzschläge unter 50 sinkt, auch eine ernste, auf irreparable Herzinsufficienz hinweisende Bedeutung beilegt.

Discussion.

Lindemann (Helgoland) hat unter dem Einflusse der Seeluft, sowie bei stärker concentrirten Seebädern und während Seereisen häufig eine Verlangsamung des Pulses beobachtet, die nach seiner Annahme durch einen Vagusreiz veranlaßt seien.

Schuster (Nauheim): Pulsverlangsamung kommt vor, wenn es sich nicht blos um Fettherz, sondern um begleitende Arteriosklerose handelt.

Frey (Baden) erwähnt eines Apothekers, der mit einem Puls von 25 Schlägen in stetem Wohlbefinden 75 Jahre alt geworden sei. Die Section ergab Fettherz und Verkalkung der Coronararterien.

Groedel (Nauheim): **Bäder bei Arteriosklerose.**

Zunächst sucht G. die althergebrachte Ansicht, daß Bäder bei Arteriosklerose durch Blutdrucksteigerung zu Apoplexien Anlaß geben könnten, zu widerlegen. Er zeigt, daß bei kühlen Bädern (31—33° C.) die durch den Kältereiz bewirkte Contraction der Hautgefäße wohl zunächst zu einer Blutdrucksteigerung führe, daß dieselbe aber rasch durch eine compensatorische Entspannung und Erweiterung der Innengefäße ausgeglichen werde. Auch lasse jene primäre Contraction der Hautgefäße bald nach, besonders in dem kohlensäurehaltigen Soolbade. Die anfängliche Drucksteigerung könne man aber durch einige Vorsichtsmaßregeln, die Redner mittheilt, außerordentlich mildern; namentlich lasse sich das plötzliche Auftreten desselben und der damit verbundene Chock ganz vermeiden. Bei Beobachtung jener Vorschriften sei die Gefahr der Apoplexie entschieden nicht vorhanden und damit stimme auch die langjährige Erfahrung des Vortragenden.

Den Nutzen einer Badecur mit Thermalsoolbädern erblickt G. in Folgendem:

1. Bekämpfung einiger mit Arteriosklerose oft gleichzeitig vorkommender und das Zustandekommen der Sklerose begünstigender Krankheiten, wie Gicht, chronische Rheumatismen etc.

2. Durch Einwirkung auf die für die Entstehung der Arteriosklerose in Betracht kommenden Störungen in Einzelorganen Besserung der Blutbeschaffenheit (Beseitigung der die Tunica intima und media reizenden, respective schwächenden Bestandtheile desselben) und vielleicht auch Einwirkung auf die Innervation der Gefäße und die Ernährung der contractilen Elemente derselben, wodurch deren functionelle Tüchtigkeit gebessert würde.

3. Die größte Bedeutung haben aber die Bäder zur Förderung der Compensation bei den durch Arteriosklerose bedingten Kreislaufsstörungen.

G. theilt dann noch aus seiner Erfahrung Einzelnes in Bezug auf Indication und Contraindication bei einigen speciellen Zuständen mit (bei Arteriosklerose in Verbindung mit Diabetes, Schrumpfleber und Schrumpfniere, Angina pectoris etc.). Bei bereits stattgehabter Apoplexie oder Embolie hält er Badecuren für verboten, wenn Neigung zu Recidiven constatirt ist und hält mit Rücksicht hierauf es für angezeigt, nicht vor Ablauf eines Jahres nach stattgehabtem Insult eine Badecur zu verordnen. Daß man bei jeder Badecur den Patienten gleichzeitig zu einer vernünftigen zweckentsprechenden Lebensweise erziehen soll, ist selbstverständlich.

Schürtze (Kösen): **Die hydrostatische Behandlung der Gonorrhoe.**

Sch. gibt eine Methode an, die sowohl die acute als auch chronische Gonorrhoe nur durch Anwendung des individuell temperirten Wassers beseitigt.

Er benutzt dazu ein von ihm construirtes Röhrchen, dem er den Namen Hydrophor gegeben. Dieser Hydrophor ist ähnlich dem Spülkatheter, welchen Sch. 1888 in den „Monatsh. f. prakt. Dermatol." beschrieben hat, aber kürzer als dieser. Die Indicationen sind dieselben, wie sie Winternitz bei seinem Psychrophor aufgestellt hat.

—r.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 15. März 1895.

I. Neumann stellt ein 2jähriges Kind vor, bei welchem sich eigenartig geschlängelte Gänge in der Haut der Nates, des Rückens, der Brust und der unteren Extremitäten finden, die offenbar durch einen thierischen Parasiten bedingt sind, ohne daß es bisher gelungen wäre, denselben zu entdecken. Durch fortgesetzte Beobachtung wurde festgestellt, daß diese Gänge in folgender Weise entstehen: Es bildet sich zunächst eine thalergroße, hellroth gefärbte Stelle, in der Mitte derselben ein Streifen, der nach 1/2 Stunde roth wird, während die periphere Röthe schwindet: in dieser Weise schreitet der Gang immer weiter, was mehrere Stunden dauern kann, während welcher Zeit das Kind eine gewisse Unruhe zeigt. Die Untersuchung eines größeren zu excidirenden Hautstückchens dürfte über die Natur des Parasiten Aufschluß geben.

Heidelbeersyrup als Heilmittel bei Eczemen.

W. Winternitz hat bereits vor mehreren Jahren auf die Verwendbarkeit des Heidelbeerdecocts bei gewissen Erkrankungen der Mundschleimhaut, wie Leukoplakien, schmerzhaften Rhagaden, sowie bei chronischer Gonorrhoe hingewiesen. Gleichwohl hat dieses einfache Mittel wenig Verbreitung gefunden, was wohl darin seinen Grund hat, daß es außerordentlich rasch verdirbt. Es ist nun W. gelungen, das Präparat haltbar zu machen, und zwar dadurch, daß er ein concentrirtes Decoct so lange eindampft, bis es Theer- oder Syrupconsistenz erlangt hat. Noch haltbarer wird das Präparat, wenn man die Körner der Beeren abseiht und eine geringe Menge Tinctura myrrhae mit eindampfen läßt. Mit diesem Präparat hat nun W. Versuche bei verschiedenen Krankheiten und besonders bei verschiedensten Eczemformen angestellt, darunter solchen, welche Monate hindurch jeder Behandlung widerstanden hatten. Die eczematösen Stellen werden mit dem Syrup einfach bestrichen, wodurch sich die Haut mit einer rasch eintrocknenden dunklen Kruste bedeckt, die dann später mit nicht zu kalter physiologischer Kochsalzlösung abgewaschen wird. Die auf diese Weise erzielten Erfolge waren geradezu überraschende. Gesichtseczeme, welche selbst indifferente Salben nicht vertrugen, waren in 24—48 Stunden zur Heilung gebracht. Ferner hatte W. Gelegenheit, eine ausgedehnte Verbrennung zweiten Grades auf diese Weise zu behandeln, wobei in kurzer Zeit die Schmerzhaftigkeit verschwand und die Erscheinungen der Verbrennung zurückgingen. W. empfiehlt dieses einfache Mittel zu ausgedehnter Benützung.

Die Begrenzung der functionellen Neurosen.

Obersteiner bezweckt durch seine Ausführungen, darzulegen, daß es einerseits, Dank den Fortschritten der histologischen Technik, gelungen ist, das Gebiet der functionellen Nervenkrankheiten immer mehr einzuengen, daß es aber andererseits gewisse Nervenstörungen gibt, für welche ein anatomisches Substrat zu finden bisher nicht möglich war. Als Beispiele für jene Störungen, die bisher als functionelle Neurosen betrachtet wurden, für die man aber eine anatomische Grundlage gefunden hat, führt O. die Vergiftungsneurosen an, für welche Nissel gewisse Veränderungen in den Ganglienzellen nachgewiesen hat, ferner die Paralysis agitans, bei welcher gewisse Veränderungen in den Hintersträngen gefunden wurden (Redlich), endlich die traumatischen Neurosen, die zum Theil, den Untersuchungen von Schmaus und von Bikeles zufolge, mit nachweisbaren Veränderungen im Nervensystem einhergehen.

Die Frage, ob es jemals gelingen wird, für alle functionellen Neurosen eine anatomische Basis zu finden, erörtert O. im Zusammenhange mit unserer jetzigen Kenntniß von der Localisation der psychischen und geistigen Leistungen im Gehirne. In dieser Beziehung lasse uns die Anatomie vollkommen im Stiche, und dasselbe gelte von den krankhaften psychischen Vorgängen. Allen functionellen Neurosen sei gemeinschaftlich, daß sie sich auf psychischem Gebiete bewegen, und deshalb sind die functionellen Neurosen, oder, wie O. lieber sagen möchte, functionellen Symptome und die psychischen Symptome gleichwerthig. Weder für die einen noch für die anderen gebe es vorderhand eine anatomische Erklärung, wohl aber müsse und könne die Erklärung auf physiologischem Wege gesucht werden, was nach der Ansicht O.'s keinen Rückschritt, sondern einen Fortschritt, einen Schritt zur Klärung der Frage bedeute.

Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 27. Februar 1895.

Vorsitzender: Dr. Teleky.

Dr. A. Hock stellt das am 17. October 1894 demonstrirte Kind (s. „Wiener Med. Presse", 1894, Nr. 44) wieder vor.

Es handelt sich um ein **hereditär luetisches Kind**, welches 2 Monate nach der Geburt gleichzeitig mit einem papulösen Exanthem an acuter Nephritis erkrankte. Der weitere Verlauf der Krankheit war folgender: 2 Tage nach der Demonstration des Kindes mußte die Jodtherapie aufgegeben werden, da Erscheinungen

von Intoleranz auftraten. Es wurde darauf die usuelle Hg-Therapie (Protojoduretum Hydr. 0·025 pro die per os) eingeleitet. Der Erfolg war ein eclatanter. Das Kind, welches bis dahin an Gewicht nur wenig zugenommen hatte, nahm schon in der zweiten Woche der Therapie um 30 Deka zu, und diese günstige Ernährung hielt an, so daß das Kind, welches gegenwärtig 7 Monate 20 Tage alt ist, 6 Kgrm. 80 Deka wiegt. Das Kind schläft gut und ist meist heiter. Die Eiweißmenge ging ebenfalls zurück, blieb jedoch noch immer bedeutend; nach 6 Wochen wurde die Hg-Menge auf $^2/_3$ reducirt. Auf ein Aussetzen der Medication reagirte Pat. jedoch immer sofort mit einer Erhöhung des Eiweißgehaltes und verschlechtertem Allgemeinbefinden, so daß das Kind mit kurzen Unterbrechungen bis jetzt Hg (0·016 pro die) nimmt; einige Male bekam das Kind durch eine kurze Zeit nur 0·008. Der Effect war derselbe wie bei völligem Aussetzen der Medication. Das Kind überstand während dieser Zeit eine Otitis media und hat seit 8 Tagen eine luetische Paronychie am rechten Halux, sowie Coryza, dabei ist das Allgemeinbefinden ein sehr gutes. 6800 Grm., bereits zwei Zähne, Fontanelle $^1/_2$ Cm., keine Leber- oder Milzschwellung. Eiweißmenge im demonstrirten Harn ist noch immer bedeutend. Cylinder sind seit 3 Monaten nicht gefunden worden. Das Sediment ist sehr spärlich und besteht ausschließlich aus Rundzellen.

Aus dem Verlauf der Erkrankung scheint die luetische Natur der Affection unzweifelhaft hervorzugehen. Es handelt sich jedoch hier gewiß nicht um einen Proceß wie die Albuminurie, die in der Proruptionsperiode der Syphilis relativ so häufig beobachtet wird, sondern um eine specifische Erkrankung eines Theiles des Nierenparenchyms; über die endgiltige Prognose dieses Processes läßt sich natürlich nichts Sicheres sagen, jedoch berechtigt die gute Gewichtszunahme, sowie das sonstige vortreffliche Aussehen des Kindes zur Annahme, daß der Proceß nur in geringer Ausdehnung in der Niere besteht und ein relativ gutartiger sei.

Prof. OBERSTEINER demonstrirt einige Präparate einer **eigenthümlichen Form von Muskeldegeneration.**

Dieselben entstammen der hemiatrophischen Zunge einer 40jähr. Tabikerin, die sehr viele Bulbärerscheinungen bot und an Phthise gestorben ist. Die Zunge zeigte eine Atrophie der rechten Hälfte. Unter der Behandlung nach der Methode von MARCHI fand man nun auf den Querschnitten von Muskelfasern schwarze Körnchen eingelagert. An Längsschnitten findet man, daß diese schwarzen Körnchen in langen Reihen bei erhaltener Querstreifung angeordnet sind. Bei stärkerer Vergrößerung zeigt sich, daß diese Körnchen zwischen den Muskelfibrillen in dem Sarkoplasma liegen. Bei Präparaten von Winterfröschen findet man ähnliche Bilder. Muskelatrophien sind bekanntlich bei der Tabes nicht selten und man kann annehmen, daß dieselben peripheren, und zwar neuritischen Ursprunges sind. Von der Zungenatrophie bei Tabes meint man, daß sie centralen Ursprunges sei. Nun war aber der Hypoglossuskern in diesem Falle normal, so daß Redner glaubt, daß es sich um eine periphere Neuritis des Hypoglossus handle. Was die Ursache dieser Degeneration ist, ob eine Ernährungsstörung, wofür die Befunde bei Winterfröschen und bei acuten Infectionskrankheiten sprechen, oder eine mangelnde nervöse Influenz — das kann Redner nicht angeben.

Discussion.

Dr. Biedl weist darauf hin, daß auch die bei der Tabes öfters beobachtete Degeneration der bulbären (aufsteigenden) Trigeminuswurzel nicht als ein Uebergreifen des tabischen Processes aufzufassen sei. Schon die Ausdehnung der Degeneration spricht mit Rücksicht auf die Thatsache, daß die sog. aufsteigende Wurzel zweifellos nach abwärts degenerirt, für die Annahme einer peripheren Neuritis.

(Schluß folgt.)

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Société médicale des hopitaux.

Sitzung vom 1. März 1895.

Zur Heilserumtherapie der Diphtherie.

VARIOT berichtet über seine Beobachtungen bezüglich des Einflusses des Heilserums auf Temperatur und Puls. Die im Hôpital Trousseau aufgenommenen und mit Heilserum behandelten Diphtheriefälle zeigen eine unverkennbare Aehnlichkeit bezüglich ihrer Temperaturcurve. Beim Eintritte in's Spital constatirt man in der Regel eine Temperatur von 37—38°. 4 Stunden nach der Injection erhebt sich die Temperatur um $^1/_2$—1° und oft mehr, ja in einer Reihe von Fällen, in denen es sich um leichte circumscripte Diphtherie handelte, war die Temperatur von 37 auf 40° gestiegen. Diese Thatsache läßt darauf schließen, daß dem im Serum enthaltenen Antitoxin eine fiebererzeugende Wirkung zukommt. Zu gleicher Zeit mit der Temperatursteigerung beobachtet man nicht selten eine Beeinflussung des Herzens, welche sich durch Steigerung der Pulsfrequenz, durch eine gewisse Herzschwäche und durch Pulsarhythmie kundgibt. Diese künstliche Reaction spielt vielleicht eine Rolle im Heilprocesse, indem sie an die normale fieberhafte Reaction erinnert, welche bei schweren, aber in Heilung ausgehenden Diphtherien vor der Anwendung des Heilserums beobachtet wurde.

SEVESTRE berichtet über die Resultate der Heilserumtherapie in 150 Fällen, welche in der Zeit vom 1.—25. December 1894 in Behandlung standen. Von diesen 150 durch die bacteriologische Untersuchung sichergestellten Diphtherien starben 15 = 10%. Wenn man die innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme gestorbenen Fälle abrechnet, bleiben nur 10 Todesfälle = 6·66%. Nach der Art des Processes verhielten sich die Fälle folgendermaßen: Reine Angina diphtheritica 29 Fälle mit 1 Todesfall, Angina diphtheritica mit Mischinfection 24 Fälle mit 3 Todesfällen, Angina mit reinem Croup 54 Fälle mit 4 Todesfällen, Angina mit gemischtem Croup 21 Fälle mit 5 Todesfällen, reiner Croup ohne Angina 13 Fälle mit 2 Todesfällen, gemischter Croup ohne Angina 9 Fälle ohne Todesfall. Die Fälle mit operativen Eingriffen verhielten sich folgendermaßen: 18 Tracheotomien mit 8 Todesfällen, 9 Intubationen mit 2 Todesfällen, 4 intubirte und hernach tracheotomirte Fälle ohne Todesfall.

Bezüglich der Indication zur Wiederholung der Injection steht S. auf dem Standpunkte, daß die Fiebersteigerung allein hiefür nicht bestimmend sein könne, da dieselbe in der That oft der Effect der Heilseruminjection sein könne. S. bespricht die Reihe der durch das Heilserum hervorgerufenen Nebenwirkungen, von welchen er, als weniger bekannt, dysenteriforme Diarrhoen, die er in 2 Fällen und Vulvitis, die er in mehreren Fällen beobachtet hat, hervorhebt. Trotz aller dieser Unzukömmlichkeiten der Heilserumtherapie bekennt sich S. als Anhänger derselben. Unbedingt nothwendig sei, über die Dosirung des Mittels Klarheit zu bekommen, wozu wohl die wachsenden klinischen Erfahrungen bald führen dürften. Eine dem Alter und Kräftezustand des Pat. nicht entsprechende Dosis des Heilserums könne in der That mehr schaden als nützen.

Variot erbittet sich vom Redner Auskunft über die Resultate im Januar und Februar, worauf

Sevestre antwortet, daß in diesen beiden Monaten die Statistik weniger günstige Zahlen ergab. Besonders im Januar habe die Influenza eine Reihe von Complicationen der Diphtherie, wie Pneumonien und Bronchopneumonien, bedingt, wodurch sich die Verhältnisse verschlechterten. Gleichwohl war das Sterblichkeitsprocent nur 22 und dürfte im Februar nicht mehr als 12—13% betragen.

Variot konnte im Laufe der beiden ersten Monate des Jahres die Erfahrung machen, daß viele Diphtheriefälle von toxischem Charakter vorkamen, gegen welche das Serum selbst in hohen Dosen machtlos war.

Sevestre hat gleichfalls toxische Formen gesehen, aber eine Ohnmacht des Serums diesen gegenüber ist ihm nicht aufgefallen. Er war vielmehr von den Heilerfolgen gerade in diesen Fällen erstaunt.

ACHARD berichtet im Namen von GASSER und COUTON über die Beobachtungen dieser beiden Autoren, welche bei nicht diphtherischen Kindern nach Injectionen von Heilserum Albuminurie auftreten sahen.

Sitzung vom 8. März 1895.

Influenza mit Cystitis und Hämaturie.

Comby weist zunächst auf die Vielgestaltigkeit der Complicationen bei Influenza hin. Erscheinungen seitens der Blase sind bisher bei Influenza recht selten beobachtet worden. C. berichtet über einen diesbezüglichen Fall. Ein 13jähriges Mädchen war plötzlich mit Fieber und Seitenstechen erkrankt. Am 8. Tage der Erkrankung, als es in's Spital aufgenommen wurde, war das Fieber gefallen, hingegen waren noch Rasselgeräusche über der linken Lunge zu hören. Das Kind klagte über Schmerzen in der unteren Bauchgegend, das Uriniren war schmerzhaft und ging am Ende mit Blutabgang einher. Da kein Blasenstein zu constatiren war, nahm C. eine Cystitis nach Influenza an. Das Kind genas sehr rasch bei Bettruhe, Verabreichen von Decoct. semin. lin. und Milchdiät. Ein zweiter hieher gehöriger Fall betraf einen 12jährigen Knaben, welcher plötzlich mit allgemeiner Abgeschlagenheit erkrankt war. Bei diesem zeigte sich gleichfalls eine Hämaturie, doch war das Blut innig mit dem Urin gemengt, welcher demgemäß viele rothe Blutkörperchen enthielt. C. nimmt als Ursache dieser Hämaturie nicht einen vesicalen, sondern einen renalen Ursprung an; die Nierencongestion hatte sehr lebhafte Schmerzen in der Nierengegend hervorgerufen. C. hält es nicht für unmöglich, daß sich in diesem Falle eine chronische Nephritis entwickeln könne, obwohl durch Milchregime und reichliches Trinken die Hämaturie zum Verschwinden gebracht worden war.

Le Gendre berichtet im Anschlusse hieran über einen Fall von Cystitis mit Hämaturie, welche Erscheinungen 24 Stunden anhielten, und zwar bei einem Kranken, der am folgenden Tage unter den charakteristischen Zeichen einer Influenza erkrankte. Le G. glaubt, daß die acuten Entzündungen des Harnapparates zu Beginn der Influenza keine schlechte Prognose geben im Gegensatze zu den schleichend sich entwickelnden Influenza-Nephritiden.

Behandlung der Hyperemesis gravidarum mit Elektricität.

Rendu berichtet über 5 Fälle von unstillbarem Erbrechen bei Schwangeren, welche allen herkömmlichen Behandlungsarten (Jodtinctur, Aetherisation des Epigastriums, Inhalationen von Sauerstoff, Chloralclysmen etc.) widerstanden hatten, und die mittelst Elektricität mit vollständigem und fast unmittelbarem Erfolge von Dr. Gauthier behandelt worden waren. Zu diesem Zwecke wurde der positive Pol zwischen den beiden Clavicularinsertionsstellen des Sternocleidomastoideus, der negative Pol auf das Epigastrium aufgesetzt und ein Strom von 8—10 M.-A. während 15—30 Minuten hindurchgeschickt. Ch.

Notizen.

Wien, 16. März 1895.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 9. März dieses Jahres bildete den ersten Verhandlungsgegenstand die gutächtliche Aeußerung vom sanitären Standpunkte über das Project der Anlage des Sammelcanales längs des rechten Ufers des Wiener Donaucanales. Der Oberste Sanitätsrath bezeichnete die in sanitärer Hinsicht nothwendigen Gesichtspunkte, unter denen dem vorliegenden Projecte zugestimmt werden könne, und machte auf die Beziehungen aufmerksam, in welchen dasselbe zu dem Projecte der Einschaltung von Staubassins in den Donaucanal steht. Weitere Gegenstände der Berathung bildeten die gutächtliche Aeußerung über die Bedingungen, unter welchen die Errichtung der in einzelnen Gegenden Südtirols angewendeten sogenannten Heubäder vom sanitären Standpunkte zulässig erscheint, ferner die Begutachtung, betreffend die angesuchte Ertheilung eines Privilegiums auf die Erzeugung und den Vertrieb eines angeblich neuen Conservirungs- und Desinfectionsmittels.

(Wiener Aerztekammer.) Die n.-ö. Statthalterei hat der Wiener Kammer die Einhebung der Kammerbeiträge im Wege der politischen Behörde gestattet.

(Balneologen-Congreß.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Wenn das Eis von den Bergen schmilzt und der warme Hauch des Frühlings durch die Lande zieht, dann stellen sich auch pünktlich, den Märzveilchen gleich, die Badeärzte in der deutschen Hauptstadt ein; sie erscheinen in dichten Schaaren beim Balneologen-Congreß, „preisend mit viel schönen Reden ihrer Bäder Werth und Zahl". Auf die stattliche Zahl von 392 Mitgliedern ist die Vereinigung angewachsen, die am 7. d. M. ihre diesjährigen Verhandlungen eröffnete, und zwar hat dieser erfreuliche Aufschwung, wie der Vorsitzende, Prof. Liebreich, in seiner Begrüßungsrede hervorhob, seine volle Berechtigung; denn aus dem Schoße der Balneologischen Gesellschaft ist die zuerst von Brehmer (Görbersdorf) inaugurirte klimatische Behandlung der Tuberculose emporgesprossen, die sich jetzt immer mehr Geltung verschafft. Redner betont, daß die Tuberculose eine Ernährungsstörung, keine reine Infectionskrankheit sei, daß sie mit den national-ökonomischen Verhältnissen des Landes in Beziehung stehe, daß sie mit dem Sinken des Wohlstandes sich vergrößert, und daß aus diesem Grunde die Nahrungsmittel des Volkes verbilligt, nicht aber besteuert werden müßten. Durch Nahrung und gute Luft müsse die kranke Zelle erregt und dadurch die Heilung begünstigt werden, wobei nicht ausgeschlossen sei, daß auch eine Reihe von wirklichen Drogen helfend in die Behandlung eingreifen. Die badeärztliche Thätigkeit sei vollkommen in den Rahmen wissenschaftlicher Thätigkeit hineingewachsen, und die zahlreiche Betheiligung der Balneologen am Congresse zeige, daß in der That das dringende Bedürfniß vorliege, die reichen gewonnenen Erfahrungen gegenseitig auszutauschen. — Nach Wiederwahl des bisherigen Vorstandes (Vorsitzende: Liebreich, Winternitz (Wien), Schliep (Baden-Baden) Thilenius (Soden), Generalsecretär Brock (Berlin) begannen die Vorträge, über welche wir an anderer Stelle dieser Nummer berichten.

(Das Diphtherieheilserum im Vereine czechischer Aerzte in Prag.) Aus Prag wird uns berichtet: In der Sitzung des Vereines czechischer Aerzte vom 11. Februar d. J. theilte Dr. Haasz, Assistent an der czechischen Kinderklinik, den der Statthalterei vorgelegten Bericht über die an dieser Klinik mit dem Diphtherieheilserum gewonnenen Resultate mit, welche er in folgenden Sätzen kurz zusammenfaßt: 1. Ein schädlicher Einfluß auf die Gesundheit der mit dem Serum behandelten Kinder wurde nicht beobachtet. 2. Die bei einigen Kindern nach der Injection aufgetretenen Exantheme hatten keine schädlichen Folgen. 3. Ein besonderer Einfluß auf die Krankheit selbst ließ sich nicht constatiren. Ob die frühzeitig vorgenommene Injection den Verlauf der Krankheit günstig beeinflusse, läßt sich deshalb nicht beurtheilen, weil die Mehrzahl der zugewachsenen Fälle bereits mehr als drei Tage erkrankt gewesen war. Ein sichtlicher Einfluß auf die Abkürzung der Krankheit konnte nicht wahrgenommen werden. 4. Auch auf die Mortalität scheint die Behandlung keinen nennenswerthen Einfluß zu haben; ein bestimmtes Urtheil läßt sich jedoch bei der geringen Anzahl der Fälle (24) nicht abgeben. — Dr. Scherer, Assistent an der czechischen Findelanstalt, hebt hervor, daß bei Neugeborenen echte Diphtherie ein sehr seltenes Vorkommniß sei, und daß die als solche imponirenden Processe in der Regel septischen Ursprunges seien. Bei 2 vom Lande der Anstalt zurückgeschickte, an echter Diphtherie (bacteriologischer Befund) erkrankten Kindern wurde bald nach dem Erscheinen der typischen Belege die Injection gemacht und der Blutbefund vor und bald nach der Einspritzung aufgenommen. Bei dem ersten Kinde, einem 2jährigen Mädchen, war das Verhältniß der weißen Blutkörperchen zu den rothen vor der Injection 1 : 113, bald (1—2 h) nach der Injection 1 : 18·66; nach einer 2 Tage später vorgenommenen 2. Einspritzung 1 : 32, nach einer 3. 1 : 69, am 7. Tage wieder 1 : 113. Bei dem zweiten Kinde war das Verhältniß vor der Injection 1 : 220, nach derselben 1 : 59. Bei dem ersten dauerte der Proceß trotz der 3 Injectionen 14 Tage, die Belege wurden sogar nach dem 5. Tage größer, verkleinerten sich erst nach 14 Tagen und waren erst zu Ende der 3. Woche ganz verschwunden; an der Injectionsstelle trat eine Hämorrhagie auf, von welcher aus sich ein urticariaähnliches Exanthem über den Bauch und die unteren Extremitäten ausbreitete; zugleich wurden auch die Gelenke schmerzhaft. In der ersten Woche bestand Albuminurie und außerdem trat eine typische Gaumenparalyse auf. Auf den Fiebergang hatten die Injectionen keinen Einfluß. Bei dem 2. Kinde traten gleichfalls Urticaria und

Schmerzhaftigkeit in den Gelenken auf. Gleichzeitig mit den zwei an Diphtherie erkrankten Kindern befanden sich auf der Klinik noch 10 andere vom Lande zurückgeschickte, meist mit schwerer Rhachitis behaftete Kinder, und, obgleich bei keinem eine prophylactische Injection gemacht wurde, erkrankte kein einziges an Diphtherie. — Dr. HONL hält die gegen die Serumtherapie gemachten Einwürfe nicht für stichhältig. Man möge die statistischen Angaben drehen und wenden, wie man will, immer geht aus denselben eine auffallende Abnahme der Mortalität in Folge der Serumbehandlung hervor, die sich nicht durch die Leichtigkeit der betreffenden Fälle erklären läßt. Ferner sei zu bedenken, daß bei manchen Epidemien und zu gewissen Zeiten Mischinfection mit Staphylococcus, Streptococcus u. s. w. sehr häufig vorkomme, wodurch der LÖFFLER'sche Bacillus an Virulenz gewinnt oder septische und gangränöse Processe auftreten, und es ist einleuchtend, daß bei solchen complicirten Fällen das Heilserum nicht seine volle Wirkung entfalten könne. Hier sei neben der Serumtherapie auch eine gegenwärtig sehr vernachlässigte Localbehandlung angezeigt. Die zuweilen auftretenden Exantheme seien ganz belanglos, und was die Albuminurie und Nephritis betrifft, so seien diese der ursprünglichen Krankheit, nicht aber dem Serum zuzuschreiben. Die von SCHERER beobachtete hochgradige Leucocytose gereiche dem Organismus nicht nur nicht zum Nachtheile, sondern dürfte vielmehr im Sinne der ROUX-METSCHNIKOFF'schen Theorie zur Eliminirung der Mikroben von großem Nutzen sein.

(Auszeichnungen.) Dem praktischen Arzte Dr. EDUARD RICHTER in Prag ist der Titel eines kaiserlichen Rathes, dem Districtsarzte CARL HACKENSCHMIED in Pomeisl das goldene Verdienstkreuz verliehen worden.

(Anwendung des Kneipp'schen Heilverfahrens in Kaltwasserheilanstalten.) Auf Grund eines Gutachtens des Obersten Sanitätsrathes hat das Ministerium des Innern in einem speciellen Falle entschieden, daß das von Kneipp geübte Verfahren der Kaltwasserbehandlung als eine wissenschaftliche, auf rationellen Grundsätzen beruhende Heilmethode nicht angesehen werden kann, und daß daher im Falle der Ertheilung der Bewilligung zur Errichtung einer solchen Kaltwasserheilanstalt dieses angebliche Heilverfahren, dessen Anwendung in besonderen Fällen dem verantwortlichen freien Ermessen des leitenden Arztes vorbehalten bleiben muß, in die Concession nicht ausdrücklich einbezogen werden darf.

(An die Rhino-Laryngologen.) Unser geschätzter Mitarbeiter Dr. MAXIMILIAN BRESGEN (Frankfurt a. M., Gärtnerweg 36) ersucht uns um Veröffentlichung folgender Bitte: „In dem fortlaufenden Bestreben, der Rhino-Laryngologie die ihr unter den Specialfächern der Medicin zukommende Anerkennung erkämpfen zu helfen, bin ich mit einer umfassenden Abhandlung über ihre Bedeutung für den Körper im Allgemeinen, wie auch für einzelne seiner Theile beschäftigt. Ich bitte deshalb hiedurch alle Collegen, welche über diesen Gegenstand etwas Zutreffendes oder ihn scharf Beleuchtendes geschrieben haben, mir die betreffende Schrift, nachdem sie in ihr die bezüglichen Stellen freundlichst angestrichen haben, gütigst zu übersenden."

(Statistik.) Vom 3. bis inclusive 9. März 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 7184 Personen behandelt. Hievon wurden 1372 entlassen; 197 sind gestorben (12·55% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 64, egyptischer Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 46, Scharlach 90, Masern 136, Keuchhusten 29, Wundrothlauf 31, Wochenbettfieber 8, Mumps 16, Influenza 108. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 780 Personen gestorben (+ 72 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Abbazia der em. Assistent der n. ö. Landes-Findelanstalt Dr. E. CISSEL, 32 Jahre alt; in Neu-Raussnitz (Mähren) der Districtsarzt Dr. JOSEF FRIED, im 47. Lebensjahre; in London der bekannte Chirurg Sir WILLIAM SAVORY; in Warschau der Professor des Anatomie, Geh.-R. Dr. W. D. LAMBL, 71 Jahre alt.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 20. März 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Prof. KOLISKO: Ueber einige seltenere Gelenkserkrankungen.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Einzelne Nummern

der „Wr. Medizinische Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf.; die **Einbanddecke** 1 fl. 15 kr. (2 Mark) und zur „Wr. Klinik": 70 kr. (1 Mk. 20 Pf.) inclusive Francozusendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 12. Sonntag den 24. März 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem allgemeinen öffentlichen Krankenhause in Biala.

Ueber Colopexia anterior zur Beseitigung hochgradiger Mastdarmvorfälle.

Von **Dr. Josef Bogdanik**, Director des Krankenhauses.

Am 4. Sitzungstage des XXIII. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin (21. April 1894) habe ich einen Vortrag gehalten „über Mastdarmresection wegen Vorfall". Ich habe daselbst hervorgehoben, daß die früher geübten operativen Eingriffe, wie Cauterisation, Ligatur, Excision und Verengerung des Afters, die Rectopexie nach VERNEUIL, in den letzten Jahren durch die Resection des ganzen vorgefallenen Darmrohres verdrängt wurden. Diese Operation, welche zuerst von AUFFRET ausgeführt und im „Progrès médic." beschrieben wurde, hat ein Jahr darauf MIKULICZ im St. Lazarus-Spitale zu Krakau vorgenommen, in ihrer Technik ausgebildet und die Indicationen zu derselben angegeben. Diesen Beispielen folgend, haben die circuläre Mastdarmresection auch andere Chirurgen, wie: BILLROTH, NICOLADONI, BOGDANIK, NÉLATON, PERIER, KROENLEIN und HOFFA ebenfalls mit Erfolg ausgeführt.

Die Technik dieser wohlbekannten Operation bietet keine besonderen Schwierigkeiten, insbesondere wenn die Darmnaht auf die von mir angegebene Weise ausgeführt wird, und die Gefahr für den Kranken ist eine minimale, wenn eine strenge Antisepsis geübt wird. Ich habe auch in der Literatur keinen einzelnen durch die Operation verschuldeten Todesfall beschrieben gefunden. Ich fand umgekehrt regelmäßig, daß die Kranken, welche vor der Operation ein trostloses Jammerbild darboten, Tag und Nacht jammerten und winselten, schon kurze Zeit nach der Operation sich erholten und blühend aussehend aus der Behandlung entlassen wurden. Mit den Endresultaten kann man also zufrieden sein, wobei hervorgehoben werden muß, daß nur NÉLATON einen einzigen Fall verzeichnet, wo nach der Mastdarmresection eine Recidive des Vorfalles eingetreten ist. Der Fall betrifft eine 53jährige Frau, bei welcher PERIER im Juni 1888 einen Mastdarmvorfall durch Excision des vorgefallenen Darmrohres operirt hatte. Die junge Narbe riß schon am 25. Juli desselben Jahres hinter der Afteröffnung, durch welchen Riß eine 25 Cm. lange Darmschlinge vorfiel. NÉLATON empfiehlt daher auf Grund dieser Erfahrung, man möge sich nicht mit der Resection des vorgefallenen Darmrohres begnügen, sondern unter Eröffnung des Bauchfelles den Dickdarm, soweit er beweglich ist, herabziehen und abtragen. Aus eigener Erfahrung kann ich nicht bestätigen, daß eine Recidive eintritt, wohl aber habe ich in einem Falle die traurige Erfahrung gemacht, daß sich eine feste, narbige Strictur entwickelte. Dieser Fall ist folgender:

J. H., 1 Jahr alt, wurde am 27. Juli 1892 resecirt. Es wurde ein 8 Cm. langes Darmstück entfernt und als Naht die von mir angegebene Steppnaht angewendet. Der Knabe erholte sich sehr rasch und befand sich ein volles Jahr hindurch ganz gut, er war munter, Stuhlgang regelmäßig, der Darm fiel nicht mehr vor. — Am 9. August 1893 wurde er wieder in's Spital gebracht. Das Allgemeinbefinden war sehr elend, das Gesicht das eines Greises. Der Kranke winselte wegen Unterleibsschmerzen Tag und Nacht. Der ganze Bauch ist aufgetrieben, der Percussionsschall in den oberen Abschnitten bis an den Rippenbogen tympanitisch, unterhalb des Nabels gedämpft, bei Lageveränderung hellt sich der Percussionsschall in den oberen Abschnitten auf. Die in den After eingeführte Sonde läßt sich nur 1 Cm. weit vorschieben. Temperatur normal. Erbrechen ist nicht vorhanden. Ich nahm am nächsten Tage die Probelaparotomie in der Linea alba unterhalb des Nabels vor. Es entleerte sich etwas seröse Flüssigkeit und es fiel durch die Wunde der stark aufgetriebene Dickdarm hervor, dessen Wände verdickt waren, das Peritoneum injicirt. Ich machte im Darme einen Einschnitt und es entleerte sich eine Menge sehr übelriechenden Kothes, vermengt mit unverdaulichen Gegenständen, wie Eier- und Kartoffel-

schalen, Kirschkerne etc. Die Darm- und Bauchwunde wurde geschlossen und ein aseptischer Verband angelegt. Das Allgemeinbefinden besserte sich wenig, ein Sondiren des Mastdarmes blieb resultatlos, ich machte daher am 14. August eine Colostomie, wobei nach Eröffnung des Darmes wieder eben solche unverdauliche Substanzen, wie vorher, entleert wurden. Der Kranke schlief nach dieser Operation gut und das Allgemeinbefinden besserte sich rasch, da sich durch den künstlichen After Winde und Koth copiös entleerten. Die künstliche Aftermündung verstopfte sich jedoch noch öfters mit Eier- und Kartoffelschalen, Obstkernchen, Korkstückchen etc. Am 23. August gelang es, eine feine elastische Sonde (Nr. 1) in den Mastdarm einzuführen. Ich erweiterte darauf die Verengerung successive, immer stärkere Bougies einführend, und brachte es bis Bougie Nr. 18, dessen ungeachtet entleerte sich der Stuhl nur durch den künstlichen After. Am 20. September narkotisirte ich daher den Kranken noch einmal, spaltete die Mastdarmstrictur mit einem geknöpften Bistouri in mehreren Richtungen, erweiterte die Oeffnung stumpf mit dem Zeigefinger und entleerte aus dem Mastdarme Schalen, Kirsch- und Pflaumenkerne, Knochenstückchen u. dgl. Darauf vernähte ich die aufgefrischten Ränder des Anus praeternaturalis. Nun ging der Stuhl durch den Mastdarm ab. Am 25. September schlüpfte jedoch zwischen den Nähten des künstlichen Afters ein Weintraubenkernchen heraus und es etablirte sich eine Fistel, welche, für eine dünne Sonde durchgängig, dennoch ab und zu flüssigen Stuhl durchließ, obwohl er vorwiegend durch den After entleert wurde. Der Kranke erholte sich jedoch vollkommen, trotzdem er nachher noch Masern überstanden hatte, und war ganz munter und gesund bis auf die Darmfistel. Am 30. December 1893 narkotisirte ich den Kranken noch einmal, um die Fistel zu schließen. Er schlief nach einigen Minuten ein, wobei er kaum 1·00 einer Mischung von Chloroform und Aether aa. verbraucht hatte, darauf trat bald Asphyxie ein, die Athmung stockte, der Puls kaum fühlbar. Es wurde sofort die künstliche Athmung eingeleitet. Der Kranke machte nach einigen Minuten mehrere tiefe Athemzüge und es besserte sich die Herzaction. Die Conjunctiven und Pupillen reagirten nicht. Ungeachtet der Belebungsversuche, welche fortgesetzt wurden, verschied der Kranke nach 5 Stunden. Die Section ergab Herzverfettung. Verfettung der Leber, in deren Parenchym haselnußgroße verfettete Herde gefunden wurden, und Hyperämie der Nieren.

Zur Entwicklung der Strictur hat in diesem Falle zweifellos die nicht entsprechende Diät beigetragen. Es sind ja Fälle bekannt, wo selbst bei intactem Mastdarme eine Anhäufung von Pflaumenkernen Obturation des Darmes verursachte. Die narbige Strictur post resectionem hat aber jedenfalls viel dazu beigetragen, denn die Fremdkörper konnten sich dahinter leicht stauen und übten einen entzündlichen Reiz auf die Darmwand aus, welche immer mehr anschwellen mußte, so daß später der Darm gänzlich undurchgängig wurde. Auch die von mir bei der Mastdarmresection angegebene Steppnaht konnte, circulär angelegt, das Darmrohr tabaksbeutelartig abschnüren. In einem später resecirten Falle habe ich in Folge dessen die Abänderung vorgenommen, daß ich die Steppnaht nicht mehr in continuo, sondern in 4 Theilen anlegte und nach der Entlassung des Kranken den Eltern noch mehr wie bisher einschärfte, auf die Diät großes Gewicht zu legen.

Die traurige Erfahrung ließ mich jedoch nicht ruhen; ich grübelte nach, bis ich eine neue Operation ersann, welche ich als Colopexia abdominalis, oder, wenn man will, „Colopexia anterior" am Chirurgencongresse in Berlin beschrieb. Bei den bisher angegebenen Methoden zur chirurgischen Beseitigung des Mastdarmes ging man immer behutsam dem Bauchfelle aus dem Wege. Ich sah aber nicht ein, warum man unter strengen antiseptischen, respective aseptischen Cautelen das Bauchfell nicht eröffnen sollte. Ist es doch der beste Freund der Chirurgen, da sich seine Ränder so rasch vereinigen. Auf diese Eigenschaft des Bauchfelles sich verlassend, hat doch RYDYGIER beim hohen Blasenschnitte (Sectio alta) vorgeschlagen, die Blase gerade von der mit Peritoneum bekleideten Seite zu eröffnen, um desto leichter eine Vereinigung der gespaltenen Blase zu erzielen.

Die von mir am Berliner Chirurgencongresse beschriebene Operation habe ich kurze Zeit darauf in zwei Fällen erfolgreich ausgeführt. Ich lasse nun die betreffenden Krankengeschichten folgen, bei welcher Gelegenheit ich die Operation beschreiben werde.

I. A. H., eine $2^1/_2$jährige Waise, wurde am 9. Mai 1894 in's Krankenhaus aufgenommen. Das Mädchen litt längere Zeit an Durchfall, wobei der Mastdarm vorfiel, jedoch immer nach der Entleerung wieder zurückschlüpfte, aber seit 3 Wochen läßt sich der Vorfall nicht reponiren. Bei der Aufnahme fand man ein 8 Cm. langes Darmrohr. Die Schleimhaut ist stark injicirt, mit Geschwüren bedeckt, welche leicht bluten. Am Sphincter ani sind mehrere Einrisse. Das vorgefallene Darmstück konnte leicht reponirt werden, fiel jedoch sofort wieder hervor. Das Kind ist schlecht genährt, blutarm und schreit wegen Schmerzen Tag und Nacht, kann weder sitzen, noch liegen.

In Anbetracht des schlechten Zustandes, und da der unreponirte Darm schon 3 Wochen nach außen hängt, habe ich die Operation schon am 10. Mai vorgenommen. Tags vorher bekam das Kind ein Bad und Ol. ricini und dicht vor der Operation wieder ein Vollbad und einen Tropfen Tinct. opii.

Nachdem das Operationsfeld gereinigt war, führte ich in der Chloroformnarkose einen etwas schräg verlaufenden Schnitt über die linke Fossa iliaca. Ich durchtrennte sämmtliche Schichten der Bauchdecke, als ob ich einen widernatürlichen After anlegen wollte. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle drang ich mit dem Daumen und Zeigefinger ein und erfaßte ein tief liegendes Darmstück. Dasselbe langsam nach oben vorziehend, sah ich, wie der Mastdarmvorfall schwand, bis das ganze nach außen hängende Darmrohr in die Bauchhöhle hereinschlüpfte. Die während dessen heraustretenden Darmschlingen und Netz wurden von einem Assistenten zurückgehalten. Dann übergab ich das hervorgezogene Darmstück einem Assistenten, welcher es leicht gegen den Darmbeinkamm vorziehend, in der Operationswunde fixirte, worauf ich mittelst fortlaufender Carbolcatgutnaht den Dickdarm an das Peritoneum parietale annähte, von unten nach oben die Naht anlegend. Als nun der Darm schon von einer Seite der Wunde angenäht war, nähte ich ihn auch von der anderen an, bis ich an die tiefste Stelle der Wunde gelangte, von wo ich zu nähen anfing. Während des Nähens ritzte ich mit der Nadel die Serosa des Darmes, sowie auch das Peritoneum parietale, um durch diesen Reiz eine desto innigere Vereinigung zu erzielen. Beim Anlegen der Naht hütete ich mich, mit der Nadel die ganze Dicke der Darmwand bis auf die Mucosa durchzustechen. Nachdem schon die Naht angelegt war, und zugleich der Zutritt in die Bauchhöhle ganz abgeschlossen war, schloß ich die Bauchwunde durch Etagennähte, wobei ich zu versenkten Nähten Carbolcatgut, zur Hautnaht Chromcatgut verwendete. Während der Operation wurden zum Reinigen des Operationsfeldes nur sterilisirte Gazebäusche verwendet, der Verband bestand aus sterilisirter Gaze und Watta, welcher mit sterilisirter Calicotbinde befestigt wurde. In Folge Erschlaffung der Schließmuskeln hatte ich nun an der Aftermündung eine kraterförmige Oeffnung vor mir, ich bedeckte sie mit Jodoformgaze. Intern wurde Tinct. opii und flüssige Nahrung verabreicht.

Die Kranke war nach der Operation ziemlich ruhig, peritoneale Symptome fehlten, Entleerung war keine. Der Verband mußte schon am nächsten Tage gewechselt werden, denn er war sehr mit Harn durchtränkt. Ich überzeugte mich, daß der Sphincter ani bereits gut schloß. In der nächstfolgenden Nacht war einmaliges Erbrechen, kein Stuhlgang. Am rechten Oberschenkel und der Hinterbacke war die Haut geröthet und die bisher normale Temperatur stieg auf 37·9° C. Am 13. Mai wurde das Kind sehr unruhig, die Temperatur betrug Früh 38·5° C., Abends 38·3° C. Der mit Harn verunreinigte Verband wurde gewechselt. Der Bauch ist etwas tympanitisch aufgetrieben, die Wunde jedoch rein, ohne Eiter. Die Haut wurde mit $^1/_2{}^0/_{00}$ Sublimatlösung abgespült und mit Jodoformgaze die Wunde verbunden. Nachmittags röthete sich die Haut am

rechten Oberarme. Es war Stuhlgang ohne Darmvorfall, kein Erbrechen. Am 14. Mai war die Temperatur Früh 38·6° C., Abends 38·7° C. Diarrhoe ohne Darmvorfall, kein Erbrechen. Die Geschlechtstheile und unteren Extremitäten ödematös. Es wurde Opiumtinctur verabreicht, die Diarrhoe sistirte, die Temperatur sank zur Norm (36·6° C.), die Schwellung der Geschlechtsorgane nahm zu. Abends stieg die Temperatur bis 37·7 C. und blieb so durch drei Abende hintereinander. Am 19. Mai wurde der mit Harn durchnäßte Verband wieder gewechselt. Die Wunde war bereits vernarbt, ich entfernte daher die Nähte. Die Haut unter der Gaze war etwas geröthet. Vom 18. Mai an war die Temperatur beständig normal. Am 18. Mai mußte der mit übelriechendem Eiter durchfeuchtete Verband gewechselt werden. Nachdem er entfernt war, sah ich, daß sich am unteren Ende der Wunde eine kleine Oeffnung bildete, welche Eiter secernirte, die Wundränder gingen nicht auseinander. Vom 23. bis 26. Mai wurden 1/2% Creolinumschläge, von da an wieder Jodoformverbände angelegt. Vom 27. Mai an war die Eiterung sehr mäßig, die Umgebung der Narbe jedoch infiltrirt und geröthet. Ich ließ von da an Stuhlzäpfchen einführen, welche 0·10 Jodoform enthielten. Am 5. Juni war die Wunde ganz vernarbt. Es bildete sich am Schamhügel links ein Absceß, welcher geöffnet und mit in 1/2% Creolinlösung getränkten Wattabäuschchen bedeckt wurde. Die Schwellung der Geschlechtstheile und unteren Extremitäten verlor sich rasch, so daß das Kind am 10. Juni gesund entlassen wurde. Von der Operation an fiel der Darm nicht mehr heraus, der in den Mastdarm eingeführte Finger fand nichts Abnormes.

Beim Ausführen dieser Operation fand ich, daß sie keine besonderen Schwierigkeiten darbietet. In der Nachbehandlung mußte ich mir aber unwillkürlich die Frage stellen, ob es möglich ist, die Eiterung in der Nähe der Operationswunde ganz zu verhüten. Außer der sorgfältigsten Beobachtung aller anti-, respective aseptischen Cautelen während der Operation dürfen wir nicht vergessen, daß wir an einem bereits septisch erkrankten Darme operiren. Seine Wände sind verdickt, die Schleimhaut ist intensiv geröthet und mit zahlreichen, leicht blutenden Geschwüren bedeckt, also ein hinreichender Infectionsherd. Die Infection wäre unausbleiblich, wenn wir mit der Nadel die ganze Dicke der Darmwand durchstechen würden, denn es würde ein Canal für Infectionskeime gebildet. Um dem vorzubeugen, *muß man beim Nähen achtgeben, daß die Nadel nicht die ganze Dicke der Darmwand durchsteche.* Aber auch durch die unversehrte Darmwand können Infectionsstoffe durchwandern. *Ich empfehle daher das Einführen von Jodoformzäpfchen in den Mastdarm sofort nach der Operation,* was ich in diesem Falle erst am 17. Tage nach der Operation machte.

II. Am 4. August 1894 wurde der 2 1/2jährige J. J. in's Spital aufgenommen. Er leidet seit mehreren Wochen an unstillbarer Diarrhoe, ist sehr abgeschwächt und schreit bei Tag und Nacht. Flüssige Stühle, vermengt mit Schleim und Blut, gehen fortwährend ab, und es hängt ein Stück Darm nach außen. Es wurde flüssige Nahrung, rother Wein und Adstringentien verabreicht. Der reponirte Darm fällt immer wieder heraus. Die Temperatur beträgt: Am 5. August Abends 39·6° C., am 6. August 39·8° C., am 7. August 38·8° C., am 8. August 36·0° C. Der Kräfteverfall nahm immer mehr zu.

Am 18. August vollführte ich die Operation wie im vorher beschriebenen Falle. Die Operation und der Verband aseptisch. In den Mastdarm führte ich Stuhlzäpfchen mit 0·20 Jodoform ein. Innerlich wurde Opiumtinctur verabreicht. Die nächstfolgende Nacht verlief ziemlich gut, keine Temperaturerhöhung, kein Erbrechen. Am 21. August war die erste Stuhlentleerung, wobei der Darm nicht vorfiel. Die bisher normale Temperatur stieg am 22. August Abends bis 38·6° C. Der ungeduldige Kranke hatte sich nämlich einen Verband ganz heruntergerissen, was er auch den nächsten Tag machte. Es wurden daher 1/2% Creolinumschläge angeordnet, die Temperatur erreichte Abends den 23. August nur 37·9° C. und blieb die nächsten Tage normal. Der Wundverlauf wurde noch dadurch gestört, daß der Kranke am 27. August einen Theil der Chromcatgutnaht herausriß, weshalb die Hautwunde im oberen Winkel etwas auseinanderging und per granulationem heilte. Am 6. September war die Wunde ganz vernarbt und fest, der Stuhlgang regelmäßig, ohne Beschwerden. Der Mastdarm drängt sich auch beim Pressen gar nicht vor. Der Kranke wurde am 12. September entlassen.

Diese zwei Fälle beweisen hinreichend die leichte Ausführbarkeit der Operation, welche zur Beseitigung der Mastdarmvorfälle vor allen übrigen den Vorzug haben dürfte. Es wird dabei das Ideal der Operationen angestrebt, der Kranke verliert keinen Theil seines Körpers, die Natur wird gleichsam verbessert, da der Darm dort befestigt wird, wo seine Verbindung sonst sehr lose ist. Diese Vorzüge kann man keiner der bisher geübten Methoden nachrühmen. Der ängstliche Chirurg könnte nur die einzige Einwendung machen, daß dabei das Peritoneum geöffnet wird. Der Einwand ist jedoch nicht gerechtfertigt, denn die Furcht vor der Eröffnung des Peritoneums ist bereits ein überwundener Standpunkt. Wer antiseptisch, respective aseptisch zu operiren versteht, der findet gerade am Peritoneum den besten Freund. Es verträgt sehr gut mechanische Insulte, seine Blätter verkleben sich rasch und sicher. Wenn kein Fehler bei der Operation unterlaufen ist und beim Anheften des Darmes achtgegeben wurde, daß die Nadel nicht durch die ganze Dicke der Darmwand dringt, so ist sicher nichts zu befürchten. Ich empfehle jedoch dringend das Einführen von Jodoformstuhlzäpfchen in den Mastdarm, wie ich es in meinem zweiten Falle sofort nach der Operation machte, denn die Mucosa des längere Zeit nach außen umgestülpten Darmes ist immer sehr septisch. Weniger gefährlich ist wohl die äußere Verunreinigung des Verbandes mit Urin, es ist jedoch empfehlenswerth, eben deswegen die Wunde nicht aseptisch, sondern antiseptisch zu verbinden. Die Colopexie ist nur in jenen Fällen nicht ausführbar, wo bei lange bestehendem, nicht reponirtem Vorfall die Serosen des Mastdarmes innig mit einander verwachsen sind; da wäre eine Lösung der Invagination unmöglich, und es bleibt die Mastdarmresection in ihrem guten Rechte. Eine Complication des Vorfalles mit Hydrocele contraindicirt die Colopexie keineswegs, umgekehrt, sie ist da erst recht am Platze; das Desinvaginiren von der Bauchhöhle aus muß erst recht gut gelingen.

Selbstverständlich spreche ich der Colopexie keineswegs in dem Sinne das Wort, daß man sie in jedem Falle von Mastdarmvorfall ausführe. Das wäre ein wahrer Furor operativus. Die weitaus größere Anzahl von Mastdarmvorfällen läßt sich ohne blutige Operation heilen. Ich thue es auch, wende alle therapeutischen Mittel an und nehme nur in verzweifelten Fällen meine Zuflucht zum Messer.

Literatur: Auffret, Un cas de procidence du gros intestin d'une longueur de 90 Cm. Opération par excision. Double rangée de suture. Mort. „Progrès méd.", Paris 1882, Nr. 34. — Mikulicz, Wgłobienie i wypadnięcie jelita grubego przez kiszkę stolcową; wycięcie kawałka jelita 76 Cm. długiego; wyleczenie. „Gazeta lekarska", 1883, Nr. 47, 48 Zur operativen Behandlung des Prolapsus recti et coli invaginati. Verb. d. deutsch. Ges. f. Chir., XVII. Congreß 1888, Beil. zum „Centralbl. f. Chir." 1888, Nr. 24. „Arch. f. klin. Chir." Bd. XXVIII, Nr. 1. — Nicoladoni, Ueber einen Fall von Mastdarmresection. „Wiener Med. Presse", 1885, Nr. 26. — Górski, O rezekcyi kiszki stolcowej z powodu jej wypadnięcia. „Przegląd lek.", 1887, Nr. 9. — Bogdanik, Ein Fall von Resection des vorgefallenen Mastdarmes. „Wiener Med. Presse", 1888, Nr. 1. O resekcyi odbytnicy w razie wypadnięcia tejże. „Przegląd lek.", 1889, Nr. 44, „Pamiętnik lek. I Zjazdu chirurgów polskich", 1890, pag. 210. Ueber Mastdarmresection wegen Vorfall. Verh. der deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXIII. Congreß 1894; Beil. zum „Centralbl. f. Chir." 1894, Nr. 30; „Arch. f. klin. Chir.", Bd. XLVIII, Nr. 4; O leczeniu operacyjnem wypadniętej odbytnicy; „Przegląd chirurg." Warschau 1894, Bd. II, H. 1. — Habart, Ein Beitrag zur Chirurgie des Mastdarmvorfalles. „Wiener klin. Wochenschr.", 1889, Nr. 16. — Verneuil, Rapport sur un mémoire de M. Jeanvel, relatif à la colopexie, nouvelle opération pour la cure des formes graves du prolapsus rectal; „Bull. de l'académie de méd.", 1889, Nr. 40. — Constant Syot, Traitement des prolapsus du rectum. Thèse de Paris, 1890, G. Steinheil. — Geck, Zur Aetiologie und Therapie des Rectumvorfalles, 1890, Tübingen, A. Moser. — Gross, Traitement chirurgical du prolapsus grave du rectum. „Semaine méd.", 1890, Nr. 7. — Treves, The treatment of prolapsus of the rectum by excision. „The Lancet", 1890,

Nr. 8—9. — Glaentzer, Zur operativen Behandlung des Mastdarmvorfalles. Tübingen 1890, A. Moser. — Nélaton, Prolapsus du rectum. „Bull. et mém. de la société de chir. de Paris", T. XV, pag. 747; „Centralbl. f. Chir." 1891, pag. 64. — John B. Roberts, Note on a method probably new, of operating for complete prolapse of the rectum. Annals of surgery, Vol. XI, pag. 255. — Gerard-Marchand, Recto-coccypexie. „Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris", T. XVI, pag. 288; „Centralbl. f. Chir." 1891, pag. 750; „Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris", XVIII; „Centralbl. f. Chir.", 1892, pag. 45. — Tricomi, Un caso di Prolasso del retto trattato con la rettopexie posteriore. „Riforma med.", 1892, April 9; „Centralbl. f Chir", 1892, pag. 632. — Zehnder, Ein Beitrag zur Darmresection bei Prolapsus recti und Prolapsus coli invaginati. Zürich 1892. — J. Goldmann, Ueber Mastdarmvorfall mit besonderer Berücksichtigung der Thiersch'schen Operation. Inaug.-Diss., Straßburg 1892.

Aus der II. chirurgischen Abtheilung des Civil-Spitales in Triest.

Ueber einen Fall von Ruptur der Blase.

Von Primararzt **Dr. Giorgio Nicolich.**

G. C., 24 Jahre alt, angestellt in einem städtischen Amte, gesund und ziemlich kräftig gebaut, kam am 28. October v. J. Vormittags zu Fuß in mein im zweiten Stockwerke befindliches Ambulatorium mit Bauchschmerzen und Unvermögen zu harnen; über das Leiden vermochte er weiter nichts anzugeben, als daß es fast mit einem Male in den ersten Morgenstunden aufgetreten war; bevor er in's Spital kam, war er auf der Rettungsstation, wo ihm vom Inspectionsarzte mit einem Nélaton eine beträchtliche Menge Urins entfernt wurde.

Das Aussehen des Kranken, wie der Fuselgeruch ließen mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit den Schluß ziehen, daß sich der Mann in der eben verflossenen Nacht betrunken hatte; der Vater, der ihn in's Spital begleitete, erzählte mir, daß er wirklich total betrunken spät in der Nacht nach Hause kam, ohne über etwas zu klagen, des Morgens nur hätte er über Schmerzen im Bauche geklagt.

Ich katheterisirte auch den Patienten mit einem Nélaton und bekam ungefähr 100 Grm. vollständig klaren, makroskopisch mit keinem Blutstropfen gemengten Urins.

Aus der Untersuchung des Bauches konnte man auf nichts Bemerkenswerthes schließen; ich rieth ihm auf jeden Fall Bettruhe und feuchtwarme Umschläge auf den schmerzenden Theil.

Am 29. October, also den Tag darauf, wurde der Patient in Spitalsbehandlung aufgenommen; er bot das Bild einer peritonealen Reizung, Bauch druckempfindlich, in der unteren Hälfte des Abdomens schmerzhaft, mäßigen Meteorismus; Temperatur normal, Puls leicht frequent.

Das Bedürfniß und das Unvermögen zu harnen waren vollständig gewichen; in den wenigen Tagen, die Patient noch verlebte, urinirte er stets ohne jedwede Störung, der Harn war stets normal und vollkommen frei von Eiweiß.

Die Untersuchung per rectum hatte kein Resultat, ebenso die Percussion des Bauches. — Nachdem seit 2 Tagen kein Stuhlgang erfolgt war, ordinirte ich einfache Klystiere, die aber den gewünschten Erfolg nicht hatten.

30. October. Die Schmerzen im Bauche wurden immer stärker und dauerten ununterbrochen an, die ganze Haut und namentlich die Scleren waren deutlich icterisch gefärbt, der Harn in Folge Gallenpigmentes dunkelroth, häufige, schwärzliche Stühle, weder Erbrechen, noch Singultus, Puls 110, frequent, klein, Temp. 37·3. In der Leistengegend, am Scrotum und Perineum erschienen ausgedehnte Ecchymosen, die in mir gleich den Verdacht erregten, es könnte ein Trauma die Ursache des ganzen Leidens sein, weshalb ich gleich, ein Verbrechen darin witternd, die Gerichtsbehörde davon verständigte.

31. October. Die icterische Färbung war fast geschwunden, der Bauch war mehr gespannt, die Haut der mit Blut unterlaufenen Gegend leicht ödematös, Puls fadenförmig, sehr frequent, Temperatur subnormal. Pat. klagte fortwährend über Schmerzen im Bauche, das Sensorium war frei und nur am folgenden Tage trat Coma ein.

Am 1. November gegen 7 Uhr Abends starb der Pat.

Sectionsbefund:

Acute Peritonitis mit serös-fibrinösem Exsudat. Dünn- und Dickdarm enthielten eine blutiggefärbte, zum Theil coagulirte Flüssigkeit. Die normale Harnblase zeigte in der hinteren Wand einen vierkreuzergroßen Substanzverlust, die Ränder dieses Risses waren stark injicirt und ecchymosirt, der in der Blase enthaltene Harn war rein, durchsichtig und nicht blutig gefärbt.

Bevor ich auf einige Betrachtungen über die vom Kranken dargebotenen Symptome eingehe, will ich in Kürze noch den Umstand erwähnen, daß die von der Gerichtsbehörde angestellten Untersuchungen ein Resultat ergaben, daß der Pat. wirklich in jener Nacht total betrunken, bei einem Versuche, vom Tische aufzustehen, ausglitt und mit dem Bauche auf eine Sesselkante fiel.

In unserer Stadt, wo gar häufig ein Trauma als Todesursache wirkt, beobachtete Prosector Dr. Pertot in mehr als 20.000 von ihm ausgeführten Obductionen keinen Fall von Blasenruptur in Folge Verletzung der Bauchwand.

Die von den Autoren beschriebenen Symptome der Blasenruptur sind folgende: Der vom Trauma Getroffene bietet alle Zeichen des Shock, gleichzeitig tritt häufiger Harndrang auf, dem eine schmerzhafte Entleerung einiger Tropfen eines blutigen Harnes folgt. Dieser schwere Zustand bessert sich allmälig in 24—48 Stunden, ja es kann sogar, wohl mit Anurie oder Oligurie verbunden, eine Zeit relativer Besserung nachfolgen. Doch der Schluß ist immer acute Peritonitis, die mit dem Tode des Pat. endet. Shock, Hämaturie als die unmittelbaren Symptome sind nicht pathognomonisch, weil gemeinsam allen Abdominalverletzungen; Shock wird nach einer jeden Unterleibsverletzung beobachtet, und nach einer Nierenverletzung können auch jene Erscheinungen seitens der Blase auftreten.

Die Diagnose stützt sich auf die Art und Weise, wie die Verletzung stattfand, und auf eine umschriebene, schmerzhafte Stelle, entsprechend der Blasengegend, jedenfalls ist die Untersuchung mit der Metallsonde nothwendig, welche mit gleichzeitiger Inanspruchnahme der Untersuchung per rectum, wie der hypogastrischen Palpation sehr leicht eine Ruptur der Blase nachweisen kann.

Als ich am zweiten Tage im vorliegenden Falle das Auftreten der Ecchymosen am Scrotum und Perineum wahrnahm, dachte ich auch an die Möglichkeit einer Blasenruptur, doch wurde diese durch den Mangel an Blut im Urin ausgeschlossen, und zwar mit umso größerer Wahrscheinlichkeit, als ja Pat. vom ersten Tage seiner Aufnahme im Spitale nie über Harnbeschwerden geklagt hatte.

Erst am Tage, an dem Pat. starb, erfuhr ich, was durch die Gerichtsbehörde erhoben wurde; höchst wahrscheinlich aber hätte ich — wenn auch in Kenntniß des Sachverhaltes gesetzt — schwerlich mein Augenmerk auf die Blase gerichtet, nachdem ja die hauptsächlichsten Symptome einer Verletzung seitens dieses Organes vollkommen fehlten.

Das Erkennen einer Blasenruptur bringt die Möglichkeit mit sich, vom sicheren Tode zu retten. Laparotomie und Blasennaht zählen schon namhafte Erfolge, um immer dort ausgeführt zu werden, wo sich ein Fall einer Blasenruptur darbietet.

Zur Behandlung des Blasencatarrhes.

Von **Prof. Dr. Josef Englisch**, Primararzt in Wien.

(Fortsetzung.)

Als oberster Grundsatz bei der Blasenspülung muß gelten, daß nie dieselbe Menge Flüssigkeit, welche mit dem Katheterismus entleert wurde, eingelassen werden darf, sondern nie mehr als die Hälfte oder sogar noch etwas weniger. Daraus ergibt sich, daß die einzulassende Menge umso geringer wird, je häufiger der Harndrang, je stärker die Blase zusammengezogen ist (chronische Harnverhaltung ausgenommen). Ein zweites, nicht außer Acht zu lassendes Moment ist das Gefühl

des Kranken. Sobald derselbe nur den geringsten Druck spürt, muß das Einlassen unterbrochen werden. Wird die Flüssigkeit mit der Spritze eingebracht, so fühlt der Arzt zugleich einen Widerstand, zum Zeichen, daß die Zusammenziehung der Blase beginnt und jede Steigerung der Flüssigkeitsmenge Schmerz verursacht. Die Spritze hat überdies in ihrer jetzt gebräuchlichen Art den Nachtheil, daß das Einfließen in die Blase stoßweise erfolgt, wodurch eine absatzweise Reizung der Blase bedingt ist, die leicht schmerzhaft wird. Eine Spritze, deren Stempel durch Schrauben vorwärts bewegt wird, könnte allein diesen Uebelständen abhelfen. Der sehr häufig in Anwendung gezogene Irrigator hat den Nachtheil, den Druck der einströmenden Flüssigkeit nicht genau anpassen zu können. Um nun das Einströmen der Flüssigkeit möglichst langsam und genau graduirt zu bewerkstelligen, hat Verf. einen eigenen Apparat construirt, welcher in seiner gegenwärtigen Form auch dazu dient, das Wasser während der Ordinationsstunde gleichzeitig zu erwärmen.

Fig. 1.

Dieser Apparat (Fig. 1 [13]) besteht aus einem 160—170 Cm. hohen Gestelle, wie die Irrigationsgestelle *A*. Am oberen Ende desselben befindet sich eine Platte mit vier verticalen Stangen *B*, in welche ein graduirtes Glasgefäß *C* gestellt werden kann. Um nun die Flüssigkeit im Glase *c* stets warm zu halten, ist unterhalb *B* ein Cylinder von etwas geringerem Durchmesser angebracht, welcher an der Stange des Gestelles verschiebbar ist und mit der Schraube *E* befestigt werden kann. Innerhalb des Cylinders befindet sich eine halbkreisförmige Spirituslampe aus Metall. Statt dieses Apparates kann ein zu 100 und 50 Ccm. graduirter Glasirrigator verwendet werden. Die Zuleitung der Flüssigkeit geschieht durch den Schlauch *F*, welcher in das Gefäß *C* eingehängt wird, an seinem oberen Ende eine Glocke *a* hat und bei *b c* durch ein gekrümmtes Glasrohr ersetzt wird, um ein Knicken des Schlauches zu vermeiden. Um das Ein- und Ausfließen ohne Absetzen des Instrumentes zu ermöglichen, construirte Verf. einen Ansatz *g* an den Katheter *k*, welcher aus dem conischen Ansatzrohr *d* in der Länge von 7 Cm. besteht, so daß selbes auch in die dünnen Katheter paßt. Am äußeren Ende der Ansatzröhre gehen zwei dünnere Rohre *e e* unter rechtem Winkel ab. An der Vereinigung dieser 3 Röhren findet sich ein nur einfach durchbohrter Hahn, dessen Bohrung genau der äußeren Fliege entspricht, und je nach der Stellung derselben die Flüssigkeit aus *C* in die Blase oder nach Drehung der Fliege um 90 Grad aus der Blase strömen läßt. Um die Flüssigkeit in ein neben dem Bette stehendes Gefäß laufen zu lassen, wird bei *e'* ein längeres Kautschukrohr befestigt, das aber dünner sei, als das Zuflußrohr.

[13]) Angefertigt von Esterlus in Wien, IX., Mariannengasse 2.

Die Handhabung ist dadurch sehr einfach und jedem Pat. verständlich. Da die Röhren nur einen geringen Durchmesser haben, erfolgt das Ein- und Ausfließen nur sehr langsam, ohne jede Gewalt. Es wird dadurch das Absetzen der Spritze, das stoßweise Einströmen und das Eindringen der Luft vermieden und kann der Kranke eine größere Menge Flüssigkeit in verschiedenem, vom Arzte genau bestimmten Quantum (20, 50, 100 und mehr Ccm) oder nach dem Gefühle der Spannung durchströmen lassen. Der von den Gegnern der Ausspülung angeführten Ausdehnung der Blase und dem dadurch erregten Schmerz läßt sich in dieser Weise am besten vorbeugen und eignet sich die Vorrichtung auch für stark gereizte Blasen. Bezüglich der acuten Blasenentzündung, insbesondere der idiopathischen, chemischen und blennorrhagischen, wurde bereits angeführt, daß Blasenspülung im acuten Stadium nicht angezeigt ist, wie es auch Guyon annimmt. Sobald jedoch die acuten Erscheinungen nachgelassen haben, kann auch die Blasenspülung in Anwendung kommen (Guyon, Thompson). Man hat ferner als Gegenanzeige der Blasenspülung Nierenaffectionen angeführt. Es unterliegt keinem Zweifel, daß durch unzweckmäßige Anwendung der Blasenspülung Nierenerkrankungen hervorgerufen werden und hat Verf. erst vor Kurzem einen Fall von sehr schwerer Nephritis zu beobachten Gelegenheit gehabt, für den sich keine andere Ursache als forcirte Einspritzung annehmen ließ. Daß selbst heftige Hämaturien zu Stande kommen können, hat Verf. wiederholt gesehen. Aber es darf in solchen Fällen nicht die Blasenspülung an sich, sondern immer die schlechte Anzeige und Ausführung beschuldigt werden. Verf. wendet die Blasenspülung mit Vorliebe an und ist von derselben befriedigt. Es erscheint die Frage gerechtfertigt, wie man anders jene reichlichen, jauchigen, höchst reizbaren Absonderungen bei croupöser, diphtheritischer Cystitis, bei Tuberculosis und Neubildungen, vorzüglich Carcinomen, entfernen kann, welche einen unaufhörlichen Harndrang bedingen? Hier haben sich Blasenspülungen mit bestimmter Vorsicht bestens bewährt. In der gleichen Weise werden auch Nierenreizungen vermieden werden. Dazu noch jene Gruppe der schweren Blasenentzündungen, welche paretische Zustände der Blase begleiten oder wo sich das Harnsediment in Taschen angesammelt hat. Als ein wesentlicher Vortheil der Blasenspülung muß es angesehen werden, daß wir im Stande sind, die antiseptische oder adstringirende Flüssigkeit mit der ganzen Innenwand der Blase in Berührung zu bringen. Es stimmen auch hier die eigenen Erfahrungen überein, daß, je weniger reizbar die Blase ist, umso größere Mengen in die Blase eingelassen werden können (Guyon), was selbst für verdünnte Lapislösungen (1 : 1000—2000) gilt und von gutem Erfolge begleitet ist. Daß Blasenspülungen von erfahrenen Specialisten nicht so verworfen werden, wie von Einigen angenommen wird, beweist, daß Guyon dieselbe für die Urethrocystitis allein ausreichend hält. Was nun die Concentration der einzubringenden Lösungen anlangt, so werden dieselben umso concentrirter genommen, je geringer die einzuspritzende Menge ist. Bei Blutgerinnseln, Fragmenten läßt sich die Blasenspülung absolut nicht entbehren. Die Blasenspülung mit dem doppelläufigen Katheter ist jetzt ganz verlassen, und mit Recht.

Die Blasenspülung läßt sich daher bei der Behandlung der Blasenentzündung nicht umgehen, ist nur umso sorgfältiger nach obigen Regeln auszuführen, je reizbarer die Blase ist. Gegen dieses Princip nicht zu verstoßen, muß das eifrigste Bestreben des Arztes sein, will er nicht einen großen Vorwurf auf sich laden. (Fortsetzung folgt.)

---

260 Radicaloperationen nach Bassini

nebst einer eigenen Methode der conservativen Vorlagerung des Leistenhodens.

Mitgetheilt von **Prof. C. Nicoladoni** in Innsbruck.

(Fortsetzung.)

165. F. A., 59 J., Sterzing. 10jährige rechtsseitige Scrotalhernie, 3jährige linksseitige Inguinalhernie. Rechts: Operation am 21. Februar 1894. Derber, mit dem Samenstrange innig verlötheter Bruchsack. Inhalt: Coecum. Verkleinerung und Reposition des Sackes en masse. Geh. p. p in 15 Tagen.

166. Modola N., 28 J., Tres. 14jährige rechtsseitige Leistenhernie. Operation am 22. Februar 1894. Cyste mit klarem Inhalte, hinter welcher ein leerer Bruchsack zum Vorschein kommt, der sammt dem Lig. teres abgebunden wird. Geh. p. p. in 14 Tagen.

167. A. B., 15 J., Schwaz. Vor 1 Jahre nach Fall mit einer schweren Last entstandene freie, rechtsseitige Scrotalhernie. Operation am 28. Februar 1894. Gewöhnliche Verhältnisse. Geh. p. p. in 16 Tagen.

168. S. P., 51 J. Vor $1^1/_2$ Jahre entstandene rechtsseitige freie Scrotalhernie. Operation am 6. März 1894. Innere Leistenhernie. Unterbindung der Vasa epigastrica. Geh. p. p. in 8 Tagen.

169. J. H., 41 J., Gerlos. Angeblich seit Geburt bestehende rechtsseitige freie Scrotalhernie; trägt seit 3 Jahren ein Bruchband. Operation am 8. März 1894. Samenstrang vor dem Bruchsacke weit auseinandergebreitet; Coecalbruch; sein Bruchsack wird peripher vom Proc. vermiformis abgebunden und dann en masse reponirt. Geh. p. p. in 10 Tagen.

170. A. F., 20 J., Schwaz. Vor 5 Wochen beim schweren Heben plötzlich entstandene linke freie Hernie. Operation am 13. März 1894. Geh. p. p. in 8 Tagen.

171. J. H., 34 J., Kematen. 1jährige linksseitige Scrotalhernie. Operation am 14. März 1894. Geh p. p. in 8 Tagen.

172. J. M., 9 J., Meran. Angeborene rechtsseitige hühnereigroße Scrotalhernie. Operation am 16. März 1894. Samenstrang vor dem Bruchsacke, der den Hoden enthält, weit auseinandergebreitet. Geh. p. p. in 10 Tagen.

173. A. H., 29 J., Trins. 12jährige linksseitige freie Scrotalhernie. Operation am 22. März 1894. Geh. p. p. in 12 Tagen.

174 und 175. W. P., 49 J., Neustift. Seit $^1/_2$ Jahre bestehende beiderseitige hühnereigroße Inguinalhernien. Operation am 23. März 1894. In Einer Narkose beiderseits. Innere Leistenhernien, beiderseitige Unterbindung der Vasa epigastria. Geh. p. p. in 11 Tagen.

176. J. H., 56 J., Geißelhard (Württemberg). 30jährige kindskopfgroße linksseitige Scrotalhernie. Operation am 4. April 1894. Geh. p. sec. in 37 Tagen.

177. Katharina G., 40 J., Bruck (Salzburg). 3jährige linksseitige taubeneigroße Inguinalhernie. Operation am 4. April 1894. Narbiger Bruchsack. Geh. p. sec. in 43 Tagen.

178. C. H., 23 J., Götzens. Seit $1^1/_2$ Jahren bestehende taubeneigroße Geschwulst in der rechten Inguinalgegend. Operation am 6. April 1894. Cyste mit klarer Flüssigkeit, dahinter ein leerer Bruchsack. Geh. p. p. in 13 Tagen.

179. J. T., 25 J., Innsbruck. Angeblich vor einigen Monaten bei einem Falle plötzlich entstandene linksseitige taubeneigroße Inguinalhernie. Operation am 14. April 1894. Ein klumpig verdickter Netzstrang wird abgetragen. Geh. p. p. in 8 Tagen.

180. T. D., 32 J., Cortina. 7jährige linksseitige taubeneigroße Inguinalhernie, trug stets ein Bruchband. Operation am 17. April 1894. Am zarten Bruchsacke ein taubeneigroßes Lipom. Geh. p. sec. in 17 Tagen.

181. J. T., 22 J., St. Pancraz. Seit 1 Jahre bestehender linksseitiger Inguinalbruch. Operation am 20. April 1894. Geh. p. sec. in 27 Tagen.

182. C. R., 18 J., Nassereith. 19jährige rechtsseitige Inguinalhernie. Operation am 27. April 1894. Geh. p. p. in 13 Tagen.

183. Th. E., 35 J., Wald (Salzburg). 8jährige, rechtsseitige freie Leistenhernie. Operation am 30. April 1894. Breit adhärentes Netz in 4 Portionen abgebunden. Eiterung unter der Haut des Hypogastriums; Gegenöffnungen. Thrombosirung der linken Vena femoralis. Tod 20 Tage nach der Operation unter pyämischen Erscheinungen. Sectionsbefund: Eitrige Thrombose der linken Vena cutanea Halleri, saphena, V. femoralis nach aufwärts bis an die Mündung in die Vena cava. Metastatische Herde in beiden Lungen.

184. J. S., 22 J., Ruffre. 1jährige linksseitige Leistenhernie. Operation am 2. Mai 1894. Adhärentes Netz in 3 Portionen abgebunden. Geh. p. p. in 13 Tagen.

185. C. H., 5 J., Hall. Rechtsseitige freie Inguinalhernie. Operation am 5. Mai 1894. Geh. p. p. in 11 Tagen.

186. A. H., 23 J., Salurn. 4jährige linksseitige freie Scrotalhernie. Operation am 7. Mai 1894. Geh. p. p. in 12 Tagen.

187. X. Z., 36 J., Albersteuch (Bayern). 9jährige rechtsseitige freie Leistenhernie; Leistencanal für 2 Finger passirbar. Operation am 10. Mai 1894. Innere Leistenhernie, breiter Hals, Bruchsack eine flache, nicht abschnürbare Vorwölbung. Reposition en masse. Geh. p. sec. in 20 Tagen.

188. J. S., 42 J., Bromberg (Salzburg). 7jährige freie rechtsseitige Scrotalhernie. Operation am 11. Mai 1894. Adhärentes Netz in 2 Partien abgebunden Geh. p. p. in 11 Tagen.

189. J. H., 54 J., Triens. 14jährige freie linksseitige Scrotalhernie. Operation am 15. Mai 1894. Der leicht lösbare Sack enthält die Flexura sigmoidea; er wird unterhalb ihres Mesenterialansatzes abgebunden und en masse reponirt. Geh. p. sec. in 30 Tagen.

190. C. J., 22 J., Silz. 4jährige rechtsseitige Inguinalhernie. Am 15. Mai Incarcerationserscheinungen, am 17. Vorm. überbracht mit einer faustgroßen, prallen, irreponiblen Scrotalhernie. Operation am 17. Mai 1894. Am Halse 2 ringförmige Einschnürungen. Inhalt: Klumpig verdicktes Netz, das in 4 Partien abgebunden wird. Geh. p. p. in 13 Tagen.

191. M. E., 2 J., Pettneu. Im Alter von 1 Monat entstandene freie rechtsseitige Hernie. Operation am 19. Mai 1894. Geh. p. p. in 8 Tagen.

192. J. G., 81 J., Steinach. 20jährige linksseitige Inguinalhernie. Seit 24 Stunden incarcerirt. Operation am 20. Mai 1894. Dicker, mit dem Samenstrange innig verbundener Bruchsack. 15 Cm. lange blaurothe, glänzende Dünndarmschlinge. Geh. p. p. in 12 Tagen.

193. A. L., 38 J., Tarvis (Kärnten). 36jährige, seit 7 Stunden incarcerirte, rechtsseitige, mannskopfgroße Scrotalhernie. Operation am 20. Mai 1894. Wenig röthliches Bruchwasser und $1^1/_2$ Meter Dünndarm. Geh. p. p. in 12 Tagen.

194. J. B., 26 J., Niederrasen. 1jährige rechtsseitige freie Leistenhernie. Operation am 21. Mai 1894. Geh. p. p. in 10 Tagen.

195. S. P., 50 J., Absam. 29jährige rechtsseitige doppeltfaustgroße Scrotalhernie. Operation am 26. Mai 1894. Dicker, mit dem Samenstrange innig verlötheter Sack, enthält Dünndarm und Coecum; Reposition en masse des partiell resecirten Bruchsackes. Geh. p. p. in 10 Tagen.

196. J. F., 67 J., Mühlau. 11jährige rechtsseitige freie Scrotalhernie. Operation am 29. Mai 1894. Geh. p. p. in 10 Tagen.

197. M. C., 57 J., Brez. $^1/_2$jähriger linksseitiger interstitieller Leistenbruch. Operation am 7. Juni 1894. Geh. p. p. in 9 Tagen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

C. L. Schleich (Berlin): **Schmerzlose Operationen.**

In den letzten Jahren ist deutlich das Bestreben der Chirurgen erkennbar, die Narkose zu verbessern oder ganz zu ersetzen, und man hat die verschiedensten Narcotica versucht, um den Gefahren des Chloroforms und des Aethers zu entgehen. Schleich sucht nun nachzuweisen, daß der Siedepunkt des Narcoticums und die Körpertemperatur sehr wichtige Beziehungen zum Wesen und zum Verlauf der Narkose besitzen (C. L. Schleich, Schmerzlose Operationen; örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten, Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes. Berlin, Verlag von Julius Springer), und daß die Narkose umso schwerer verlaufe, je weiter sich der Siedepunkt des Narcoticums von der Temperatur des Individuums entfernt. Eine besondere Rolle spielt dabei die von der Körpertemperatur abhängige Fähigkeit der Lunge, gasförmige Substanzen mit größerer oder geringerer Leichtigkeit zu evacuiren. Das unterhalb der Körpertemperatur siedende Gas passirt bei Körpertemperatur in gespannter Dampfform die Lunge, bei Gleichheit von Siedepunkt und Körpertemperatur kann das Gas mit größter Leichtigkeit beim Athmungsprocesse evacuirt werden, und bei hochliegendem Siedepunkt gibt der Körper bei der Aspiration nur so viel durch die Lungen ab, als der Menge entspricht, welche bei Körpertemperatur in der Zeiteinheit aus dem flüssigen in den gasförmigen Zustand übergeht. Dementsprechend empfiehlt Schleich, Gemische von Petroleumäther, Schwefeläther und Chloroform in der Weise herzustellen, daß der Siedepunkt des Gemisches der Körpertemperatur des Individuums gleichkommt. Man bringt auf einem Wasserbade Schwefeläther zum Sieden und gießt von einer Mischung gleicher Theile Petroleumäther und Chloroform so viel zu, bis der Siedepunkt die erwünschte Höhe erreicht. Man bestimmt zunächst die Temperatur im Rectum und wählt bei einer voraussichtlich kurzen Narkose ein Gemisch, dessen Siedetemperatur der Rectumtemperatur gleich ist; bei einer voraussichtlich längeren und tieferen Narkose wird ein um 3—4° höher siedendes Gemisch verwendet, weil der geringe Ueberschuß, der wegen der langsameren Verdunstung nicht sofort mit der Athmungsluft ausgeschieden wird, einen tiefen Schlaf erzeugt.

Der Inhalationsanästhesie steht die Infiltrationsanästhesie gegenüber, über welche in diesen Blättern bereits berichtet wurde. Cocaïnlösungen von 1% abwärts sind bei endermatischer Anwendung im Stande, eine locale Anästhesie hervorzurufen; auch reines Wasser ruft die gleiche Erscheinung hervor, während eine 0·6 proc. Kochsalzlösung die Sensibilität intact läßt. Eine 0·2 proc. Kochsalzlösung veranlaßt aber eine vollständige Anästhesie im Ausbreitungsbezirk. Die neue Infiltrationsanästhesie beruht nun auf einer künstlichen Oedemisirung des Operationsgebietes mittelst einer 0·2 proc. Kochsalzlösung, in welcher Cocaïn und Morphin in geringer Menge aufgelöst sind; die Anästhesie tritt im Augenblick ein, da das künstliche Oedem etablirt ist. Meist verwendet Schleich zur Infiltrationsanästhesie eine Lösung von folgender Formel:

Rp. Cocaïn. muriat.	0·1
Morph. hydrochlor.	0·025
Natr. chlorat.	0·2
Aq. destillat.	ad 100·0
(sterilis.) adde Acidi carbolic. (5%) gtt.	2

Bei einer sehr gesteigerten Empfindung und bei Verwendung in stark entzündetem Terrain empfiehlt es sich, die Dosis des Cocaïns zu verdoppeln. Jede Infiltration wird mit einem Aetherspray eingeleitet, nur bei Operationen an empfindlichen Schleimhäuten benutzt man statt der Aetherzerstäubung die Betupfung mit einer concentrirten Carbolsäure oder mit einem feuchten Körnchen Cocaïn. Dann wird jede einzelne Schichte infiltrirt, indem man, der Schnittführung entsprechend, eine Reihe von aneinandergereihten Quaddeln erzeugt.

Der Autor dieser Methode ist überzeugt, daß die Infiltration im Stande ist, 90% aller Fälle der Narkose zu entreißen. Er gibt sich der Hoffnung hin, daß der praktische Arzt mit Hilfe der Infiltrationsanästhesie eine große Anzahl kleiner Operationen, insbesondere Frühoperationen, ausführen wird, welche er bisher aus Scheu vor der Narkose einem Specialisten zuwies. „Die Frühoperationen sind es, an welchen zunächst der praktische Arzt die Methode liebgewinnen wird. An ihr wird er die Technik beherrschen lernen und sich allmälig die Fähigkeit zu erwerben im Stande sein, auch Größeres damit zu operiren." Fe.

R. Köstlin (Halle a. S.): **Die Nervenendigungen in den weiblichen Geschlechtsorganen.**

Köstlin bedient sich des von Ramon y Cajal abgeänderten Golgi'schen Verfahrens und sucht dasselbe zur Erforschung der Nervenendigungen in den weiblichen Genitalorganen zu verwerthen. Das Untersuchungsmateriale bestand zum größten Theile aus Thieren entnommenen Organen.

Die von manchen Forschern als bipolare Ganglienzellen beschriebenen, in der Uterusschleimhaut vorkommenden Gebilde bezeichnet K. (Berlin 1895) als „Fadenzellen" und bezweifelt, daß dieselben Bestandtheile des nervösen Apparates in der Schleimhaut seien, da er niemals einen deutlichen Zusammenhang mit zweifellosen Nerven constatiren konnte.

An der Vaginalmucosa des Menschen fand K., daß neben den in den Papillen enthaltenen Capillarschlingen ein bis zwei feine Nervenstämmchen verlaufen, welche dann senkrecht zwischen den abgeplatteten Zellen des Epithels eine kurze Strecke emporsteigen und ziemlich nahe unter der Oberfläche der Epithelschichte mit knopfförmiger Anschwellung endigen. Dicht unter dem Epithel finden sich in der Schleimhaut auch verästigte Zellen mit zum Theil horizontal, zum Theil schräg nach oben und unten verlaufenden, feinen Fortsätzen, von denen die äußeren in den untersten Epithelschichten eine kurze Strecke nach oben ziehen. Breus.

F. Haenel (Dresden): **Zur Frage der Desinfectionsfähigkeit der Wunden.**

Nach den bekannten Experimenten Schimmelbusch' über den Werth der Wunddesinfection haben sich Henle und Messner in widersprechendem oder einschränkendem Sinne gegenüber den Sätzen Schimmelbusch' geäußert. So kam Henle auf Grund von Thierexperimenten zu dem Resultat, daß bei weniger virulenten Infectionen eine innerhalb der ersten zwei Stunden angewendete Desinfection wirksam sein könne, während nach Messner eine Desinfection mit Carbolsäure oder Lysol bei Strepto- oder Staphylococceninfection auch noch nach 6—18 Stunden möglich wäre. Allerdings sind, wie H. in der „D. med. Woch." (1895, Nr. 8) ausführt, die Thierversuche, auf welche sich Messner stützt, nicht einwandsfrei, denn derselbe hat die aseptisch behandelten Thiere unter trockenem Verbande gehalten. Dadurch werde nur bewiesen, daß inficirte Wunden sich im Allgemeinen besser unter feuchten Verbänden befinden, als unter trockenen, wobei die Eintrocknung sehr bald Eiterretention mit ihren Folgen bewirken kann.

H. hat nun an 44 Kaninchen die Versuchsanordnung Messner's in der Weise abgeändert, daß er feuchtes, antiseptisches und feuchtes aseptisches Verfahren einander gegenüberstellte und dann trockene antiseptische und trockene aseptische Verbandmethoden miteinander verglich. Diese Versuche haben nun ergeben, daß ein Unterschied in dem Verhalten der mit Carbolsäure und der mit Kochsalzlösung, gleichgiltig ob feucht oder trocken, behandelten Thiere absolut nicht vorhanden war. Sie stützen somit neuerdings den Satz, daß mit chemischen Mitteln eine Desinfection des lebenden Gewebes nicht zu erreichen sei, und liefern einen weiteren Beitrag dazu, daß ein allzu großes Vertrauen auf die Antiseptica bei der Wundbehandlung auf das richtige Maß zurückzuführen sei. Die günstige Wirkung der antiseptischen Lösungen ist lediglich durch die mechanische Entfernung septischer Stoffe durch Abspülung, Abtupfen u. s. w. bedingt. Außerdem kommen noch neben den specifischen Eigenschaften der Infectionserreger physikalische Bedingungen in Betracht: Freier Abfluß des Secretes, breites Offensein der Wunde, Richtung des osmotischen Stromes aus der Wunde in den Verband u. s. w. Ba.

Die Ursache der Multiparität der uniparen Thiere überhaupt und der Zwillingsschwangerschaft beim Menschen insbesondere. Von **Dr. Dionys Hellin.** München 1895, Seitz & Schauer.

In einer hübschen, lesenswerthen Arbeit, welche in ausführlicher Weise auf die Literatur des Gegenstandes Rücksicht nimmt, kommt der Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Die mehrfachen Schwangerschaften der Uniparen entstehen in der Regel durch das gleichzeitige Platzen mehrerer Follikel. Das Platzen derselben ist die Folge des Vorhandenseins einer größeren Zahl von Eiern im Ovarium. Die Abhängigkeit der Zwillingsschwangerschaften von einer größeren Quantität von Eiern im Ovarium erklärt uns, warum die Zwillingsmütter gewöhnlich auch sehr fruchtbar sind. Hohe Fruchtbarkeit und Zwillingsschwangerschaft sind nur verschiedene Formen einer und derselben Erscheinung; daher gelten die für die Fruchtbarkeit maßgebenden Gesetze auch für die Zwillingsgeburten. Die mehreiige, mehrfache Schwangerschaft der Uniparen ist eine atavistische Erscheinung, die einer geringeren Individualisation entspricht. W.

La famille neuropathique. Par le **Dr. M. Ch. Féré.** Paris 1894, Felix Alcan.

Der Titel des vorliegenden Buches verspricht einen interessanten Inhalt, und der Leser wird in seiner Erwartung nicht getäuscht. Ganz abgesehen von der reizvollen Schreibweise, verwerthet der Verfasser eine geradezu stupende Kenntniß der französischen, deutschen und englischen Literatur; den Literaturangaben allein gebührt schon die volle Anerkennung. Das Buch behandelt die Vererbung der Krankheiten und der Disposition, es bringt zwar viel Bekanntes, aber auch manches Neue, und das Bekannte hören wir in neuer Form. Den Schluß des Werkchens bildet eine vorzügliche Darstellung der Degeneration und ihrer Zeichen. Die beigegebenen Zeichnungen sind, wie wir es in französischen Werken leider gewohnt sind, mangelhaft ausgeführt; es ist gut, daß nur wenige vorhanden sind, sie könnten sonst die Freude am Buche stören. Mit den praktischen Schlußfolgerungen des Verf.'s, welcher die Degeneration der Nachkommen durch eine stärkere Ernährung der Erzeuger verhüten will, braucht man sich nicht zu befreunden; aber auch diese Gedanken werden in einer eleganten Form vorgetragen und durch experimentelle Thatsachen zu stützen versucht. Das Buch würde es verdienen, in's Deutsche übertragen und viel gelesen zu werden. W.

Neue Arzneimittel.

VII.

Mydrin.

Weißes, in Wasser lösliches Pulver, das eine Combination der beiden mydriatisch wirkenden Alkaloide Ephedrin und Homatropin vorstellt.

Das Mydrin wurde auf Anregung von Prof. Dr. GEPPERT in Breslau durch Dr. GROENOUW klinisch geprüft, der vor Kurzem über die Resultate seiner Untersuchungen in der December-Sitzung der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur berichtete. Nach den Ausführungen GROENOUW's ist das Mydrin ein Mydriaticum, dessen hervortretendste Eigenschaft in der außerordentlichen Flüchtigkeit seiner Wirkung besteht, die sich für diagnostische Zwecke trefflich verwerthen läßt. Während die Homatropinmydriasis meist erst nach 1—2 Tagen verschwindet und die Atropinmydriasis sogar doppelt und dreimal so lange anhalten kann, währt die durch Mydrin erzeugte Pupillenerweiterung nur stundenlang. Man bedient sich zu Augenspiegeluntersuchungen folgender Lösung:

Rp. Mydrini . . . . 0·3
Aquae destillat. . . . . 3·0
S. Augentropfen.

Mikrocidinum (Natr. β-naphtolicum).

Dasselbe hat sich nach COZZOLINO („Annal. d. malad. de l'oreille", 1893, Nr. 11) bei acuten und chronischen eitrigen Mittelohrentzündungen, ferner bei den verschiedenen Formen der Rhinitis, Ozaena und Amygdalitis als ein ausgezeichnetes Heilmittel erwiesen. Bei Behandlung von Ohrenleiden bedient sich COZZOLINO einer 0·3—0·4proc. Lösung, während er für Nasen- und Kehlkopfleiden 0·1proc. Lösungen für angezeigt hält. Bei Ozaena leistet folgende Formel die besten Dienste:

Rp. Mikrocidini . . . . 0·1
Cocaini hydrochlorici . . . . 0·15
Vaselini . . . . 30·0
M. f. unguentum.
S. Zum äußerlichen Gebrauch.

Natrium sulphophenylicum pur. albiss. cryst.

$C_6 H_5 SO_4 Na \cdot 1\frac{1}{2} H_2 O$.

Weiße, glänzende, in Wasser leicht lösliche Krystalle.

Das Natriumsulfophenylat ist kürzlich von SANSOM („Medical Week", 1894, pag. 255) in einem typischen Falle von Purpura haemorrhagica mit Erfolg zur Anwendung gezogen worden. Es handelte sich um ein 12jähriges Mädchen, das sich in einem außerordentlich schwachen und höchst bedenklichen Zustande befand. Man verabreichte 4stündlich Dosen von 2 Grm. Natriumsulfophenylat; nach Verlauf von 9 Tagen zeigten sich Symptome von allgemeiner Besserung, die trotz des zeitweilig einsetzenden hohen Fiebers nach einer Krankheitsdauer von im Ganzen 36 Tagen zur vollkommenen Heilung führten.

Rp. Natrii sulphophenylici . . . . 12·0
Aquae destillat.
Aquae Menth. pip. . . . . aa. 80·0
Saccharini . . . . 0·2
S. 4stündlich 2 Eßlöffel voll zu nehmen.

Phenolum-p-monochloratum.

Für die große antiseptische Kraft des Paramonochlorphenols, welche vor Jahresfrist TSCHURILOFF (E. Merck's Ber., 1894, pag. 72) bei Erysipel ausnützte, sprechen neuerdings die interessanten Arbeiten von N. SIMANOFFSKI („Wratsch", Nr. 8), ELSENBERG („Nouv. remèd.", 1894, pag. 325), DOLGANOW („Semaine méd.", 1894, pag. 307) und SPENGLER (ibid., 1894, pag. 496). SIMANOFFSKI verwendet Pinselungen mit 5—20proc. Lösungen von Chlorphenol in Glycerin bei tuberculösen Erkrankungen des Rachens und Kehlkopfes, bei chronischen Verdickungen und Hyperplasie der Schleimhäute in Mund und Hals und erzielte hiedurch nicht nur rasche Besserung, sondern auch Nachlaß der Schmerzen. ELSENBERG beobachtete, daß durch Chlorphenol bei Lupus ähnliche Reactionen hervorgerufen werden, wie durch das Tuberculin KOCH, ohne daß sich jedoch gefahrdrohende Symptome zeigen. Das Chlorphenol führt rasche Vernarbung der Lupusgeschwüre herbei und vernichtet neue Krankheitsherde. Man trägt auf die vorher gut gereinigten lupösen Stellen mehrmals mittelst eines Pinsels reines, auf 40° C. erwärmtes Chlorphenol auf und applicirt dann folgende Paste:

Rp. Phenoli monochlorati
Lanolini
Vaselini
Amyli . . . . aa. 10·0
M. f. pasta.
S. Aeußerlich.

Nach 12 Stunden entfernt man die Paste sorgfältig mit etwas Watte und ersetzt sie durch Salicyl- oder Jodoformsalbe. Dieses Verfahren, welches alle 2 Tage wiederholt wird, erweist sich weniger schmerzhaft, als die Pyrogallolbehandlung. Zur Bekämpfung von syphilitischen Augenleiden, wie auch gewisser, infectiöser und eitriger Hornhautentzündungen empfiehlt DOLGANOW an Stelle der gebräuchlichen irritirenden Sublimatinjectionen 1—2proc. Injectionen von Chlorphenol, welche in die Conjunctiva applicirt werden.

Rp. Phenoli monochlorati . . . . 0·1—0·2
Aqu. destill. . . . . 10·0
S. 1—2 Theilstriche einer Pravaz-Spritze zu injiciren.

2proc. Lösungen des Parachlorphenol werden ferner von A. SPENGLER als bestes Mittel zur Desinfection tuberculöser Sputa gerühmt.

Propylaminum verum anhydricum.

$CH_3 — CH_2 — CH_2 \cdot NH_2$.

Primäre organische Base, welche eine bei 49—50° C. siedende Flüssigkeit darstellt. Das Propylamin riecht stark ammoniakalisch und zeigt alkalische Reaction; im Wasser ist es leicht löslich.

WEISS („Allg. Wiener med. Ztg.", 1894, Nr. 42) hat das Propylamin nach dem Vorgange von PÜRKHAUER und N. WEISS neuerdings bei 5 Fällen von Chorea angewendet und damit rasches Nachlassen der choreatischen Bewegungen, sowie der Krampfanfälle und Aufregungszustände bewirkt. Kleine Dosen bleiben stets ohne Resultat und man muß daher stets zu größeren Gaben von 2—4 Grm. pro die greifen, die in schweren Fällen sogar auf 5 bis 10 Grm. täglich zu erhöhen sind. Diese Dosen sind um so weniger zu beanstanden, als das Medicament von den Kindern gut ertragen wird und keinerlei unangenehme Nebenwirkungen besitzt. Man verordne das Präparat folgendermaßen:

Rp. Propylamini veri anhydrici . . . . 2·0—7·0
Aquae destillatae . . . . 80·0
Syrupi Menth. pip. . . . . 25·0
S. Eßlöffelweise innerhalb Tagesfrist zu nehmen.

Pyoktaninum.

Neue Indicationen für die Anwendung des Pyoktanins haben sich während des letzten Jahres nur in beschränktem Maße ergeben, dagegen scheint die Pyoktaninbehandlung bei malignen Neubildungen innerer Organe an Boden zu gewinnen, wie aus den Arbeiten von MOSETIG-MOORHOF („Wiener Med. Presse", 1894, Nr. 20), MORITZ („Brit. med. Journ.", 1894, pag. 1178), WASSILIEW und MAIBAUM („Semaine méd.", 1894, Nr. 22) hervorgeht. WASSILIEW verordnet das Pyoktanin sowohl innerlich als in Suppositorien:

Rp. Pyoktanini
Argillae . . . . aa. 3·0
Mucil. g. Tragacanthae q. s.
ut f. pilulae Nr. 50.
S. 3mal täglich eine Pille zu nehmen.

Rp. Pyoktanini . . . . 0·06
Extr. Belladonnae . . . . 0·02
Butyr. Cacao . . . . 2·0
M. ut f. Suppositor.
Dent. tales doses Nr. X.
S. Nach Bericht.

DUJARDIN („Journ. des scienc. méd. de Lille", 1894, pag. 559) brachte ein Epithelioma palpebrarum durch Umschläge mit 5proc. Pyoktaninlösung zur Heilung. POSSELT („Aerztl. Rundschau", 1894, vom 27. Jan.) benutzt 1—2°/₀₀ige Lösungen mit Erfolg zur intraurethralen Injection bei Blennorrhoe. LASSAR („Dermat. Zeitschr.", 1884, vom 16. Juni) sah Ulcerationen in der Rachen- und Mundschleimhaut, wie sie im Gefolge von Mercurialcuren auftreten, auf Bepinselung mit concentrirter wässeriger Pyoktaninlösung rasch heilen. Concentrirte Lösungen von Pyoktanin empfiehlt auch BAYOT („Journ. de méd. de Paris", 1894, 47) bei allen fungösen Granulationen, wo das Pyoktanin von keinem anderen Medicamente übertroffen wird; ebenso rühmt WILL. SUMMERS („Medic. Record", 1894, pag. 655) das Pyoktanin in 0·5proc. wässeriger Lösung als souveränes Mittel bei varicösen Geschwüren.

Feuilleton.

Vor hundert Jahren.

Beitrag zur Geschichte des österreichischen Militär-Sanitätswesens.

Von **Regimentsarzt Dr. Conrad Majewski,**
Garnisons-Chefarzt etc. in St. Pölten (N.-Oe.).

III. Sanitätsdienst im Frieden und im Kriege.

„Der erste unter den Chirurgen der k. k. Armee" war „dem Range nach der Protochirurgus". Er war „zugleich k. k. Hofrath und Leibchirurgus Sr. Majestät des Kaisers, Director der josephinischen, medizinisch chirurgischen Akademie und Generalinspector von allen Militärspitälern". Diesem folgten die Professoren der Akademie, die den Titel der k. k. Räthe hatten und Doctoren der Chirurgie sein mußten. Nach den Professoren rangirten die Stabs- und Regimentschirurgen und Oberchirurgen der Armee, welche sämmtliche den 2jährigen Lehrcurs absolvirt haben; die Bataillonschirurgen und Unterchirurgen waren aus Praktikanten hervorgegangene subalterne Aerzte. Der Protochirurgus war im Frieden lediglich dem Hofkriegsrath, im Kriege auch dem commandirenden General der Armee untergeordnet. Er bezog den namhaften Jahresgehalt von 3000 fl. ö. W. nebst einem Beitrag von 400 fl. für seinen Secretär (Unterchirurg); außerdem war ihm ein Hofkriegskanzelist zugetheilt. In Kriegszeiten bezog der Protochirurgus außer seinem Gehalt und Feldbeitrag 6 Pferdeportionen und 4 Brodportionen, hatte außer dem Secretär zwei Oberchirurgen als Adjutanten — sämmtlich beritten. Die Gehalte der gesammten Oberchirurgen wurden von der Staatscassa, die Monatsgehalte der Subalternärzte aus dem „Regiments-Unkosten-Fond" bestritten.

Die Stabschirurgen waren bei größeren Spitälern in Festungen, Hauptstädten etc. angestellt; der „erste Arzt" bei einem Regimente war der „Regimentschirurgus", und mußte an der Akademie das Doctordiplom erreicht haben. „In öffentlichen Dienstverrichtungen und bey Paraden" hatte jeder Chirurg „in Uniform zu erscheinen". „Beym Verbande, bei der Ordination und auf dem Lande außer Dienst kann ihnen gestattet werden, auch Zivilkleider zu tragen, um den etwas kostspieligen Uniform zu schonen." „Der Uniform ist ein unterscheidendes Ehrenzeichen, das Se. Majestät der Kaiser Ihren Feldchirurgen zu verleihen geruht haben." Die farbenreiche Uniform bestand aus einem weißen blau melirten Rock mit schwarzen Sammtaufschlägen, rother Weste und eben solchen Pantalons in Stiefeln. „Eine einfache Locke zur jeden Seite und ein mit schwarzem Band eingeflochtener Zopf" machten die Frisur. Hut, goldene Borten und Epauletten, ein vergoldeter Degen mit schwarz-goldenem Seiden-Porte-d'epée vervollständigten das nicht unschöne Ensemble.

Die Feldchirurgen vom Bataillonschirurgen aufwärts haben eine systemmäßige Alterspension genossen; die Witwen derselben erhielten über ihr Ansuchen vom Hofkriegsrath ebenfalls eine Versorgung. Bei der Verehelichung mußte eine Caution von 1500 fl. erlegt werden.

Es bestanden im Frieden zwei Arten von Spitälern: die Garnisons-Spitäler in großen Städten und die Regiments-Spitäler in den Regimentsstationen.

Bei wissenschaftlichen Versuchen mußte eine Bewilligung (Admittitur) beim Protochirurgus erwirkt werden. Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeit wurden dem Protochirurgus eingeschickt und nach seinem Gutdünken in die Werke der Josephs-Akademie einverleibt. Ist in einer Garnison eine Epidemie ausgebrochen, mußte dieselbe dem Protochirurgus gemeldet werden; dieser war verpflichtet, sämmtliche Professoren der Akademie zusammenzurufen, „die über den Genius der Krankheit Urtheil abfassen und sowohl die Vorbeugungsmittel als Heilungsmethoden anrathen werden". Das Resultat dieser Berathung wurde dem Hofkriegsrathe unterbreitet und gleichzeitig der betreffende Chirurgus von dem Beschlusse der Commission „brevi manu" verständigt. In Wien bestand ein Medicamenten-Laboratorium und -Depositorium, in welchem der Medicamenten-Lieferant seine Arbeitskräfte anstellte. In Graz, Pest, Prag und Brünn waren Feldapotheken nach ähnlichem Systeme, welche der Stabschirurgus und Director sämmtlicher Feldapotheken jährlich einmal visitirte. Das Wiener Depositorium stand unter der Aufsicht des Protochirurgus. Die bei den Corps eingetheilten Stabschirurgen waren dem commandirenden General unterstellt und galten als „Directoren des Medizinalwesens in den Provinzen". Sie hatten auch die Superarbitrirung vorzunehmen, bei welcher der vorschlagende Regimentschirurgus ebenfalls anwesend sein mußte; man unterschied „Real-Invaliden, Halb-Invaliden und Invaliden für bestimmte Zeit". Die Untersuchung der Recruten oblag vorwiegend den subalternen Aerzten. Es gab zweierlei Arten von Recruten: „1tens die sogenannten Landes-ständischen Rekruten, welche conscribirt sind, und sich stellen müssen; 2tens die freywilligen und Reichsrekruten, welche sich aus freyer Willkühr unterhalten lassen." Epilepsie, Geisteskrankheiten, Nachtnebel und Urinincontinenz waren die häufigsten Simulationen. —

Im Felde führten die Regimenter Medicamentenkästen auf Tragthieren oder zu Wagen mit; die Verbandstoffe, sowie die Instru-

mente wurden in ledernen „Schnappsäcken“ von 2 Gefreiten getragen. An ärztlichen Requisiten wurden im Felde gebraucht: Charpie, einfache und doppelte Binden, Schienen von Holz und von Blech, Bruchbänder, Strohladen, Klystierspritzen, Instrumentenkästen.

Bei Ausbruch von Scorbut während des Feldzuges wurde von Essig ein ausgebreiteter Gebrauch gemacht, die Scorbutkranken wurden abgesondert, es wurden „Anstalten getroffen, damit der gemeine Mann Sauerkraut und andere Grüngemüse, Wein, Brandwein u. dgl. um sein Geld geniessen kann, die von Natur aus eine antiscorbutische Eigenschaft haben“. Unter den antiscorbutischen Speisen nahm der „Mehrrettig“ die erste Stelle ein.

Es bestanden zwei Arten von Feldspitälern: „die Hauptspitäler“ und die „fliegenden Spitäler“. Erstere waren stabil, für die ganze Armee bestimmt und von einem Stabschirurgus geleitet; letztere dienten zur Aufnahme von Leichtkranken lediglich eines Regiments.

Beim Vorrücken eines Truppenkörpers wurden die „fliegenden Spitäler“ aufgelöst bei gleichzeitiger Evacuation der Kranken in die Hauptspitäler. „Während einer Bataille sollen der Protochirurgus und die Stabschirurgen mit den Bandagenwägen, Instrumenten und chirurgischen Requisiten, und den dabey commandirten Chirurgen, hinter der Fronte, und wenn es seyn kann, an einem sicheren Orte stehen, damit sowohl die Blessirten als das chirurgische Personale nicht gerade in Gefahr, doch aber von dem Orte der Schlacht nicht zu weit entfernt sind, um den Blessirten geschwinder Hilfe leisten zu können. Der Protochirurgus wird sich in centro der Armee befinden, und das chirurgische Personale von den Regimentern, die ihm am nächsten sind, an sich ziehen. Das nämliche werden die zwey Stabschirurgen, jeder auf seinem Flügel beobachten. Der bestimmte Ort, wo sich die Chirurgen zu versammeln haben, wird durch Aussteckung einer Fahne angedeutet sein, sollte dann die Armee vorrücken, so müßte das chirurgische Personale folgen. Die Regimentschirurgen, die von dem Protochirurgen und Stabschirurgen entfernt sind, werden hinter der Front bleiben, und die nämliche Ordnung da beobachten.“ „Die schwer Blessirten werden gemeiniglich auf Wägen transportirt, welche von dem Oberkriegscommissariat, oder vom Proviantfuhrwesen angeschaffet werden.“ Die eiternden Wunden wurden auch während des Transportes zweimal täglich verbunden. Den Transport begleitete ein Unterchirurg. Das Herbeischaffen und Kochen der Speisen besorgte ein hiezu commandirter Ober- oder Unterofficier, welcher jedesmal eine Station vorausging, um die Speisen zu bestellen, damit die ankommenden Kranken die gehörige Nahrung erhalten. —

Es war untersagt, „mit Charpie leichte geschnittene Wunden auszufüllen“, hingegen wurde das Personale verhalten, bei derartigen Wunden „mit Heftpflaster allein und hernach mit Compressen und einer angemessenen Binde die Vereinigung“ zu bewirken („trockene Naht“); zu dem Zwecke waren die Chirurgen mit englischem Pflaster versehen. „Vor der künstlichen Vereinigung müssen die Wunden so viel schicklich von gestocktem Geblute gereinigt werden. Mit Blut benetzte Binden und Compressen sollen nicht in Gebrauch gezogen werden.“ „Geschossene Wunden, weil diese sogleich mit einer Quetschung verknüpft sind, werden in zwey längliche und gerade Linien nach dem Laufe der Fiebern eingeschnitten, damit die Schorfe sich leichter separiren, die Eyterung um so geschwinder erhalten und die fremden Körper, als Kugel etc., desto leichter herausgezogen werden können. Auf diese Weise bekommen die Wunden auch statt einer runden Figur eine länglichte, und die Heilung wird dadurch geschwinder und sicherer bewirkt.“

So heilte man Wunden — vor hundert Jahren.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Behandlung der Pneumonie mittelst intravenöser Injectionen von artificiellem Serum** (d. i. einer Lösung von Natr. chlor. 0·75% und Natr. bicarb. 0·50 in Wasser) wird von Professor GALVAGNI in Modena („La Rif. med.“, 1895) wärmstens empfohlen. G. will durch dieses Verfahren die Bildung von Blutcoagula im Herzen, die er als Hauptursache für die Herzparese bei Pneumonikern ansieht, hintanhalten. Von 8 auf diese Weise behandelten Fällen genasen 6; 2 Fälle endeten letal, da selbe bereits in Agonie der Klinik zugeführt wurden, daher der Methode nicht zur Last fallen. Das zu injicirende Quantum beträgt circa 200 Grm.

— So schätzenswerth die Heilerfolge mit Chrysarobin auch sind, haften demselben dennoch gewisse Nachtheile an, wie der Umstand, daß es eine starke, oft zu heftige Entzündung erzeugt und ferner, daß es die Haut, die Haare und die Wäsche in unangenehmer Weise verfärbt. Als Ersatz für das Chrysarobin wurde nun vor circa 2 Jahren von französischen Autoren das **Gallanol** empfohlen. Das Gallanol oder Gallussäureanilid bildet farblose Krystalle von leicht bitterem Geschmack, ist löslich in heißem Wasser, Aether und Alkohol, unlöslich in Benzin, Ligroin und Chloroform. Die bisher vorliegenden Mittheilungen über dieses Mittel stimmen darin überein, daß es nicht nur bei Psoriasis, sondern auch bei Eczem und einer Reihe anderer Hautkrankheiten einen ausgezeichneten Einfluß ausübe. Dr. MAX JOSEPH in Berlin unterzog nun dieses Medicament einer Prüfung und berichtet nach einer circa einjährigen Erfahrung mit demselben über seine Beobachtungen („Berl. klin. Woch.“, 1895, Nr. 8). Danach steht das Gallanol bei Psoriasis dem Chrysarobin zwar an Schnelligkeit der Wirkung bedeutend nach, hat aber den Vorzug, keine Entzündung zu erzeugen und weder Haare, noch Haut, noch Wäsche zu verunreinigen. J. empfiehlt daher das Gallanol für die Behandlung der Psoriasis im Gesichte und auf dem behaarten Kopfe, ferner für die milderen Formen der Psoriasis, besonders bei Frauen und Kindern, sowie überhaupt für alle jene Fälle, wo es nicht auf die Schnelligkeit der Wirkung des Medicaments ankommt. J. wendet das Gallanol ebenso wie das Chrysarobin in Form einer 10%igen Traumaticinlösung und für die Psoriasis des behaarten Kopfes in 10%iger Salbe an. Der Gallanolpinselung muß eine sorgfältige Ablösung der Schuppen vorangehen. Den behaarten Kopf läßt J. vor der Gallanolanwendung gründlich mit alkalischem Seifenspiritus reinigen. Weniger erfolgreich waren die Versuche mit dem Gallanol bei Behandlung des Eczems. J. gebrauchte hiebei das Gallanol als Puder in den verschiedensten Concentrationen, ohne jemals hiedurch mehr zu erreichen, als mit den alten, bekannten und bewährten Methoden. In Form von 2—20%igen Salben sah J. weder einen Einfluß auf die Heilung des Eczems, noch auf die Beseitigung des Juckens. Schließlich wendete J. das Gallanol auch bei Herpes tonsurans und Eczema marginatum in Form einer 10%igen Traumaticinlösung an und gelangte hiebei ungefähr zu den gleichen Ergebnissen, wie bei der Psoriasis. Auch hier bildet das Gallanol in Fällen, in welchen es darauf ankommt, die Wäsche und die Haut nicht zu verunreinigen, in denen man eine Entzündung vermeiden will und in Folge dessen mit einer langsameren Wirkung zufrieden ist, eine werthvolle Bereicherung des Arzneischatzes. Ganz besonders empfiehlt es sich bei Herpes tonsurans des Gesichtes und des behaarten Kopfes.

— Neben dem NEISSER'schen Gonococcus sind bei infectiöser Urethritis wohl noch verschiedene andere Bacterien nachgewiesen worden, doch wurden letztere niemals als alleinige Urheber einer Urethritis, ausgenommen im Experiment, beobachtet. A. VAN DER PLUYM und C. H. TER LAAG (Amersfoort, Holland) berichten nun im „Ctbl. f. Bact. u. Par.“ (1895, Nr. 7/8) über einen Fall, in welchem **das Bacterium coli commune als Ursache einer specifischen Urethritis** angesehen werden mußte. Es handelte sich um einen Soldaten, welcher 3 Tage nach der Cohabitation mit einer öffentlichen Dirne mit Fieber, Kopfschmerzen und eiterigem Ausfluß aus der Harnröhre erkrankte. Das Fieber, welches zwischen 38 und 39·8 schwankte, hielt 4 Tage an; die innere Untersuchung ergab nur eine leichte Anschwellung der Milz. Nach 18 Tagen war der

Pat. geheilt. Die mikroskopische Untersuchung des eiterigen Ausflusses gab ein der Gonorrhoe ganz analoges Bild, nur fehlten die Gonococcen und an ihrer Stelle fand sich innerhalb der Zellen in wechselnder Menge ein Bacillus, welcher nach dem Culturverfahren und dem Thierexperiment als mit dem Bacterium coli identisch angesehen werden mußte. Daß dieser Mikroorganismus die Ursache des Krankheitsprocesses war, dafür spricht das klinische Bild einer acuten Infectionskrankheit und ferners der Umstand, daß die Bacillen sich in den Zellen fanden und anderweitige Mikroben fehlten.

— Ueber **das Verbleiben des LÖFFLER'schen Bacillus in der Mundhöhle nach Diphtheritis** bringt SCHÄFER in „The British Medical Journal" vom Januar 1895 folgende interessante Einzelheiten. Bei einem an Diphtheritis erkrankten und mit Heilserum behandelten Knaben konnte er bis zur 5. Woche nach Abstoßung des Belages Bacillen im Tonsillenschleime nachweisen, während ihm dies bei einem im Mai vorigen Jahres erkrankten, ohne Heilserum behandelten Kranken noch 7 Monate später gelang.

— Bei dem Umstande, daß in letzter Zeit die Reihe der neuen Salbengrundlagen ganz beträchtlich angewachsen ist und kürzlich um ein neues Präparat, das Myronin, vermehrt wurde, dürfte es nicht ohne Interesse sein, einen kurzen Ueberblick über **die neuen Salbenconstituentien** zu erhalten. Wir haben nun, wie die „Pharm. Ztg." (1895, Nr. 18) ausführt, außer Adeps suillus folgende Salbengrundlagen: Vaselin, Ungt. Paraffini, Ungt. Glycerini, Lanolin, Adeps Lanae, Mollin, Pasta cerata, Pasta serosa, Resorbin, Ungt. vegetabile und Myronin. Zuerst glaubte man in den Destillationsrückständen des Petroleums wegen ihrer Reactionslosigkeit gefunden zu haben, was man suchte, aber die absolute Resorptionsunfähigkeit des Vaselins und des Ungt. Paraffini ließen diese doch in den meisten Fällen nicht als einen wirklichen Ersatz der thierischen Fette erscheinen, zumal außerdem die Nichtaufnahmefähigkeit für wässerige Flüssigkeiten bei diesen Salbengrundlagen hindernd im Wege steht. Ungt. Glycerini erweist sich als zu unbeständig. Anders ist es hingegen mit dem gereinigten Wollfett, welches in zwei Handelssorten, dem Lanolin und dem Adeps Lanae, im Handel ist. Diese Salbengrundlagen leisten in Bezug auf Wasseraufnahmefähigkeit und Resorptionsfähigkeit Alles, was von ihnen für bestimmte Zwecke verlangt werden kann, und es kann sich bei den übrigen neuen Salbengrundlagen nur um die Eignung für besondere dermatologische Zwecke handeln, bei denen die Eigenschaften der Wollfette im Stiche lassen. So ist das Mollin, von DIETERICH Sapo unguinosus genannt, eine um 12—15% überfettete und mit 30—40% Glycerin versetzte weiche Seife, welche sich besonders zum Incorporiren metallischen Quecksilbers eignet und sich durch ihre Abwaschbarkeit auszeichnet. Diese letztere Eignung, welche den Wollfetten natürlich abgeht, zeichnet auch die folgenden Salbengrundlagen aus. Mit Ausnahme der Pasta serosa, welche das Blutserum zum Ausgangspunkte nimmt und somit einen die natürliche Heilung nachahmenden Schorf auf der Wunde bildet, der mit Wasser ebenfalls entfernbar ist, sind dieselben sämmtlich emulsionsartige Verbindungen von Wachs mit Wasser, eventuell unter Gegenwart von Fetten, beziehungsweise Oelen und bestimmten, die Emulsionsfähigkeit bedingenden chemischen Agentien. Die Wachspasta, Pasta cerata, wird nach DIETERICH's Versuchen gewonnen, indem man 27 Th. gelbes Bienenwachs mit 8 Th. Cocosöl zusammenschmilzt, nach dem Abkühlen mit 4 Th. Lanolin vermischt und sodann eine Lösung von 1 Th. Borax in 60 Th. destillirtem Wasser darunter rührt. Resorbin dürfte mit Hilfe von Leimsubstanzen in Wasser suspendirtes vegetabilisches Oel sein, beim Ungt. vegetabile scheinen Wachs und Oel (beide ebenfalls vegetabilischen Ursprunges) mit Hilfe von Seife in wässeriger Suspension gehalten zu werden, und Myronin endlich ist nach der Veröffentlichung EGGERT's in der „Dermatolog. Zeitschr." eine 12% Wasser enthaltende Kaliumstearinatlösung, in welcher vegetabilisches Wachs durch Quellung vertheilt und mit Daeglingsöl zu einer homogenen Salbe innig vermischt ist. Trotz dieser großen Reihe von Präparaten scheint es doch, daß das ideale Salbenconstituens noch nicht gefunden ist.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Balneologen-Congreß.

XVI. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Berlin, 7.—11. März 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

FREY (Baden-Baden): **Wie wirkt vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, speciell des Badener Thermalwassers, auf Diurese und Diaphorese?**

Auf Grund zahlreicher Untersuchungen kommt F. zu folgenden Ergebnissen:

Beim Trinken von gewöhnlichem Wasser und Thermalwasser wird die Urinmenge entsprechend der Quantität des Getränkes vermehrt, so daß beim Trinken von gewöhnlichem Wasser die Curve der Ausscheidung sehr steil ansteigt, nach etwa 8 Stunden ihr Maximum erreicht hat und dann ebenso schnell abfällt; beim Trinken von Thermalwasser dagegen wird die Urinausscheidung mehr gleichmäßig gesteigert, so daß die Thermalwassercurve ziemlich parallel der Normalcurve verläuft, während bei gewöhnlichem Wasser dieselbe einen viel markirteren Charakter annimmt.

Beim Trinken von Thermalwasser und gewöhnlichem Wasser wird die Harnstoffausscheidung ziemlich gleichmäßig vermehrt. — Harnsäureausscheidung wird nur beim Thermalwassertrinken um 45% vermehrt. — Fortgesetztes Trinken größerer Quantitäten von gewöhnlichem Wasser steigert das Körpergewicht, was bei Trinken von Thermalwasser nicht nachzuweisen war, wohl aber war nach dem Thermalwasser noch am folgenden Tage eine Vermehrung der Urinausscheidung um 100 Grm. im Mittel zu constatiren. — Fortgesetztes Trinken von Thermalwasser in größeren Quantitäten belästigt die Verdauungsorgane weniger als gewöhnliches Wasser. — Was die Diaphorese anbetrifft, so gehen bei Trinken von 1 Liter Thermalwasser durchschnittlich 605 Grm., bei gewöhnlichem Wassertrinken nur 467 Grm. durch die Haut ab. Die vermehrte Harnsäureausscheidung bei gleichmäßig vermehrter Urinausscheidung, sowie die Steigerung der Diaphorese bei Thermalwassertrinken erklären die Wirkung des inneren Gebrauches der Badener Thermen bei allen Affectionen, welche auf übergroßer Production oder auf Retention der gebildeten Harnsäure beruhen.

LENNÉ (Neuenahr): **Ueber Diabetes mellitus.**

Vortr., welcher die Ansicht vertritt, daß die diabetische Erkrankung in letzter Instanz auf eine pathologische Affection bestimmter Theile des Centralorganes zurückzuführen ist, sieht in den neuesten Resultaten, welche die zahlreichen Experimente und Untersuchungen einer großen Reihe von Forschern zu Tage gefördert, neue Stützen für seine Auffassung. Die schwerwiegendste Entdeckung, die Störung des Zuckerstoffwechsels in Folge gewisser Läsionen des Pankreas, wird erst verständlich, wenn man die Vermittlung des Nervensystems in Anspruch nimmt. Wenn der Mangel des Secretes sich auch unmittelbar in den Gewebezellen fühlbar machen kann, so ist die Annahme, daß es dazu der Vermittlung der nervösen Apparate bedarf, sehr naheliegend, ja dieselbe wird zur Nothwendigkeit für die Fälle von Diabetes — und dies dürften wohl die zahlreichsten sein —, bei welchen das Pankreas unversehrt geblieben ist. Hier kann nur vom Centralorgan der erste Reiz das Pankreas treffen, wodurch dessen Secretion in der Weise verändert wird, wie es im ersten Falle durch die pathologische Veränderung der Drüse selbst bedingt ist. Daß aber auch ohne Vermittlung des Pankreas, einfach durch directe Nervenreizung, Diabetes mellitus hervorgerufen werden kann, ist unzweifelhaft, denn daß der Zuckerstoffwechsel nicht allein vom Pankreas abhängig ist, beweist dessen normales Fortbestehen bei Erkrankungen, welche mit hochgradiger Vernichtung des Drüsengewebes einhergehen. Die Erklärung des diabetischen Processes als vermehrte Zuckerproduction oder als verminderter Zuckerconsum seitens der Gewebezellen in Folge des mehr oder minder erheblichen Mangels des inneren Pankreassecretes genügt aber nur für die schwere Form der Erkrankung. Die leichte

Form, bei welcher nur nach Kohlehydrateinnahme Zuckerausfuhr statthat, kann dadurch nicht erklärt werden; dieser Vorgang wird aber leicht verständlich durch die Annahme des verminderten oder aufgehobenen Aufspeicherungsvermögens der Zellen, wodurch der aufgenommene Zucker direct in den Blutstrom übertritt und so Hyperglykämie und Glykosurie bedingt. Streng von dieser Glykosurie zu unterscheiden ist die alimentäre Glykosurie, bei welcher keine krankhaften Veränderungen in der Stoffwechselfunction zu finden sind, bei welcher es sich einfach um mechanische Ueberanfüllung des Organismus mit Zucker handelt, das Zuviel muß aber entfernt werden. Weiter bespricht der Vortr. die diabetische Abmagerung, dann die Acetonurie, Diaceturie und Oxyurie oder buttersaure Ausscheidung, deren Entstehung noch nicht sicher feststeht, und geht kurz zur Symptomatologie über, vor der immer mehr zunehmenden Bereicherung an sogenannten für Diabetes mellitus charakteristischen Symptomen warnend. Bei der Therapie wird besonders auf die Wichtigkeit der Kenntniß der Eiweißbilanz des Diabetikers hingewiesen und mehrere Mittel (Extractum Syzyg. Jamb. e cort., Salol etc.) genannt, welche vom Vortr. erprobt, aber ohne jeden Nutzen gefunden wurden, um schließlich den Gebrauch der alkalischen Quellen dringend zu empfehlen, deren vorzügliche Wirkung durch ein schlagendes Beispiel belegt wird.

LIVIUS FÜRST (Berlin): **Ueber Freiluft-Inhalationen am Meeresstrande.**

Der Vortr., welcher die Frage der Ausnützung des Meerwassers zu pneumatotherapeutischen Zwecken schon vor 2 Jahren angeregt hat, bietet heute ein bestimmtes, bis in's Detail ausgearbeitetes Project einer für 100 Kinder berechneten Zerstäubungshalle am Meeresstrande. Die Vorzüge der zerstäubten Salzlösung für solche Kinder, die an Krankheiten der Athmungsorgane, an Reizbarkeit derselben, an chronischen Residuen acuter Entzündungen und Infiltrationen etc. leiden, sind seit Jahrzehnten durch die Inhalatorien binnenländischer Soolbäder bewährt. Um so bedauerlicher ist es, daß die herrlichen ausgedehnten Küsten der Nord- und Ostsee mit ihrem schönen Strande noch nicht zu diesem Zwecke Verwendung finden. Da der Salzgehalt der Luft an diesen Meeren — abgesehen von mechanisch fortgerissenen Wassertheilchen bei starkem Seewind — gleich Null ist, so würden die von F. vorgeschlagenen, nach dem Meere zu offenen Zerstäubungshallen, welche am Fuße der Düne aufzustellen wären, eine werthvolle Bereicherung der Heilfactoren an der See darstellen. Sie würden zahlreichen Kindern, auch der ärmsten Volksschichten, die Möglichkeit geben, sich in gesunder Natur und reiner, keimfreier Luft unter den günstigsten Einflüssen des Seeklimas durch wirkliche Salzzerstäubung zu erholen und zu kräftigen. Für die Volks-Gesundheitspflege und die Hygiene der Kinder wäre es dringend zu wünschen, daß schon in diesem Sommer in einer Anzahl von Seebadeorten solche Hallen errichtet werden. Dieselben bestehen in einem sehr gefälligen Holzbau, der die Kinder vor Sonne, Regen und Wind schützt und ihnen doch die Möglichkeit bietet, stundenlang Angesichts des Meeres, fast im Freien zu spielen. Dieselbe ist hell, luftig und mit allem Comfort (getrennte Garderobe, Waschräume und Closets, Ausgabe für Milch und Gebäck etc.) versehen. Die Wolgaster Aktiengesellschaft für Holzbau hat einen trefflichen Entwurf ausgearbeitet, den Vortragender demonstrirt Desgleichen hat die Firma Rietschel und Henneberg (Berlin) die technischen Anlagen detaillirt ausgearbeitet, die darin bestehen, daß das Meerwasser von einem Petroleummotor aufgesogen, dann erwärmt, eventuell mit Salz oder mit Ol. pini pumilionis versetzt und hierauf in die Halle getrieben wird, wo es zu feinem Sprühnebel zerstäubt. Der Betrieb ist ein sehr einfacher und billiger. Die ganzen Einrichtungen sind so getroffen, daß die Halle im Herbst auseinandergenommen und im Frühling wieder aufgestellt werden kann. Der Herstellungspreis beträgt mit allen fertig montirten Maschinen u. s. w. circa 10.000 Mark. Da derartige Zerstäubungshallen mit geringen Abänderungen auch für Erwachsene nutzbar gemacht werden können, so würden die Seebäder, welche solche Freiluft-Inhalatorien errichten, zweifellos von Patienten mit Vorliebe aufgesucht werden. —r.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 27. Februar 1895.

(Schluß.)

Discussion über den Vortrag von Dr. HERZ: Ueber sicht- und fühlbare Arterienpulsationen.

Dr. Reiner weist darauf hin, daß die Abnahme der Elasticität der Arterienwand bei steigendem Blutdruck sich noch in vielfach anderer Weise äußere. Sie hat zunächst einen Einfluß auf die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswelle. Es ist nämlich die Geschwindigkeit, mit welcher sich eine Flüssigkeitswelle durch ein Rohr fortpflanzt, ceteris paribus um so geringer, je nachgiebiger, dehnbarer die Wände dieses Rohres sind HÜRTHLE konnte nun nachweisen, daß sich die Pulswelle bei hohem Blutdrucke in der That rascher fortpflanze als bei niedrigem Gefäßdrucke. — Auch für die Blutversorgung des Gehirns sind die Dehnbarkeitsverhältnisse der Arterienwand von Einfluß. Bekanntlich ist der arterielle Blutdruck mitbestimmend für den Druck, unter welchem der Liquor cerebralis normaler Weise steht. Der Antheil von Druck, welcher von den Arterien auf den Liquor übertragen wird, wird relativ um so kleiner, je höher der arterielle Druck steigt, eben weil die Arterien an Dehnbarkeit einbüßen und daher selbst den Hauptantheil des Innendruckes tragen. Dem gegenüber sind die Venen nicht nur dünnwandiger, daher dehnbarer, sondern auch größer im Querschnitte, mit anderen Worten, die Fläche, welche die Venen dem Liquor darbieten, ist größer als jene der Arterien. Es müßen daher die Hirnvenen bei erfolgendem Druckanstiege um so mehr geeignet erscheinen, auf ihre Umgebung eine Druckwirkung zu entfalten, als CRAMER nachgewiesen hat, daß bei arteriellem Druckanstiege der Hirnvenendruck unter Umständen ein Vielfaches des Ausgangsdruckes erreicht. Die Elasticitätsverhältnisse der Arterien bewirken somit, daß der Liquordruck um so mehr ein directes Derivat des venösen Druckes wird, je höher der Arteriendruck wird, wobei der Liquordruck vom arteriellen naturgemäß noch immer indirect abhängig bleibt. In der That sehen wir bei excessiver Blutdrucksteigerung (Strychnin) die Blutmenge, welche durch das Gehirn in der Zeiteinheit passirt, ganz erheblich vermehrt (GÄRTNER und WAGNER). Die von GRASHEY auf Grund seiner Modellversuche erschlossene Vibration der Hirnvenen kann also bei Blutdrucksteigerung sicher nicht auftreten (SCHNITZLER und REINER).

Weiters bemerkt Dr. R., daß Dr. HERZ unter dem Ausdrucke „Längspulsation" Zweierlei subsumirt hätte, was vielleicht zu trennen wäre: 1. sichtbare Locomotion der Arterien, 2. die mit Hilfe des HERZ'schen Fühlhebels nachweisbare „Längspulsation". Die letztere würde R. als einen Ausdruck der Querpulsation auffassen.

Was endlich die von HERZ angeführten MAREY'schen Versuche betrifft, daß nämlich bei hohem Blutdrucke auch die pulsatorischen Druckschwankungen geringer werden, will R. daran erinnern, daß man diese Verminderung der pulsatorischen Druckschwankung nicht in directe Beziehung zur verminderten Elasticität der Arterienwandung bringe. Die letztere müßte vielmehr, wie schon BIEDL in der Discussion bemerkt hat, eine Erhöhung der Druckschwankungen erwarten lassen, ebenso wie ein bestimmter Zuwachs an Flüssigkeitsmenge in einem schwer dehnbaren Gummiballon eine größere Druckerhöhung hervorruft wie ein gleicher Zuwachs in einem leicht dehnbaren Ballon von sonst gleichen Dimensionen. Ist trotzdem diese pulsatorische Druckschwankung vermindert, so bezeugt dies nur, daß die Menge Blutes, die bei hohem Blutdruck mit jeder Systole in die Aorta geworfen wird, erheblich geringer ist als jene bei niedrigem Drucke. Es ist eben, wenn der Blutdruck in Folge Anämisirung der Gefäße der Baucheingeweide ansteigt, der Gesammtkreislauf verlangsamt, mit anderen Worten, jene Blutmenge ist verringert, welche die Wurzel der Aorta in der Zeiteinheit passirt.

Prof. v. Basch: Was ist fühlbarer Puls? Wenn wir in der Praxis den Puls fühlen, mischt sich darin eine ganze große Reihe von Functionen. Wir drücken die Arterie zusammen, um ein deutlicheres Pulsgefühl zu bekommen. Das Gefühl des Pulsfühlens ist von zwei Empfindungen begleitet: von einer Druck- und einer Tastempfindung. Man vermischt in der Regel diese beiden Empfindungen mit einander. Das, was man mit dem Sphygmographen zeichnet, ist, wie schon Dr. HERZ sagte, ein Kunstproduct. Das, was der Schreibhebel wiedergibt, ist von einer Reihe von Bedingungen abhängig. Wie groß die Pelotte ist, wie tief sie einsinkt, in welcher Art und Weise der Stoß ausgeübt wird, das ist endlich abhängig von der Schnelligkeit, mit welcher in der Herzsystole das Blut in die Arterien geworfen wird.

Einfacher stehen die Sachen beim sichtbaren Puls. Dieser ist die Wegstrecke, welche die Arterie zurücklegt, wenn die Spannung in Folge der Systole einen Zuwachs erfährt. Das ist nichts anderes als der Elasticitätsmodul. Redner meint, daß man in der Praxis nicht von Elasticität, sondern von Dehnbarkeit sprechen soll. Der Begriff der Dehnbarkeit ist wichtig für die Beurtheilung aller Eigenschaften der Gefäßwände. Jede Gefäßcontraction macht die Arterien elastischer, jeder Nachlaß des Tonus in den Gefäßen macht die Arterien weniger elastisch, d. h. im ersten Falle wird der Elasticitätsmodul kleiner, im zweiten größer, oder im ersten Falle ist die Arterie weniger dehnbar als im zweiten.

Die Gefäße können nun Aenderungen in der Dehnbarkeit erfahren, wenn sie erkranken, besonders bei der Arteriosklerose. Nach den Messungen von THOMA soll es zwei Stadien von Arteriosklerose geben. In dem ersten soll die Elasticität vermindert, d. h. die Dehnbarkeit vermehrt sein, in dem zweiten soll die Elasticität vermehrt, d. h. die Dehnbarkeit vermindert sein. Vom klinischen Standpunkte sind wir nur im Stande, jenes Stadium zu diagnosti-

ciren, in dem die Elasticität vermehrt, d. h. die Dehnbarkeit vermindert ist, denn diese Eigenschaft der Gefäße führt zu einer hohen Spannung, die man mit dem Sphygmomanometer direct messen kann. Wo wir also bei der Messung einen hohen Blutdruck finden, der sich durch eine gewisse Dauer und Constanz kennzeichnet, dürfen wir von einer sklerotischen Veränderung der Gefäße sprechen. Die sklerotische Veränderung müssen wir aber in die kleinsten Gefäße verlegen, denn der hohe Druck wird nur durch die Veränderungen in diesen erzeugt, nicht aber durch jene sklerotischen Veränderungen, welche in den großen Gefäßen, also dem Aortenbogen, der Brust- und Bauchaorta stattfinden. Die Sklerosirung der großen Gefäße kann nicht zu einer Steigerung des Blutdruckes führen. Wir können also die Sklerosirung der großen Gefäße nur indirect diagnosticiren, indem wir vermuthen, daß sich an die Sklerosirung der kleinen Gefäße auch eine solche der großen anschließt. Bestimmtere Merkmale für eine Sklerosirung der großen Gefäße haben wir nur in jenen Fällen, wo wir Defecten an den Aortaklappen oder einem Aneurysma gleichzeitig mit einem hohen Blutdrucke begegnen. Jene Form der Arteriosklerose, bei der die Arterienwand weniger elastisch, d. i. dehnbarer wird, sind wir nicht im Stande zu diagnosticiren, denn eine derartige Gefäßveränderung kann nur einen niedrigen Blutdruck veranlassen. Ein niedriger Blutdruck aber kann auf mehrfache Gründe zurückgeführt werden. Wir finden nur ein Merkmal, das die Diagnose dieser Form der Arteriosklerose ermöglicht. Wenn wir nämlich bei niedrigem Blutdrucke geschlängelte Arterien bemerken, so dürfen wir vermuthen, daß diese Schlängelung durch eine verminderte Elasticität hervorgerufen wurde. Wir müssen aber in dieser Schlußfolgerung sehr vorsichtig sein, weil die langjährige Beobachtung von Arteriosklerotischen lehrt, daß das Stadium des hohen Druckes von einem solchen unterbrochen wird, wo der Blutdruck für einige Zeit nieder erscheint. Das ist ohne Weiteres begreiflich, wenn man sich vorstellt, daß in Folge des länger währenden Druckes die Arterien sich ausdehnen. Es kann also ein niedriger Druck auch intercurrirend bei jener Form von Arteriosklerose bestehen, bei der die Dehnbarkeit der Arterien von vorneherein vermindert, d. i. deren Elasticität erhöht erscheint. Auch bei diesen Formen können wir eine Schlängelung der Arterien bemerken. So lange wir nicht wissen, ob nicht dem Stadium des niedrigen Druckes ein solches mit hohem Drucke vorhergegangen ist oder nicht, können wir also die Diagnose Arteriosklerose mit verminderter Elasticität nicht machen. Dagegen ist die Diagnose Arteriosklerose mit vermehrter Elasticität, d. i. verminderter Dehnbarkeit, eine ziemlich sichere.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

Sitzung vom 6. März 1895.

NOBL demonstrirt aus der Abtheilung LANG einen Fall von Lupus erythematodes, welcher isolirt an den Augenlidern vorkommt.

KAPOSI stellt im Anschlusse daran einen Parallelfall vor, bei dem sich tiefe ödematöse Infiltration findet, ohne daß narbige Atrophie vorhanden wäre. Patientin wird seit 14 Tagen mit dem LEITER-schen Kühlapparat behandelt, weil die Erfahrung gelehrt hat, daß, insolange narbige Atrophie noch nicht vorhanden ist, die Affection unter der Kälte zurückgehen kann.

HOCK demonstrirt einen Fall von Herpes tonsurans des Kopfes und des Halses, ein 7jähriges Mädchen aus der Ambulanz des Dr. SCHIFF betreffend, welches aus der Umgebung von Venedig stammt. Am behaarten Kopfe dichtgedrängte, kreuzergroße, runde, haarlose Stellen, an vielen derselben deutliche Atrophie. Die Haut des Nackens 2 Finger über die Haargrenze hinaus typisch verändert.

Neumann weist auf die Wichtigkeit solcher Fälle mit Bezug auf die Verantwortlichkeit den Schulen gegenüber hin, da die Dauer der Behandlung oft eine unbegrenzte sein kann.

Kaposi bemerkt zu letzterem Punkte, daß es sich eher empfehlen dürfte, das eine erkrankte Kind von der Schule auszuschließen, als die übrigen Kinder der Gefahr auszusetzen.

NOBL stellt einen Fall mit excessiven Favus-Eruptionen am Stamme und an den Extremitäten vor. Ursprünglich war die gesammte Körperoberfläche von den Pilzmassen bedeckt, welche stellenweise bis zu mannsfaustgroßen Schollen angewachsen waren. Gegenwärtig markiren den Sitz der früheren Auflagerungen eigenartig verzweigte narbige Stränge und Streifen.

Zur chirurgischen Behandlung des Lupus.

NOBL demonstrirt 3 Fälle von Lupus, in welchen Prof. LANG die Heilung ausgedehnter und tiefgreifender Lupusherde theils durch Excision und Transplantation nach THIERSCH, theils durch Einpflanzung von stiellosen Hautlappen in die gesetzten Defecte erzielen konnte.

Im 1. Falle handelte es sich um eine 51jährige Frau, die seit 36 Jahren mit Lupus behaftet war und alle gebräuchlichen Behandlungsmethoden ohne besonderen Effect durchgemacht hatte. Der Lupus betraf die rechte Gesichtshälfte, erfaßte auch einerseits die Ohrmuschel, andererseits das untere Augenlid. Die vor 3½ Jahren operirte Pat. bietet eine Narbe mit gleichmäßiger, ebener, weißer und glatter Oberfläche, welche nicht nur den therapeutischen, sondern auch den cosmetischen Anspruch befriedigt.

Der 2. Fall betrifft ein 33jähriges Mädchen mit seit 17 Jahren bestehendem Lupus des linken Handrückens. (Vorgestellt in der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom 26. October 1894, s. „Wiener Med. Presse“, 1894, Nr. 44.)

Der 3. Fall endlich betrifft einen ausgebreiteten Gesichts und Arm-Lupus bei einer 20jährigen Arbeiterin. Auch dieser Fall bietet sowohl therapeutisch wie cosmetisch ein gutes Resultat.

Ferner stellt NOBL einen Fall von ausgeheiltem Gesichts- und Extremitäten-Lupus und einen Fall von schwerem Gesichts und Schleimhaut-Lupus mit Perforation des harten Gaumens vor.

Lang bemerkt im Anschlusse an diese Demonstration, daß er, wie alle übrigen Dermatologen, anfangs mit Mißtrauen an die chirurgische Behandlung des Lupus geschritten sei. Doch gaben schon die ersten operirten Fälle ein so günstiges Resultat, daß L. zur Ueberzeugung kam, der Lupus sei auf chirurgischem Wege viel radicaler und sicherer als auf irgend eine andere Weise zu bekämpfen. Seiner Meinung hat sich HEBRA vor 2 Jahren angeschlossen und gegenwärtig stehe er auf dem Standpunkte, daß man den Lupus nicht blos chirurgisch behandeln kann, sondern auch soll, und zwar glaubt er, daß man sich nicht blos auf die Extremitäten beschränken, sondern auch den Lupus des Gesichtes operiren solle. Die besten Resultate erhalte man bei trockener Aseptik. Was die Frage betrifft, ob man über diese Behandlungsmethode alle übrigen vernachlässigen solle, so gäbe es vor Allem inoperable Fälle, welche ihrer Localisation wegen für die chirurgische Behandlung überhaupt nicht zugänglich sind.

Hebra sieht in der Methode LANG's einen großen Fortschritt in der Therapie des Lupus. Er glaubt, daß in Zukunft, wenn die Methode mehr Ausdehnung und Ausbildung erfahren haben werde, die Zahl der inoperablen Fälle immer kleiner werden dürfte.

Neumann findet die Resultate dieser Behandlungsmethode sehr ermunternd, so daß man dieselbe gewiß nur empfehlen könne. Doch wird man gleichwohl nicht vollständig von den früheren Methoden absehen können. Dies gelte besonders für den disseminirt vorkommenden Lupus, z. B. der Nasenspitze, der Nasenflügeln, in welchen Fällen man mit der Auslöffelung und Aetzung ein viel schöneres Heilresultat, als mit der Transplantation erziele.

Königstein fragt, ob LANG nur ungestielte oder auch gestielte Lappen verwende; letztere geben bekanntlich eine viel schönere Narbe.

Lang erwidert, daß nur ungestielte Lappen verwendet werden; eine schönere Narbe wie in dem Falle von Lupus der Hand könne er sich übrigens nicht denken.

Kaposi kann die chirurgische Behandlung des Lupus nach den bisher gesehenen Resultaten gleichfalls nur empfehlen. Die Frage nach der Eignung der Methode für den speciellen Fall dürfte sich durch den jeweiligen Fall selbst beantworten. Jedenfalls soll die Exstirpation dort gemacht werden, wo sie überhaupt gemacht werden könne. Daß man mit ihr allein sein Auskommen finden werde, sei aber zweifelhaft.

Lang glaubt, daß die Indication seiner Methode mit der Ausbildung der Technik eine immer weitere werden dürfte. Uebrigens werde die Beurtheilung der Exstirpirbarkeit eines Lupus stets eine individuelle sein.

FINGER stellt einen Fall von lenticulärem Syphilid bei einem Individuum vor, welches vor 12 Wochen mit Syphilis inficirt worden war.

KAPOSI demonstrirt einen Fall von Carcinom an der rechten Seite der hinteren Pharynxwand, dessen Diagnose die histologische Untersuchung bestätigt hatte. Die ungewöhnliche Localisation an einer Stelle, wo Lymphome und Gummata nicht selten vorkommen, gewährt dem Falle casuistisches Interesse.

Derselbe demonstrirt ferner einen Fall von kleinlenticulärem Syphilid und einen Fall von multiplen Gummen im 4. Monate der syphilitischen Erkrankung.

NOBL demonstrirt einen Pat. mit Leukoderma am Nacken und vorderer Halsregion und mit Alopecia areolaris syphilitica im Bereiche der Kopfhaut, Augenbrauen-Cilien und des Bartes. Für die Entstehung der bei Syphilis immerhin seltenen Form der areolirten Alopecie zieht N. die Möglichkeit trophischer Störungen in Betracht, welche von den unter dem Einfluß der Syphilis stehenden nervösen Centren ihren Ausgang genommen haben könnten.

Lang hält gleichfalls für plausibel, einen trophoneurotischen Ursprung für die Alopecie und das Leukoderma anzunehmen, während

Neumann den Standpunkt vertritt, daß man die anatomische Grundlage für die Entstehung des Leukoderma aus einem Exanthem nicht verlassen solle.

Hebra möchte auch nicht auf trophische Störungen zurückgreifen, sondern ist vielmehr geneigt, für das Leukoderma den Einfluß des Alters der Epidermis an den betroffenen Stellen anzunehmen.

Finger stimmt NEUMANN darin bei, daß sowohl die Alopecie wie das Leukoderma auf dem Boden eines syphilitischen Exanthems entstanden sind. Die Ansicht HEBRA's von dem raschen Wechsel der Epidermis hat schon NEUSSER vertreten, jedoch seines Wissens wieder aufgegeben. Dagegen spricht auch die excentrische Ausbreitung des Leukoderma.

NOBL demonstrirt aus der Abtheilung LANG:

1. Einen Fall von durch Strangulation erzeugtem Defect der Harnröhre. Bei dem 18jährigen Pat. erscheint die Glans hinter dem Sulcus durch eine circuläre, tief einschneidende Furche vom Penisschafte abgeschnürt, woselbst die Schleimhaut der oberen Harnröhrenwand auf einer 1 Cm. langen Strecke zu Tage tritt. Die Verletzung hatte der Kranke sich vor 11 Jahren durch Abschnürung des Gliedes mit einer Gummischnur selbst zugefügt. Vor mehreren Wochen acquirirte Pat. eine Blennorrhoe, von welcher nun sowohl der selbstständige Urethralabschnitt der Glans, als auch die an der Oberfläche des Penis ausmündende Harnröhre ergriffen erscheinen.

2. Einen Fall von Urethra duplex an einem 22jährigen Pat., der wegen Urethralblennorrhoe zur Aufnahme auf die Abtheilung LANG gelangte. An der Kuppe der Glans sind zwei gleich weite, über einander gestellte Ausmündungen wahrzunehmen, deren untere in die eigentliche normal weite Harnröhre führt, während sich von der oberen aus ein bis 2 Querfinger vor die Schamfurche reichender Canal verfolgen läßt. Beide Canäle zeigen die blennorrhoische Affection.

3. Einen Fall von wohl ausgebildeter Mamma bei einem 20jähr. Pat. Die Mamma soll erst zur Pubertätszeit rasch an Umfang zugenommen haben. Vor 2 Jahren machte der Kranke eine eiterige Mastitis an dieser Drüse durch. Pat. steht wegen Urethralblennorrhoe in Behandlung.

NEUMANN demonstrirt einen 61jährigen Pat. mit chronischem hypertrophischen Eczem am linken Unterschenkel. In der ganzen Circumferenz desselben ist die Haut infiltrirt, mit welligen, härtlichen Knötchen, sowie fest anhaftenden trockenen Schuppen und Schildern versehen. Die so afficirten Partien livid gefärbt und durch einen scharfen Rand begrenzt.

Hebra kann sich mit der Diagnose Eczem nicht einverstanden erklären, ist vielmehr geneigt, Psoriasis oder Lichen ruber planus anzunehmen. Am wahrscheinlichsten sei Psoriasis, weshalb HEBRA eine Arsentherapie vorschlägt.

RILLE demonstrirt einen 38jährigen Pat. mit syphilitischem Primäraffect an der Tonsille. Der linke vordere Gaumenbogen vorgewölbt, livid roth, prall gespannt, mäßig derb anzufühlen, die Tonsillen dieser Seite vergrößert, ulcerirt und zerklüftet, mit einem grauen Belage versehen, die Uvula ödematös, mehr nach links gedreht, Jugular- und Submaxillardrüsen faustgroß, sehr derb, an der Haut ein maculo-papulöses Syphilid.

Neumann bemerkt zu diesem Falle, daß syphilitische Primäraffecte an den Tonsillen zu den Seltenheiten gehören; er selbst hat in den letzten Jahren im Ganzen nur 4 derartige Fälle gesehen.

Lang glaubt, daß unter den extragenitalen Initialmanifestationen nach seiner Erfahrung die an den Tonsillen vorkommenden zu den häufigeren gehören.

NEUMANN demonstrirt einen 29jährigen Kranken mit Sklerodermа an den unteren Extremitäten; ferner einen mit großen Dosen Jodkali behandelten und geheilten Fall von Psoriasis vulgaris. Pat. nahm im Anfang 3·0 Grm. und ist seit 3 Wochen bei einer täglichen Dosis von 30·0 angelangt. Die verbrauchte Gesammtmenge beträgt 1704·0 Grm. Von etwas Schnupfen und Conjunctivitis abgesehen, hat Pat. das Medicament stets gut vertragen und um 5 Kgrm. zugenommen.

Notizen.

Wien, 23. März 1895.

Das Sanitätswesen Oesterreichs im Decennium 1883—1893.

Vor Jahresfrist hat der oberste Chef der Sanitätsverwaltung, der Minister des Innern, im Abgeordnetenhause die Errungenschaften auf dem Gebiete des öffentlichen Sanitätswesens geschildert und die Schritte verkündet, welche auf der Bahn des sanitären Fortschrittes nothwendig sind. In ausführlicher Weise erörtert der Sanitätsreferent im Ministerium des Innern, Hofrath R. v. KUSY, in einer soeben ausgegebenen Beilage zum „Oesterr. San.-W." die Entwicklung des Ressorts, dessen geistiger Leiter der Berichterstatter ist.

Das Decennium 1883—1893 war vollständig ausgefüllt durch den Ausbau der Organisation des Gemeindesanitätsdienstes, welche den Landesvertretungen überlassen wurde, damit die betreffenden Entwürfe den besonderen Verhältnissen der einzelnen Länder angepaßt werden. Mit Ausnahme von Salzburg, Schlesien, Görz und Gradisca besaßen am Schlusse des Jahres 1893 sämmtliche Kronländer Landes-Sanitätsgesetze.

Diese sanitäre Bewegung verpflanzte sich auch auf andere, in autonomer Verwaltung befindliche Gebiete und äußerte sich zumal in dem Bestreben, die Kranken- und Humanitätsanstalten zu vermehren und den Anforderungen der modernen Spitalshygiene entsprechender zu gestalten. Während Oesterreich im Jahre 1880 nur 162 öffentliche Krankenanstalten mit 19.731 Krankenbetten zählte, bestanden zu Beginn des Jahres 1893 schon 190 mit 25.379 Betten. Es haben sonach die öffentlichen Krankenanstalten um 17%, die Krankenbetten in denselben um 28% zugenommen. Während vor 10 Jahren auf 1100 Einwohner 1 Krankenbett entfiel, steht jetzt Eines für 900 zur Verfügung. Gleichen Schritt hält die Vermehrung der Waisenhäuser und Kinderasyle (von 85 auf 170) und der Versorgungsanstalten (von 1404 auf 1822), während die Zahl der Irrenanstalten in diesem Decennium nur um 4, die Zahl der Pfleglingsplätze jedoch durch Erweiterung der bestehenden Anstalten um 5732 (=37·3%) vermehrt wurde.

Die allseitige Anbahnung der Organisation des Gemeindesanitätsdienstes hat, wie der Bericht mit Genugthuung hervorhebt, einen vermehrten Zuzug von Studirenden zum medicinischen Studium und eine zahlreichere Ansiedlung von Aerzten auf dem Lande bewirkt, „so daß die oft geäußerte Besorgniß einer dauernden Entblößung der ländlichen Bevölkerung von ärztlicher Hilfe in Folge Absterbens der Wundärzte nicht stichhältig erscheint". Während vor 10 Jahren 4903 Doctoren und 2454 Wundärzte, zusammen 7357 Aerzte, im Reichsgebiete ansäßig waren, ist — ungeachtet des Umstandes, daß die Zahl der Wundärzte zu Beginn des Jahres 1893 bereits auf 1588 gesunken war — eine mehr als hinreichende Ausgleichung dieses Ausfalles erfolgt, da eine Vermehrung der Doctoren auf 6565 stattgefunden hat, so daß die Zahl der ansässigen Aerzte derzeit 8197, also um 840 mehr als vor 10 Jahren, beträgt. Daß jedoch auch diese graduirten Aerzte die Landpraxis nicht scheuen, geht daraus hervor, daß die Zahl der von Doctoren gehaltenen Hausapotheken am Lande im Triennium 1889 bis 1892 um 240 zugenommen hat, während die Zahl der in dem gleichen Zeitraume von Wundärzten gehaltenen Hausapotheken nur um 129 abnahm, daher 111 Hausapotheken von Doctoren in Orten neu errichtet wurden, die mindestens eine Wegstunde vom Sitze öffentlicher Apotheken entlegen sind.

Die Fortschritte in der Entwicklung des öffentlichen Sanitätswesens, zu welchen auch die Einführung eines systematischen Unterrichtes in der Somatologie und Hygiene in allen Lehrerbildungsanstalten und vielen Priesterseminarien zählen, machten eine Vermehrung der Arbeitskräfte des Sanitätsdepartements im Ministerium des Innern und der Mitglieder des Obersten Sanitätsrathes (von 9 auf 15), sowie die Zutheilung eines eigenen ärztlichen Sanitätsbeamten an jede Bezirkshauptmannschaft nöthig. Im Jahre 1883 gab es für 327 politische Bezirke blos 200 Bezirksärzte nebst 28 prakticirenden Sanitätsassistenten. Durch successive stetige Er-

gänzung dieses Personalstandes, insbesondere vom Jahre 1889 an, wurde erzielt, daß mit Ende 1893 für nahezu alle derzeitigen 329 Bezirke ebenso viele Bezirksärzte und als Nachwuchs 52 adjutirte Sanitätsassistenten systemisirt sind. Desgleichen fand anläßlich der Erweiterung des Wiener Stadtgebietes im Jahre 1892 eine durchgreifende Reorganisation des Status der für den k. k. Polizeidienst in Wien bestellten Amtsärzte statt, indem für jeden der 22 Polizeibezirke und das Polizeigefangenhaus je ein Polizeibezirksarzt — nach Analogie der l. f. Bezirksärzte — bestellt wurde.

Nach eingehender Darlegung der umfassenden Thätigkeit des erweiterten Obersten Sanitätsrathes und detaillirter Schilderung der zur Bekämpfung der Blattern, des Skrljevo, der Pellagra, vor Allem aber der Cholera ergriffenen Maßnahmen, die eine tiefgehende sanitäre Bewegung wohlthätigster Art zur Folge hatten, schreitet der Berichterstatter zu dem überaus instructiven Resumé der Erfolge, welche der Vervollkommnung der Sanitätsverwaltung in diesem Decennium zu danken sind und die einen segensreichen Einfluß auf die Mortalitätsverhältnisse der Bevölkerung erkennen lassen.

Während vor 20 Jahren (1873) in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern von je 10.000 Einwohnern während jedes Jahres 395 starben, und die Relativzahl der Todesfälle im Decennium 1873—1883 nur in zwei Jahren kaum merklich unter 300 sank, meist aber sich hoch über derselben erhielt, und noch in der ersten Hälfte des abgelaufenen Decenniums jährlich 300—311 Todesfälle auf 10.000 Einwohner vorkamen, ist dieses Sterblichkeitsverhältniß seit 5 Jahren unter 300 gesunken, und zwar im Jahre 1892 bis auf 288, im Jahre 1893 auf 277, was einer Abnahme der Sterblichkeit gegenüber dem Beginne des Decenniums um 4% der Sterbefälle gleichkommt. Dieses Ergebniß wurde selbst durch das ausnahmsweise Auftreten der Cholera nicht wesentlich alterirt.

Inwieferne unter den zahlreichen Ursachen der Abnahme der Sterblichkeit auch der Vervollkommnung des Sanitätsdienstes, welcher insbesondere im Kampfe gegen die Infectionskrankheiten seine Leistungsfähigkeit zu bewähren hat, eine Stelle zukommt, mag daraus ermessen werden, daß die Zahl der Infectionskrankheiten mit der zunehmenden Ausgestaltung des Sanitätsdienstes und der strengsten Handhabung desselben an Extensität abgenommen hat. Während vor 10 Jahren noch 21% aller Todesfälle durch Infectionskrankheiten verursacht waren, sind dieselben gegenwärtig nur in 15% der Sterbefälle Ursache derselben. Während noch im Jahre 1882 von je 10.000 Einwohnern 64, im Jahre 1883 noch 53 an Infectionskrankheiten starben, sind seit 15 Jahren jährlich nicht mehr als 44—47, im Jahre 1893 nur 37 Todesfälle auf je 10.000 Einwohner an Infectionskrankheiten vorgekommen. Von der geringeren Häufigkeit der Sterbefälle kann im Allgemeinen auch auf eine geringere Häufigkeit der betreffenden Erkrankungen im beiläufigen Verhältnisse von 1 : 10 geschlossen werden.

Wird nun in Rechnung gezogen, wie häufig gerade die Infectionskrankheiten bei nicht tödtlichem Verlaufe Nachkrankheiten, Verlust wichtiger Organfunctionen, Gebrechen, selbst Blindheit, Verunstaltung und andere üble Folgen nach sich ziehen, welche die Erwerbsfähigkeit, Wehrhaftigkeit, Lebensfreudigkeit beeinträchtigen, so kann die große Bedeutung, welche jedem Erfolge auf diesem sanitären Gebiete zukommt, kaum verkannt und die Productivität, welche Investitionen auf diesem Gebiete innewohnt, von keinem Einsichtsvollen unterschätzt werden.

„Aus der Berechnung der wirthschaftlichen Bedeutung dieser Fortschritte läßt sich ermessen, von welcher Wichtigkeit eine gute Organisation des Sanitätsdienstes im Staate für das Wohlergehen seiner Bevölkerung ist und welche Nachtheile sich jedem Stillstande in dieser Entwicklung oder gar einem Rückschritte an die Ferse heften müssen .... Der staatliche Sanitätsdienst ist daher im Wesen nichts Anderes, als eine großartige Humanitätsinstitution, eine den ganzen Staat umfassende Rettungsanstalt, deren Wirksamkeit wächst, je besser sie organisirt und fundirt ist."

Mit diesen Worten schließt Hofrath KUSY seinen klaren, durchaus objectiv gehaltenen Bericht über die Leistungen des österreichischen öffentlichen Sanitätswesens, dessen erfolgreicher Reorganisator hiemit die Bilanz seiner bisherigen ausgezeichneten Wirksamkeit niederlegt. Seine Pläne und Wünsche für den Ausbau des Werkes, das er fundirt hat, gipfeln in dem Begehren nach Reorganisation der Dienstesstellung der staatlichen Sanitätsbeamten, nach Einrichtung eines höheren sanitären Inspectionsdienstes bei der Sanitätsverwaltung der Länder und des Staates und nach praktischer Förderung und Anregung der auf Verbesserung der sanitären Zustände gerichteten Bestrebungen von Corporationen, Gemeinden und Ländern unter Zuwendung staatlicher Mittel.

Dem zielbewußten Referenten unserer Obersten Sanitätsbehörde sollte es vergönnt sein, die Verwirklichung dieser Wünsche und Pläne mit demselben Erfolge durchzuführen, der seine bisherige Amtsführung kennzeichnet.

(Wiener Aerztekammer.) Eine der dringendsten und wichtigsten Agenden der ärztlichen Standesvertretung gelangte in der dieswöchentlichen Plenarsitzung der Kammer zur Berathung, die Bekämpfung der ärztlichen Reclame. Ein vielgliedriges Comité hat sich mit der Ausarbeitung eines Berichtes über die zahlreichen Formen beschäftigt, unter welchen die offene und verschämte Reclame der Aerzte aufzutreten pflegt, ohne jedoch die für das ehrenräthliche Verfahren nothwendige Codificirung zu beantragen. Die Kammer hat sich mit Recht für das Princip der Codificirung entschieden und schlossen, folgenden Entwurf als Grundlage der Specialdebatte anzunehmen:

„Die Wiener Aerztekammer beschließt:

Eines des ärztlichen Standes unwürdigen Verhaltens im Sinne des §. 12, Al. 5 K.-G. macht sich ein Arzt schuldig, welcher

1. sich in Zeitschriften (mit Ausnahme der ärztlichen), Placaten, Reisehandbüchern, Fremdenführern, Wegweisern, Kalendern (mit Ausnahme der ärztlichen), Flugblättern, Circulären, Hôtelblocks und ähnlichen Druckwerken ankündigt, oder die Ankündigung gestattet, oder dieselbe nicht verhindert, wenn für ihn die Möglichkeit hiezu vorhanden war. Ausgenommen sind ein- bis höchstens dreimalige Anzeige in Tagesblättern nach erfolgter Niederlassung, bei Rückkehr nach längerer Abwesenheit und bei Wohnungswechsel, woferne diese Anzeigen nicht mehr als Namen, akademischen Grad, Adresse und Ordinationszeit enthalten;

2. die Veröffentlichung von Dank- oder Anerkennungsschreiben seitens einer von ihm behandelten Person oder deren Vertreter auf einem der in Punkt 1 angegebenen Wege bestellt oder veranlaßt, oder es unterläßt, die Veröffentlichung solcher Erklärungen zu verhindern, wenn für ihn die Möglichkeit hiezu vorhanden war;

3. in populären Abhandlungen oder Vorträgen seine persönliche ärztliche Hilfeleistung oder ein seinen Namen tragendes Medicament oder Heilverfahren im augenscheinlichen Gegensatze zu anderen Aerzten oder Medicamenten oder Heilmethoden direct oder indirect empfiehlt oder anbietet;

4. Hôtelbedienstete, Commissionäre, Hausbesorger und andere in ähnlichen Stellungen befindliche Personen für die Zuweisung von Patienten honorirt;

5. durch Anbringung von Straßentafeln, die durch Zahl, Größe, Form oder Farbe auffallen oder mehr als die sub 1 angegebenen Daten enthalten, die Aufmerksamkeit des Publicums auf sich lenkt;

6. eine von ihm geleitete oder ihm gehörige ärztliche Anstalt oder ein solches Institut in den sub 1 aufgezählten Druckwerken in marktschreierischer Weise ankündigt."

(K. k. Gesellschaft der Aerzte.) In der gestrigen Jahressitzung dieser Gesellschaft erstattete der erste Secretär, Prof. BERGMEISTER, den Bericht über den Mitgliederstand (derzeit beträgt derselbe 442) und die wissenschaftliche Thätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Vereinsjahre, worauf Hofrath Prof. LUDWIG einen Vortrag über „Einst und Jetzt in der medicinischen Chemie" hielt. Ein historisches Bild der Entwicklung der medicinischen Chemie skizzirend, griff Redner auf die Periode der Alchymisten zurück, schilderte sodann die unvergänglichen Verdienste THEOPHRASTUS PARACELSUS' um die Chemie, die allmälige Entwicklung der allgemeinen Chemie als selbstständige Wissenschaft und endlich der eigentlichen medicinischen Chemie, die, eine der wichtigsten Hilfsdisciplinen der modernen Medicin, in zielbewußter Weise nur nach Maßgabe ihrer Erkenntniß der Materie und der chemischen Processe erklärend und helfend dort eingreift, wo eine Lösung der gestellten Aufgabe auf chemischem Wege zu erwarten ist. Die Werthschätzung der medicinischen Chemie habe ihren Ausdruck in der Gründung medicinisch-chemischer Lehrkanzeln gefunden. Die Bedeutung der medicinischen Chemie für die Fortentwicklung der Medicin und für

die praktische Thätigkeit des Arztes sei heute wohl über allen Zweifel erhaben, und deshalb erscheine es nur als gerechte Forderung, daß der Student der Medicin nicht blos im chemischen Hörsaal sich einfinde, sondern auch an den Laboratoriumsarbeiten selbstthätigen Antheil nehme. In dieser Richtung bleibe allerdings noch Vieles zu wünschen übrig. Wer den Gang der geschichtlichen Entwicklung der medicinischen Chemie überblicke, dem sei es klar, daß an Stelle einer unzureichenden, vielfach phantastischen Disciplin eine exacte Wissenschaft getreten sei, welche gleich den übrigen Zweigen der exacten Naturwissenschaft unaufhaltsam vorwärts schreite und der es gewiß beschieden sei, der Medicin auch in Zukunft schätzenswerthe Dienste zu leisten.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) In der am 18. März abgehaltenen Generalversammlung wurden gewählt: zum Präsidenten Prof. Dr. R. v. Reder; zu Vicepräsidenten die DDr. Heim und Kienast; zum Secretär und Cassier Dr. Batsy; zu dessen Stellvertreter Dr. Reitter; zum Bibliothekar Dr. E. Frank; zu Geschäftsräthen die DDr. M. Bauer, A. Bum, A. Hoffmann, Prof. Hofmokl, v. Khautz, L. Klein, Lerch jun. und Much; zu Mitgliedern des wissenschaftlichen Ausschusses die DDr. Hans Adler, Frank, Gauster, Gersuny, Prof. Hofmokl, Jurié, Pins, Teleky und Zeissl. — Zum Präsidenten der Witwen- und Waisen-Societät wurde Dr. Julius Spitzmüller neu gewählt; die übrigen zum Austritt bestimmten Functionäre der Societät, des Pensions-, sowie des Unterstützungs-Institutes wurden ausnahmslos wiedergewählt. Die Witwen- und Waisen-Societät besitzt ein Gesammtvermögen von 2,599.870 fl. 43 kr. Nominale, das sich mit 4·31% verzinste, und betheilte im Jahre 1894 nicht weniger als 180 Witwen und Waisen mit Pensionen. Das Pensions-Institut, dessen Vermögen sich auf 458.321 fl. Nominale beläuft, besitzt derzeit 19 Pensionisten. Das Unterstützungs-Institut verfügt derzeit über die Summe von 168.923 fl. 86 kr., von deren Zinsen im Jahre 1894 an 23 Mitglieder Unterstützungen im Betrage von 6937 fl. 32 kr. verabfolgt wurden.

(Wiener Krankenhäuser.) Die Verpflegsgebühren der 3. Classe in den k. k. Wiener Krankenanstalten werden mit 1. April d. J. wieder auf 1 fl. pro Tag herabgesetzt. Die Gebühren für die 1. Classe (5 fl.) und 2. Classe (2 fl. 50 kr.) bleiben aufrecht.

(Krankenverein der Aerzte Wiens.) Die diesjährige Plenarversammlung dieses Vereines wird in Folge Erkrankung des Obmannes erst im Monate April stattfinden.

(Oesterreichische otologische Gesellschaft.) Am 18. d. M. fand in Wien die constituirende Versammlung der „Oesterreichischen otologischen Gesellschaft“ statt, deren Zweck die wissenschaftliche Förderung der Ohrenheilkunde durch wissenschaftliche Vorträge in regelmäßige Sitzungen und die alljährliche Abhaltung eines Otologentages ist. Zum Vorsitzenden wurde Professor Dr. Jos. Gruber, zu dessen Stellvertreter Prof. A. Politzer, zum Cassenführer Prof. V. Urbantschitsch und zu Schriftführern Doc. Dr. Pollak und Dr. Franz Hrubesch gewählt.

(Otologen-Congreß.) Die Deutsche Otologische Gesellschaft wird ihre diesjährige Versammlung am 1. und 2. Juni in Jena abhalten. Anmeldungen zur Aufnahme in die Gesellschaft nimmt deren ständiger Secretär, Prof. Dr. K. Bürkner in Göttingen, entgegen, an welchen auch bis zum 30. April die Themata der zu haltenden Vorträge und Demonstrationen einzusenden sind.

(Aus Budapest) schreibt man uns: In der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest vom 5. d. M. theilte Professor J. Bokai seine bisherigen, mit dem Behring'schen Diphtherieheilserum erzielten Resultate mit, welche die von ihm schon früher mitgetheilten günstigen Ergebnisse weiterhin bestätigten. Die Gesammtzahl seiner Fälle betrug (bis 1. März d. J.) 171 mit 76% Heilung. In neuerer Zeit versuchte er auch das Roux'sche und das Aronson'sche Serum mit ebenso günstigem Resultate. B. faßt seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen: 1. Das Diphtherieheilserum ist ein Specificum, welches an Wirksamkeit jedes andere Heilverfahren gegen Diphtherie übertrifft. Eine andere Nebenwirkung als ein urticariaartiges Exanthem in etwa 10% der Fälle wurde nicht beobachtet. — 2. In schweren, mit Erstickung drohenden Fällen von Kehlkopfstenose (Croup laryngis) ist nebstbei der operative Eingriff (Intubation, Tracheotomie) auch weiterhin indicirt — 3. In Diphtheriefällen mit von Anfang an septischen Charakter ist die Serumwirkung zweifelhaft, auch ist das Serum machtlos gegen jene organischen Veränderungen, welche Herzlähmung herbeiführen. — 4. Die Frage der Schutzimpfung ist wegen Mangels an genügendem Beobachtungsmaterial noch nicht zu entscheiden; doch darf man auf Grund der bisherigen Erfahrungen auch diesbezüglich getrost in die Zukunft blicken.

(Influenza.) Aus London wird berichtet: Während den aus Deutschland, Oesterreich-Ungarn und Frankreich einlaufenden Berichten zufolge die diesjährige Influenza-Epidemie einen im Allgemeinen milden Verlauf nimmt, fordert sie in England, zumal aber in London, eine erschreckend große Zahl von Opfern in Folge schwerer complicirender Erkrankungen der Respirationsorgane. In der ersten Märzwoche sind in London nicht weniger als 473 Personen an Influenza, ferner 938 an Bronchitis, 336 an Pneumonie gestorben. Die mittlere Wochensterblichkeit in London beträgt für Bronchitis 325, für Pneumonie 143. Von den an Influenza Verstorbenen hatte mehr als die Hälfte das 60. Lebensjahr überschritten.

(Statistik.) Vom 10. bis inclusive 16. März 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 7381 Personen behandelt. Hievon wurden 1547 entlassen; 224 sind gestorben (12·64% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 81, egyptischer Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 48, Scharlach 72, Masern 109, Keuchhusten 16, Wundrothlauf 41, Wochenbettfieber 5, Mumps 15, Influenza 146. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 849 Personen gestorben (+ 69 gegen die Vorwoche).

Wiener Medicinischer Club.

Die nächste Sitzung findet nach den Osterferien statt.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Boas J., Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig 1895. G. Thieme.

Zoth O., Die Projections-Einrichtung am Grazer physiol. Institute. Wien, Pest, Leipzig, A. Hartleben.

Charcot J. M., Poliklinische Vorträge. Uebers. von S. Freud. Lief. 4 u. 5. Leipzig und Wien 1895, F. Deuticke.

Pommer G., Schädel- und Gehirn-Asymmetrie. Innsbruck 1894. Selbstverlag.

Rothe A. v., Geschichte der Psychiatrie in Rußland. Leipzig u. Wien 1895, F. Deuticke.

Schulek W., Ungarische Beiträge zur Augenheilkunde. I. Band. Leipzig u. Wien 1895, F. Deuticke.

Nr. 13. Sonntag den 31. März 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ein Fall von Paraplegia spastica juvenilis.

Von **Prof. Dr. M. Benedikt** in Wien.*)

M. H.! Ich führe Ihnen einen Fall vor, der für die Beurtheilung zweier unter einander verwandter Krankheiten, der sogenannten Paraplegia spastica infantilis und der sogenannten Paraplegia spastica spinalis, sehr werthvoll ist. Unser Fall zeichnet sich dadurch aus, daß er im vorgeschrittenen Knabenalter auftrat, und daß die bezeichnenden Erscheinungen weder besonders hochgradig, noch ausgebreitet und auch nicht mit anderen Erscheinungen verknüpft sind.

W. V., 25 Jahre alt, Malergehilfe, gibt an, bis zu seinem 15. Lebensjahre gesund gewesen zu sein, bis er zu dieser Zeit gefallen ist, worauf er innerhalb einiger Tage unter Ameisenlaufen (?) erkrankte. Es trat nach und nach eine Verminderung der Gebrauchsfähigkeit seiner Beine ein, die beiläufig im Verlaufe von zwei Jahren stetig zunahm. Dann trat kein weiterer Fortschritt des Leidens, vielmehr eine Besserung ein. Zwischen dem 16. und 18. Jahre erlernte der Kranke das Uhrmacherhandwerk. Er mußte dasselbe aufgeben, weil er nicht sicher sitzen konnte, indem ihm die Beine unwillkürlich in die Höhe gehoben wurden, was noch heute zuweilen der Fall ist. Deshalb wurde er Zimmermaler.

Wenn er geht, wird das vorschreitende Bein vor das andere nach einwärts gesetzt und dabei etwas nach einwärts gedreht; im Knie ist Ueberbeugung vorhanden, der Rumpf ist nach vorwärts gebeugt, so daß es aussieht, als ob beide Beine dem Rumpfe nachgeschleppt würden. Der Rumpf befindet sich dabei mit jedem Schritte in seitwärts schwingender Bewegung. Die Füße werden meist platt aufgesetzt, öfters aber nimmt der eine oder der andere Fuß die Spitz- oder Pferdefußform an, oder wird auf den äußeren oder inneren Rand aufgesetzt. Zuweilen werden die Zehen überstreckt. Beim Stehen werden beide Beine an den Knien leicht gegen einander gepreßt, im Hüftgelenk etwas einwärts gerollt, wobei die Knie gebeugt und die Füße von hinten nach vorn auseinandergespreizt sind und der Oberkörper leicht nach vorne gebeugt ist.

In den Beinen besteht keine Spur von Lähmung, nur bei längerer Anstrengung Zeichen von Kraftlosigkeit (leichte Ermüdung). Sehnenreflexe erhöht, Fußclonus und überhaupt erhöhte Reflexerregbarkeit der Beine. Beim Stehen mit geschlossenen Augen leichtes Schwanken, aber nicht beständig.

Elektrische — faradische und galvanische — Erregbarkeit mindestens normal, wahrscheinlich erhöht.

Die Hände etwas cyanotisch, rechter Arm etwas schwächer als der linke, sonst keine Störung.

Die Wirbelsäule weicht beim Stehen und Sitzen in der Höhe zwischen den Schulterblättern leicht mit der Convexität nach rechts ab und weiter unten nach links.

Häufiger Harndrang.

Der Kranke zeigt deutliche Entartungszeichen. Der Schädel ist in seiner linken Hälfte besonders im ganzen Scheitelschläfentheile viel schlechter entwickelt, als rechts. Die Stirne, welche in der Mittellinie eine Art Kamm hat, ist zwar links im unteren orbitalen Theile breiter, als rechts, aber in ihrem Gehirntheile links schlechter entwickelt. Das Hinterhaupt ist rechts besser entwickelt. Die Verkümmerung (Aplasie) der linken Schädelhälfte hat eine Bedeutung, weil für den menschlichen Schädel die Regel besteht, daß Stirn-, Scheitel- und Schläfetheil rechts weniger entwickelt sind. Hochgradige Vorwölbung der Nasenlinie (Prognathie) und schnauzenförmige Vorwölbung der beiden Kiefer in der Breite der Schneidezähne. Der Kranke ist ein Grad-Beißer.

Oberkiefer links stärker entwickelt, in Uebereinstimmung mit der Breite der unteren Orbitalhälfte der Stirne. Die Bogen- und Sehnenmaße des Schädelsmittel klein, am Ohrumfang

*) Vortrag, gehalten im „Wiener medicinischen Club" am 12. Dec. 1894.

etwas über dem Mittel. Längen-Breitenverhältniß (84·3) ebenfalls ein mittleres. Brachycephalia occipitalis dextra, was der schlechteren Hinterhaupt-Entwicklung rechts entspricht; links Mittelstellung des Ohres. Dies ist sehr auffallend, weil es bedeutet, daß die Natur keinen Versuch zur Ausgleichung der Verkümmerung der vorderen linken Schädelhälfte gemacht hat. Brustkorb rechts viel breiter als links, beide Schulterblätter gleich lang, aber das rechte breiter als das linke, das rechte Becken viel breiter, als das linke.

Der linke Vorderarm und die linke Hand sind kürzer als rechts, der Umfang der Hand, quer über den Mittelhandfingergelenken gemessen, beträgt links 21·0, rechts 22·5 Cm. Eine besonders auffallende Erscheinung ist, daß der Mittelfinger kürzer ist als der Ringfinger.

Das rechte Bein, besonders der Ober- und Unterschenkel, ist im Querumfang schlechter entwickelt, als das linke. So mißt der größte Umfang des rechten Oberschenkels 42·5, links 46·0 Cm. Der größte Umfang der Wade rechts 32·5, links 35·0 Cm.; am Fuß ist keine deutliche Differenz des Querumfanges. Doch scheint mehr eine schlechte Entwicklung der Muskeln als der Knochen vorzuliegen. [1])

In den unteren Intercostalräumen beobachtet man eine krampfhafte Einziehung, wahrscheinlich bedingt durch krampfhafte Einziehung des Zwerchfells, welches sich öfters unregelmäßig bei der Ein- und Ausathmung zusammenzieht.

Um diesen Fall und die Krankheit überhaupt genau zu würdigen, müssen wir weit in der Lehre von den Bewegungsleistungen ausgreifen. Wir müssen uns vor Allem den Begriff von vollständiger und theilweiser Lähmung klarlegen und deshalb an den Ansatz der „Pferdekraft" oder WATT-sche Formel (h . m . t) anknüpfen. So lange wir im Stande sind, einen Muskel zu seiner vollen Hubhöhe (h) zu verkürzen, ist keine Lähmung vorhanden. Nur wenn der Muskel überhaupt nicht mehr willkürlich verkürzt werden kann, kann man von Lähmung (Paralyse) sprechen. Und wenn wir selbst den möglichst unbelasteten Muskel nur zu einem Bruchtheile seiner natürlichen Hubhöhe verkürzen können, besteht theilweise Lähmung (Paresis). In den einschlägigen wissenschaftlichen Mittheilungen aber werden Schwäche und verminderte Ausdauer mit theilweiser Lähmung verwechselt und als paretische Zustände bezeichnet. Die Hubhöhe hängt von der Länge des Muskels ab, und wenn innerhalb seiner ganzen Länge Muskelelemente vorhanden sind, so kann eine große Anzahl von diesen Elementen im Allgemeinen ausgefallen oder leistungsunfähig geworden sein, und es besteht für den wenig oder nicht belasteten Muskel in keiner Weise Lähmung.

Die Last (m), die ein Muskel heben, beziehungsweise der Widerstand, den er überwinden kann, hängt von der Größe des leistenden Querschnittes ab. Ist letzterer zum Theile leistungsunfähig geworden, so tritt Schwäche (Adynamie) ein.

Wir benützen den Muskel gewöhnlich weder mit seiner vollen Hubhöhe, noch mit seinem vollen Querschnitte, d. h. mit anderen Worten, wir benützen den langen Muskel als kurzen und den breiten Muskel als schmalen. Es ist eine Thatsache unseres Bewußtseins, daß die zwei Vorgänge der willkürlichen Muskelzusammenziehung, wovon sich der eine auf die Höhe des erforderlichen Längsschnittes und der andere auf die Größe des erforderlichen Querschnittes bezieht, von einander getrennt sind.

Die Beobachtung am Krankenbett bestätigt die Thatsache des Bewußtseins, indem in einer Reihe von Fällen die Hubhöhe leidet und in der anderen die Kraft (Energie). [2]) Weiters sehen wir unabhängig von Lähmungszuständen bei Kleinhirn- und Seitenhinterstrangserkrankungen solche Muskelschwächezustände auftreten, also in grauen Leitungsknoten und in Bahnen, die mit der willkürlichen Muskelverkürzung in keiner unmittelbaren Beziehung stehen. [3]) Bei den Kleinhirnerkrankungen erscheint die Muskelschwäche doppelt einseitig (bihemilateral), wobei die Schwäche auf beiden Seiten ungleichmäßig ist. Es gibt aber auch eine gleichmäßige doppelseitige Muskelschwäche (von mir als Adynamia spinalis bezeichnet), die nicht zur Lähmung führt und die nach dem gebräuchlichen Unfuge mit dem Worte Neurasthenie gewöhnlich als Neurasthenia spinalis bezeichnet wird.

Der dritte Ansatztheil: t im WATT'schen Ansatze bedeutet Ausdauer in der Muskelarbeit. Wir wissen z. B. in vielen Fällen von Ataxie, daß die Hubhöhe und die Kraft einzelner Muskel — also m . h — vollständig erhalten sein können, daß aber bald Ermüdung eintritt, und daß wir bei unseren Heilversuchen diese Erschöpfbarkeit beheben können. Ebenso beobachten wir bei Lähmungszuständen, daß bei denselben Graden derselben innerhalb der möglichen Hubhöhe bald Kraftlosigkeit oder Erschöpfbarkeit besteht, bald nicht, und daß unsere Heilversuche oft auf die bestehende theilweise Lähmung keinen Einfluß hat, während die Kraft und die Ausdauer gesteigert werden. All dieses macht es auch für die Ausdauer wahrscheinlich, daß sie von einer eigenen Innervation abhängt. Ich kann hier auf diesen Punkt nicht näher eingehen. Ich mußte aber den ganzen WATT'schen Ansatz erörtern, einerseits weil in den mit unserem Falle in Beziehung stehenden zwei Krankheitsformen in den Krankengeschichten von Paresen gesprochen wird, ohne strenge Angabe, ob es sich um theilweise Lähmung, um Schwäche, oder um Erschöpfbarkeit gehandelt hat. Andererseits sehen Sie in unserem Falle eine Bewegungsstörung, bei der kein Ansatztheil des WATT'schen Ansatzes merklich gelitten hat.

Dies führt mich zu einer weiteren Auseinandersetzung im Gebiete der Leistungslehre der Bewegung. Diese Lehre ist heutzutage in erster naiver Entwicklung und fast möchte ich sagen, sie verhalte sich heute zu den Aufgaben, welche ihr die Beobachtung im Leben und am Krankenbette auferlegt, wie das Pfennig-Pferdchen eines slovakischen Hausirers zu den stolzen griechischen Rossen am Fuß des Capitols und des Quirinals.

Um Ihnen diesen Vergleich verständlich zu machen, will ich Sie daran erinnern, daß der heutige Leistungslehrer (Physiolog), wenn er z. B. die Leistung des Vorderarmbeugers (M. biceps brachii) in Betracht zieht, nur die Bahn vom Gehirn zu diesem Muskel berücksichtigt. Damit wir aber eine Last mit diesem Muskel heben können, ist es nöthig, daß das Gelenk durch die Gegenspanner (Antagonisten) festgelegt werde, ebenso, daß das Schultergelenk derselben Seite, daß das Schulterblatt, daß sämmtliche Gelenke der Wirbelsäule und der beiden Beine festgelegt werden. Bei starker Inanspruchnahme des genannten Vorderarmbeugers wird man die Anstrengung erkennen, wenn man die Wadenmuskeln beachtet, wenn man die Spannung der Gesichtszüge, wenn man die Thätigkeit der Athmungsmuskel in's Auge faßt. Sie sehen, daß, während die heutige Wissenschaft bei einer solchen Muskelthätigkeit einen dünnen Faden strömender Nervenkraft berücksichtigt, während in der That ein gewaltiger Strom dieser Kraft durch das vereinte Bett fast sämmtlicher Bewegungsnerven fließt, wovon nur der dünne Faden vom Willen bewußt angeregt wird, während die Bewegung im großen Strombette eine so geringe Aufmerksamkeit im Be-

[1]) Entartungszeichen des Knochengerüstes gehören bei der Paraplegia spastica infantilis zur Regel. Wenn hervorragende Schriftsteller das Gegentheil angeben, so liegt dies darin, daß sie keine Uebung in der Beobachtung haben. Hatte doch MAGNAN auf dem criminal-anthropologischen Congresse in Paris Individuen mit fatalen Obsessionen vorgestellt, die angeblich keine „Stigmata" haben sollten, während LOMBROSO und ich nachweisen konnten, daß dieselben mit hochgradigen und kaum je seelisch belanglosen Entartungszeichen behaftet waren.

[2]) Dies ist schon klar und deutlich in meinem Aufsatze: „Elektrotherapeutische und physiologische Studien über Augenmuskellähmungen" (GRAEFE's Archiv für Ophthalmologie, Bd. 10, 1864) auseinandergesetzt.

[3]) In dem classischen Werke von LUCIANI über das Kleinhirn ist die Bedeutung desselben für die Dynamisirung der Muskel wohl endgiltig erwiesen worden.

wußtsein hervorruft, daß diese Bewegung dem Bewußtsein der Fachmänner nicht einverleibt ist und daß die Mahnung von Meistern, wie GALEN und DUCHENNE, wirkungslos vorübergegangen ist und auch meine wiederholte Mahnung nach dem Muster der genannten großen Meister keinen Widerhall fand.

Bedenken Sie weiters, daß diese mächtige „Hilfs"-Innervation in ganz anderer Weise und Stärke auftritt, je nach der jeweiligen Stellung des Körpers bei der gewollten Leistung eines einzelnen Muskels, und daß alle diese Vorgänge von der Leistungslehre (Physiologie) noch nicht berücksichtigt sind, so werden Sie schon aus dieser Betrachtung ersehen, daß meine einleitende Vergleichung nicht übertrieben ist, obwohl diese noch aus vielen gleichlaufenden Betrachtungen, auf die ich heute nicht eingehen kann, entstanden ist.

Die Kunst ist der Wissenschaft vorausgeeilt. Der letzte Steinmetz im alten Griechenland, im alten Rom und im heutigen Italien konnte und kann es nicht über sich bringen, bei einer vereinzelten starken Muskelleistung die anderen Körpertheile und Muskel unbetheiligt erscheinen zu lassen.

Auf diese Innervationsfluth, die einen Theil der „Hilfs"-Innervationsvorrichtung des thierischen und menschlichen Körpers darstellt, mußte ich im Interesse des vorgestellten Falles und der verwandten Krankheitsformen eingehen. Es handelt sich hier nämlich um eine Veränderung der Innervation der Gelenksspannungen. Während die Leistungen der einzelnen Muskeln unverändert sind, mengt sich eine krankhafte Spannung der Gelenke durch Muskelthätigkeit in die gewollten Bewegungen ein. Die Krankheit ist also wesentlich ein Krampfzustand der Gelenksspanner in bestimmten Richtungen. Während im Hüft- und Kniegelenk die Spannung eine gleichsinnige bleibt, ist sie in den Fuß- und Zehengelenken eine wechselnde.

(Schluß folgt.)

Weiteres zur Kritik der Serumtherapie

mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Symptome.

Von **Prof. Dr. Sigmund Purjesz** in Klausenburg.

Seitdem ich den in diesem Blatte [1]) veröffentlichten Vortrag über die Serumtherapie in der k. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest gehalten habe, werde ich von Collegen mit Briefen überhäuft, die theils dem von mir Gesagten beipflichten, theils meine Anschauungen bekämpfen; es ist die Zahl dieser Schreiben viel größer, als daß ich alle gesondert beantworten könnte. Einzelne der aufgeworfenen Fragen halte ich doch für wichtig genug, um sie, wenn auch nur kurz, zu beantworten.

Vielfach wurde mir vorgehalten, ob denn, abgesehen vom Thierexperiment und der numerischen Methode, nicht etwa die klinischen Symptome der Diphtherie sich während der Serumbehandlung so gestaltet hätten, daß man auf einen curativen Einfluß des Serums hätte schließen müssen.

Diese Frage wurde wohl schon bei Gelegenheit meiner ersten Mittheilung [2]) beantwortet; ich wies darauf hin, daß wir den natürlichen klinischen Verlauf der Diphtherie nicht kennen, namentlich kennen ihn jene nicht, die die Diphtherie local behandeln zu müssen meinten. Wenn demnach bei der Serumbehandlung irgendwelche Symptome sich anders gestaltet hätten, als selbe bisher bei der Localbehandlung beobachtet wurden, so folgt daraus noch durchaus nicht, daß diese Veränderungen dem Serum zuzuschreiben sind, da es ja nicht unmöglich ist, daß dieselben nur deshalb nicht in der jetzt (während der Serumbehandlung) beobachteten Form aufgetreten sind, weil der natürliche klinische Verlauf dieser Krankheit durch die fortwährend sich wiederholenden mechanischen und chemischen Insulte, denen ja der kranke Rachen des Kindes in Folge der localen Behandlung ausgesetzt war, gestört wurde; gleichwohl halte ich die aufgeworfene Frage doch für wichtig genug, um selbe etwas eingehender zu behandeln.

Die meisten Beobachter erwähnen, daß die Temperatur der Kranken sich anders verhalten hätte, wie bisher. Namentlich wird von Manchen erwähnt, daß die Temperatur nach der Injection von genügenden (?) Mengen Serums nahezu kritisch abfällt. Daß diese Thatsache, nämlich das schnelle Absinken der Temperatur, mit Unrecht dem Serum zugeschrieben wird, geht schon daraus hervor, daß selbe von ebenso vielen Beobachtern nicht erwähnt oder geradezu negirt wird, andere selbe bald constatiren konnten, bald vermißten, während wieder andere einen Abfall der Temperatur wohl beobachteten, aber ausdrücklich betonen, daß dieses Symptom sich erst am 3.—6. Tage nach dem Beginne der Seruminjectionen einstellte, was von Manchen mit dem Bemerken hervorgehoben wird, „daß es erst der 3.—4. Injection gelang, die Temperatur zum Sinken zu bringen". Es ist mir aber ganz unerfindlich, wie man unter solchen Verhältnissen zwischen dem Absinken der Temperatur und der Seruminjection ein causales Verhältniß annehmen kann. Wenn dem Serum wirklich eine solche Wirkung zukäme, warum sehen wir denn diese Wirkung nicht wenigstens in der größeren Hälfte der Fälle; tritt aber dieses Symptom gar erst nach der 3.—4. Injection auf, so sehe ich erst recht nicht ein, warum wir dasselbe um jeden Preis dem Serum zuschreiben sollen. Es ist ja nur natürlich, daß in Fällen, in denen die Diphtherie heilt (und daß die Diphtherie auch ohne Serum heilen kann, wird wohl von Niemandem bestritten werden), einmal der Zeitpunkt, wo die Temperatur sinkt, eintreten muß, und es hängt dann wirklich nur vom Zufalle ab, wie viel Serum wir bis dahin dem Organismus einverleibten. Wir kennen ja eine genügende Anzahl solcher Mittel, die die Temperatur zum Sinken bringen können (Chinin, Antipyrin, Phenacetin, salicylsaures Natron etc.); haben wir etwa bei diesen die Erfahrung gemacht, daß ihre Wirkung sich erst nach Tagen zeigt? Oder würde wer immer die temperaturherabsetzende Wirkung dieser Mittel anerkennen, wenn diese Wirkung sich so launenhaft, bald ja, bald gar nicht, bald am ersten, bald erst am 4. Tag einstellen würde?

Die Möglichkeit, daß man einst ein solches Heilmittel entdecken wird, welches die Temperatur erst nach mehrtägiger Anwendung zum Sinken bringen wird, soll ja durchaus nicht bestritten werden. Wir werden diese Wirkung auch allsogleich anerkennen, sobald dies in einer jeden Zweifel beseitigenden Weise bewiesen ist. Eine Beweisführung aber, wie selbe dem Serum gegenüber angewendet wird, weicht so sehr ab von dem gewohnten Wege der Induction, daß sie kaum mehr Ueberzeugungskraft besitzt, als wenn Jemand behaupten würde, daß die Temperatur deshalb am 3.—5. Tage der Erkrankung zur Norm fiel, weil 3—5mal zu Mittag geläutet wurde, oder weil der Kranke ebenso vielemal Lourdeser Wasser getrunken hat; und es gibt eine Menge Kranke, deren Genesung solchen Mitteln zugeschrieben wird. So sehr eine solche Beweisführung in Glaubenssachen respectirt werden soll, ebenso wenig ist dieselbe zur Lösung naturwissenschaftlicher und therapeutischer Fragen geeignet.

Aber gesetzt den Fall, daß nach der Injection von Heilserum die Abnahme der Temperatur so regelmäßig zu beobachten wäre, daß man an den causalen Nexus nicht zweifeln könnte, so wäre es noch immer zu beweisen, wodurch diese Wirkung veranlaßt wird: durch das Serum als solches, durch das darin enthaltene Antitoxin, oder gar — so weit vom Serum der Fabrik zu Höchst die Rede ist — durch die im Serum enthaltene Carbolsäure; unmöglich wäre letzteres durchaus nicht, wenn wir bei der Quantität von Carbolsäure, die in je 10 Ccm. Serum enthalten sind, bedenken, daß es sich zum größten Theile um kleine Kinder handelt.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 11.

[2]) l. c.

Seit ich die Diphtheriekranken exspectativ behandle, hatte ich trotz der nicht großen Zahl meiner Fälle oft genug Gelegenheit, zu beobachten, daß die Temperatur am 3. bis 6. Krankheitstage nahezu kritisch oder eher einer Lysis entsprechend abfällt, namentlich in Fällen, die ohne Complication verlaufen. Wenn demnach nach der Injection von Serum von manchen Autoren ein derartiges Verhalten der Temperatur beobachtet wurde, Andere wieder ein ähnliches Verhalten der Temperatur nicht oder nicht in allen Fällen sehen, so folgt daraus nicht, daß das von mancher Seite für specifisch gehaltene Serum eine solche launenhafte Wirkung entfalte, sondern daß der eine Kranke zufälliger Weise gerade vor dem natürlichen Sinken der Temperatur gespritzt wurde, während der andere 2—4 Tage früher in die Behandlung eines injicirenden Arztes gelangte, und demnach 2—4 Tage hindurch gespritzt werden mußte, ehe die Temperatur zu sinken begann, was dann von glaubensstarken Collegen so hingestellt wird, „als hätte es, um das Absinken der Temperatur zu erzwingen, 2—4 Injectionen bedurft". Gerade so schrieb man früher eine am 7. Tage der Pneumonie erfolgte Krise der am 6. Tage gemachten Venaesection zu, während Andere, um die Krise zu erzwingen, jeden Tag die Venaesection machen zu müssen meinten, wo doch zwischen Krise und Venaesection nicht mehr causales Verhältniß obwaltet, als zwischen dem Mittagsläuten und der Krise, trotzdem beide hintereinander erfolgten.

* * *

Geradeso widersprechend wie in Betreff der Temperatur, sind die Angaben der Autoren in Betreff der localen Veränderung der Rachensymptome nach der Injection.

Nach der Beobachtung des Einen hört der Proceß allsogleich nach erfolgter Injection auf, fortzuschreiten; nach den Angaben Anderer geschieht dies erst nach einigen Tagen, respective nach einigen Injectionen, während wieder Andere beide Verlaufsweisen constatiren konnten. Es ist das nichts Anderes, als was wir auch sonst bei der Diphtherie sehen können, sobald wir nur den kranken Rachen nicht täglich insultiren, den Krankheitskeim nicht auf solche Stellen des Rachens verschmieren, an denen wir das Epithel vorerst mechanisch oder chemisch zerstörten. Daß während der Serumbehandlung diese Verlaufsweise des localen Processes in Krankenhäusern vielleicht öfter beobachtet wurde, als dies etwa sonst beim Wegfall der localen Behandlung zu beobachten gewesen wäre, hätte für uns nichts Ueberraschendes, da ja, wie wir dargethan haben, während der Serumbehandlung das Krankenhaus von viel mehr leichteren Fällen aufgesucht wurde, als dies sonst der Fall war.

Auch das ist unschwer zu verstehen, daß diese localen Veränderungen an verschiedenen Tagen der Beobachtung, respective nach einer verschiedenen Anzahl von Injectionen bemerkt wurden, da ja die Kranken — abgesehen von der verschiedenen Intensität und Dauer ihrer Krankheit — an verschiedenen Tagen der Erkrankung der Serumbehandlung unterzogen wurden, und wir demnach darauf verweisen können, was wir in Betreff des Verhaltens der Temperatur oben erwähnten.

Sehr oft haben wir Gelegenheit, in den Serumberichten zu lesen, daß die Kranken während der Serumbehandlung nicht so verfallen, daß der Puls nicht so schwach wird, als sonst, daß die fahlen Gesichter, wie sie sonst in den Diphtheriesälen zu sehen waren, kaum mehr sichtbar sind, daß der Sensus communis nichts zu wünschen übrig läßt. All das ist viel leichter durch das Wegbleiben der mechanischen und toxischen Insulte, ferner durch das Heranziehen mehr leichter Fälle als sonst zu erklären, als durch irgend eine — durch nichts bewiesene, sondern nur ganz willkürlich angenommene — specifische Wirkung des Serums auf das Allgemeinbefinden, jenes Serums, bei dessen Anwendung in manchen Krankenhäusern, selbst bei der mangelhaften Statistik, noch immer eine Mortalität von 25% beobachtet wurde. Bei diesen 25% wird doch wohl der Puls etc. sich nicht so günstig verhalten haben.

Eine ganz unfruchtbare Discussion entspann sich darüber, ob durch die Serumbehandlung eventuell die Entwicklung der Nephritis, die sich zur Diphtherie gesellt, befördert oder nach manchen Autoren sogar verursacht wird. Da man nach subcutaner Einspritzung von Serum bei sonst gesunden Kindern Albuminurie (Nephritis?) auftreten sah, so ist es ganz unzweifelhaft, daß dieses Symptom durch das Serum verursacht sein kann; auch das ist unzweifelhaft, daß ich bei Diphtheriefällen, die ich exspectativ behandelte, sowohl leichte, als schwere Nephritis sich entwickeln sah [3]); auch das wissen wir, daß Albuminurie bei der localen Behandlung auftreten kann. Wir können aber die Frage, inwieferne die Albuminurie in Folge der angewandten Behandlung öfter oder seltener auftritt, als selbe einfach in Folge der Diphtherie oder eventuell bei der exspectativen Behandlung auftreten würde, nicht zuverlässig beantworten, so lange wir den natürlichen klinischen Verlauf dieser Krankheit nicht kennen.

Ein einziges Symptom kennen wir, welches vielleicht ausschließlich dem Serum oder dem darin enthaltenen Antitoxin zuzuschreiben ist, nämlich das eigenthümliche Exanthem, welches nach der Injection aufzutreten pflegt. Da aber dasselbe von keiner Seite als curatives Moment angesprochen wurde, so wollen wir einstweilen nicht untersuchen, warum sich dasselbe so verschieden verhält, daß es von manchen Beobachtern öfters, von manchen seltener gesehen wurde; namentlich wollen wir nicht untersuchen, ob dieses eigenthümliche, nahezu gruppenweise Auftreten dem Serum, eventuell dem Antitoxin als solchem zukommt, oder ob darin sich eine bisher ungekannte Individualität des Serumspenders äußert, in welch letzterem Falle doch nicht so leichthin über dieses Symptom zur Tagesordnung übergegangen werden sollte.

Diese und ähnliche Gründe veranlaßten mich, die Besprechung dessen, wie weit die klinischen Symptome uns ein Urtheil über den Heilwerth des Serums gestatten, damals zu meiden, als ich nachzuweisen bestrebt war, daß weder die Basis, von der wir ausgegangen, noch die Wege der Beweisführung, die wir eingeschlagen, derartig sind, daß wir uns ein verläßliches Urtheil über den Werth oder die Werthlosigkeit des Serums bilden können.

Bei einer solch wichtigen Frage, wie die Entscheidung über die Heilkraft des Diphtherieheilserums, mit deren Entscheidung wir zugleich über den Werth der Methode ein Urtheil fällen, müssen wir ganz entschieden fordern, daß nur jene Symptome dem Serum zugeschrieben werden, von denen ganz unzweifelhaft dargethan wird, daß sie vom Serum, respective von dem im Serum enthaltenen Antitoxin herrühren und nicht eventuell auch durch andere Umstände veranlaßt sein können.

Wir glauben nach all dem, was wir bisher anführten, mit Entschiedenheit behaupten zu können, daß weder das Thierexperiment, noch die Ergebnisse der übrigens fehlerhaft angewandten numerischen Methode, noch die klinischen Symptome für den curativen Werth des Diphtherie-Heilserums als wissenschaftlich begründete Beweise angeführt werden können.

Es ist bekannt, welch günstige statistische Ausweise die Homöopathen über die Heilerfolge ihrer Behandlung veröffentlichen; dennoch konnte ich auch diese Statistik nicht zum Vergleiche mit der Serumbehandlung heranziehen, da ich darüber nicht urtheilen kann, ob die guten Resultate der Homöopathen wirklich ihrer Behandlung zuzuschreiben sind, wie sie das wohl meinen, aber nicht beweisen können, da sie

[3]) Meine Fälle sind viel zu gering an Zahl, auch erstreckt sich die Beobachtungsdauer auf eine viel zu große Zeit, so daß das Material viel zu ungleichartig ist, um statistisch verwerthet werden zu können.

den natürlichen klinischen Verlauf der Diphtherie ebenso wenig, wie die Alleopathen kennen zu lernen bestrebt waren. Ebensowenig wie die Homöopathen das zu beweisen im Stande sind, daß der von ihnen angeblich erzielte Erfolg bei der Behandlung der Diphtherie dem Mercurius cyanatus etc. zuzuschreiben ist, gerade so wenig kann ich (trotz meines Verdachtes) beweisen, daß die dem Mercurius cyanatus zugeschriebene Wirkung ganz illusorisch ist, und daß ihre guten Erfolge neben den besseren hygienischen und diätetischen Verhältnissen, in die sie ihre Kranken versetzen, noch dem Umstande zuzuschreiben sind, daß sie keine locale Behandlung anwenden. Alle diese Fragen werden nur dann in's Klare zu bringen sein, wenn dem Ziele entsprechende Beobachtungen zur Verfügung stehen werden; leider besitzen wir solche ebenso wenig, als die Homöopathen. Ich will gerne anerkennen, daß die von mir postulirte hygienische und diätetische (exspectative) Behandlung der homöopathischen Methode sehr nahe steht; ich begnüge mich damit, wenn ich meinem Standpunkte Geltung verschaffen kann. Die Nähe meines Standpunktes zur homöopathischen Behandlung zu betonen, ist nicht meine Sache; möge dies von Seite der Homöopathen geschehen. Mir bliebe dann nichts übrig, als den natürlichsten und zunächst gelegenen Schluß zu ziehen, daß nämlich die guten Erfolge der Homöopathen nicht so sehr dem Mercurius cyanatus als der zweckmäßigen Regelung der hygienischen und diätetischen Verhältnisse und der Fernhaltung jeder Localbehandlung zuzuschreiben sind.

260 Radicaloperationen nach Bassini

nebst einer eigenen Methode der conservativen Vorlagerung des Leistenhodens.

Mitgetheilt von **Prof. C. Nicoladoni** in Innsbruck.

(Fortsetzung.)

198. A. N., 34 J., Kaprun (Salzburg). 5jährige taubeneigroße rechtsseitige Leistenhernie. Operation am 8. Juni 1894. Innere, von derber Fascie bedeckte, wenig vorgewölbte Leistenhernie; in ihr liegt ein zweites sackartiges Gebilde, bei dessen Eröffnung ein Hohlraum bloßgelegt wird, der in die Blase führt; Vernähung dieses Blasendivertikels und Reposition der Hernie en masse. Geh. p. sec. in 24 Tagen.

199. M. T., 33 J., Nenzing. 3jährige rechtsseitige gänseeigroße freie Leistenhernie. Operation am 18. Juni 1894. Geh. p. sec. in 15 Tagen.

200. J. S., 6 J., Wien. Im 1. Lebensjahre aufgetretene rechtsseitige freie Leistenhernie. Operation am 20. Juni 1894. Geh. p. p. in 10 Tagen.

201. J. G., 15 J., Unken (Salzburg). 1jährige rechtsseitige taubeneigroße freie Leistenhernie. Operation am 21. Juni 1894. Dünner langer Bruchsack, Bauchmusculatur dürftig. Geh. p. p. in 9 Tagen.

202. M. G., 36 J., St. Jacob. 14jähriger rechtsseitiger Leistenbruch; trug immer ein Bruchband. Operation am 9. Juli 1894. Der große Bruchsack enthält Coecum und Netz, wird in seiner Mitte ligirt und en masse reponirt. Bauchmusculatur sehr schwach. Geh. p. p. in 10 Tagen.

203. J. B., 30 J., Axams. 4jährige linksseitige Leistenhernie. Operation am 13. Juli 1894. Langer, dünner, in der Mitte eingeschnürter Bruchsack; mäßig entwickelte Bauchmusculatur. Geh. p. p. in 9 Tagen.

204. F. W., 35 J., Heuthor (Böhmen). Vor $1^1/_2$ Jahren entstandene rechtsseitige Leistenhernie. Operation am 13. Juli 1894. In vielfachen Divertikeln des Bruchsackes eingewachsenes Netz, das in 4 Portionen abgebunden wird. Samenstrang sehr fettreich; Musculatur sehr schwach. Geh. p. p. in 9 Tagen.

205. S. T., 47 J., Kitzbühel. Seit frühester Jugend bestehende rechtsseitige Leistenhernie. Seit 3 Wochen nach einem Falle irreponibel. Operation am 21. Juli 1894. Großer, sehr dünnwandiger Bruchsack, eine Hernia inguin. externa, daneben eine kleinere von einem über hühnereigroßen Lipome umgebene Hernia inguin. interna; beide Säcke durch einen fascienartigen Strang getrennt, in welchem die epigastrischen Gefäße verlaufen; getrennte Abschnürung beider Bruchsäcke bei Erhaltung der gefäßführenden Brücke nach Entfernung des präperitonealen Lipoms. Musculatur sehr schwach. Geh. p. p. in 9 Tagen.

206. A. N., 17 J., Wilten. 4jähriger linksseitiger Leistenbruch. Operation am 23. Juli 1894. Kleiner, dünner Bruchsack. Geh. p. p. in 8 Tagen.

207. P. C., 28 J., St. Kassian. Seit 13 Jahren bestehender rechtsseitiger Leistenbruch; Bruchband. Operation am 23. Juli 1894. Dünner langer Sack mit adhärentem Netz, das in 2 Portionen abgebunden wird. Kräftige Bauchmusculatur. Großes Hämatom, das die Eröffnung der oberflächlichen Nähte nothwendig macht. Geh. p. sec. in 16 Tagen.

208. F. C., 44 J., Cles. Seit 8 Monaten bestehende rechtsseitige Leistenhernie; Bruchband. Operation am 24. Juli 1894. Musculatur schwach, Bruchpforte groß. Geh. p. p. in 7 Tagen.

209. G. M., 26 J., Fieberbrunn. 13jähriger linksseitiger Leistenbruch, seit 3 Jahren besonders gewachsen; kein Bruchband. Operation am 24. Juli 1894. Kräftige Musculatur. Geh. p. p. in 7 Tagen.

210. J. O., 41 J., Langen. 10jährige rechtsseitige Leistenhernie; Bruchband. Operation am 26. Juli 1894. Dünnwandiger, großer Bruchsack, mäßige Musculatur. Geh. p. p. in 7 Tagen.

211. B. P., 23 J., Rabbi. Seit 10 Monaten sich entwickelnde freie linksseitige Leistenhernie. Operation am 28. Juli 1894. Zartwandiger Bruchsack. Abstoßung eines tiefen Seidenfadens. Geh. p. sec. in 31 Tagen.

212. G. C., 28 J., Fondo. Seit Geburt bestehender rechtsseitiger Leistenbruch. Bruchband seit 4 Jahren. Operation am 30. Juli 1894; langer dünner Bruchsack, in diesem ein zweiter Sack, an welchen rings herum verdicktes Netz angewachsen ist; es wird in 6 Portionen abgetragen; Musculatur kräftig. Septische Peritonitis. Tod am 5. August 1894. Section: Eitrige Peritonitis; die Narbe am Peritoneum schön glatt, in der Umgebung reactionslos; ebenso die Netzstümpfe und die tiefe Muskelnaht.

213. Adele P., 23 J., S. Giacomo. Seit 5 Jahren bestehende linksseitige Leistenhernie. Operation am 31. Juli 1894. Bruchsack mit dem Lig. teres abgetragen. Geh. p. p. in 8 Tagen.

214. A. S., 15. J., Innsbruck. Angeborener rechtsseitiger Leistenbruch. Seit 30. Juli 5 Uhr Abends incarcerirt, zur Mannsfaustgröße angeschwollen. Operation am 31. Juli 1894; incarcerirt an der inneren Bruchpforte, 20 Cm. lange Dünndarmschlinge. Schwache Musculatur. Geh. p. p. nach 10 Tagen.

215. J. P., 22 J., aus Steinach. 4jährige rechtsseitige Leistenhernie, seit 2 Jahren Bruchband. Operation am 2. August 1894. Langer dünner Bruchsack; kräftige Musculatur. Geh. p. p. nach 12 Tagen.

216. A. P., 39. J., Enneberg. Seit $1^1/_2$ Jahren bestehende linksseitige innere Leistenhernie. Operation am 13. August 1894. Sehr breite Bruchpforte. Unterbindung der epigastrischen Gefäße. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

217. E. W., 7 J., Rattenberg. Seit Geburt bestehende kindsfaustgroße rechtsseitige Leistenhernie. Operation am 14. August 1894. Am Bruchsackhals der Proc. vermiformis; Abschnürung des Sackes zwischen oberem und mittlerem Drittheil; Reposition des Restes en masse; Musculatur schwach. Geh. p. p. nach 10 Tagen.

218. E. B., 13 J., Hall. Seit Geburt bestehender rechtsseitiger Leistenbruch. Seit 2 Jahren Bruchband. Operation am 16. August 1894; mittelmäßige Musculatur; kleiner zarter Bruchsack. Geh. p. p. nach 8 Tagen.

219. F. G., 35 J., Uttendorf (Salzburg). Seit 20 Jahren bestehender rechtsseitiger Leistenbruch, links Leistenhode. Operation am 17. August 1894. Sehr langer dünner Bruchsack; mäßige Musculatur. Geh. p. p. nach 10 Tagen.

220. J. O., 51 J., St. Lorenzen (Kärnten). Seit Kindheit bestehender rechtsseitiger Leistenbruch mit Hydrocele. Linksseitiger, später aufgetretener kleinerer Leistenbruch. Operation beiderseits

am 23. August 1894. Rechts: sehr dünnwandige Hydrocele, ober ihr ein von sehr dicker Wandung umgebener, mit klarer Flüssigkeit erfüllter Hohlraum, der an der Apertura externa canalis inguinalis durch eine Abschnürung getrennt ist. (Hydroc. funiculi), ober dieser der ungemein dünnwandige Bruchsack (Proc. vaginalis), welcher den Processus vermiformis enthält; Exstirpation des Sackes bis auf einen Rest, der genügend groß ist, um den Wurmfortsatz zu bedecken, der en masse reponirt wird. Gute Musculatur. Links: Langer dünnwandiger Bruchsack Geh. p. p. in 10 Tagen.

222. Z. H., 39 J., Schwaz. 8jähriger linksseitiger Leistenbruch. Operation am 24. August 1894. Langer, bis zum Hoden reichender Bruchsack mit angewachsenem Netze, das in 4 Portionen abgebunden wird. Mittelstarke Musculatur. Geh. p. p. in 8 Tagen.

223. A. T., 6 J., Nassereit. Rechtsseitiger Leistenbruch von unbekannter Dauer. Operation am 28. August 1894. Zarter, langer, von einem Lipom umgebener Bruchsack, der die Vasa spermatica an der inneren, das Vas deferens an der äußeren Seite liegen hat. Geh. p. p. nach 11 Tagen.

224. A. M., 27 J., St. Georgen. Seit dem 7. Lebensjahre bestehende rechtsseitige Leistenhernie. Am 3. September Incarcerationserscheinungen. Operation am 3. September 1894. Im Bruchsacke eine hyperämische Dünndarmschlinge und viel gequollenes Netz, das in 5 Portionen abgebunden wird. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

225. A. S, 20 J., Ulten. Seit Kindheit bestehender linkss. Leistenbruch. Am 2. September 1894 wurde der Bruch plötzlich irreponibel. Operation am 3. September 1894. Gewöhnliche Verhältnisse. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

226. A. B., 29 J., Wilten. Rechtsseitiger inguinaler Kryptorchismus, mit Leistenbruch complicirt; am 4. September Incarcerationserscheinungen. Operation am 5. September 1894. Großer subaponeurotisch gelegener Bruchsack, der den Testikel, eine glatte, dunkle Dünndarmschlinge und suffundirtes gequollenes Netz, enthält; letzteres in 2 Portionen abgebunden. Castration. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

227. J. F., 41. J., Ridnaun, Tripper vor 8 Jahren! mit gonnorrh. Epididymitis. Der linke Hode ganseigroß mit der höckerigen harten Epididymis zu einem derben Tumor verschmolzen; darüber eine Leistenhernie. Operation am 10. September 1894. Castration des schwieligen, in eine homogene fribröse Masse umgewandelten Hodens, der an einem dünnen Samenstrange hing, in welchem namentlich das Vas deferens zu einem feinen Schnürchen verkümmert war. Darüber ein zartwandiger Bruchsack. Geb. p. p. nach 7 Tagen.

228. A. A., 30 J., Hötting, wurde bei seiner zweiten Militärstellung auf seinen linksseitigen Leistenbruch aufmerksam gemacht. Operation am 11. September 1894. Sehr langer, dünner Bruchsack; gute Musculatur. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

229. J. K., 9 J., Karroiten. Rechtsseitiger Leistenbruch von unbekannter Dauer. Operation am 18. September 1894. Der zarte Bruchsack reißt beim Ablösen an 2 Stellen ein; er enthält Coecum und Proc. vermiformis; wird unterhalb des letzteren abgebunden und en masse reponirt. Eiterung. Geh. p. sec. nach 12 Tagen.

230. I. N., 19 J., Haiming, wurde vor 4 Wochen durch leichte Incarcerationserscheinungen auf seinen rechtsseitigen Leistenbruch aufmerksam gemacht. Operation am 26. September 1894. Schwere Isolirung des kleinen dünnwandigen Bruchsackes vom fettreichen Samenstrange; Musculatur schwach. Geh. p. p. nach 10 Tagen.

231. Aloisia M., 24 J., aus Grann. Seit 1 Jahre bestehender linksseitiger Leistenbruch. Operation am 12. October 1894. Gute Bauchmusculatur. Geb. p. p. nach 8 Tagen.

232. A. O., 25 J., Kraxen (Kärnten). Seit 9 Jahren bestehender rechtsseitiger Leistenbruch; trägt seit 2 Jahren ein Bruchband. Operation am 15. October 1894. Langer dünnwandiger, den Proc. vermiformis enthaltender Bruchsack, wird unterhalb des letzteren abgetragen und nach Abbindung en masse reponirt; gleichzeitige Radicaloperation einer kleinen Hydrocele; geringfügige Eiterung einiger Hautnähte. Geh. nach 14 Tagen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Behandlung des Blasencatarrhes.

Von **Prof. Dr. Josef Englisch,** Primararzt in Wien.

(Schluß.)

Um nun die Nachtheile der Blasenspülung zu vermeiden und andererseits doch Medicamente in die Blase einführen zu können, wendete man dieselben in hohen Concentrationsgraden an. Es gilt dies insbesondere von Lapis infernalis, und zwar in der Form der Einträufelung (Instillation), wofür eigene Instrumente angegeben wurden (Guyon). Die Technik besteht darin, daß die Blase entleert und dann 20—40 Tropfen einer 2—10—50% Lösung am besten durch die Pars prostatica hindurch in die Blase eingespritzt werden. Es eignet sich diese Methode auch für die heftigste Blasenentzündung (bestes Mittel, Guyon) und kann gleich im Beginne der Erkrankung damit begonnen werden, während bei chronischer die Wirkung eine geringere ist und höhere Concentrationsgrade in Anwendung kommen müssen. Bei tuberculöser und carcinomatöser Affection der Blase erscheint Lapis infernalis unwirksam (Guyon), während nach eigener Erfahrung eine 5—10%ige Chlorzinklösung gut vertragen wird. Die Instillation von Nitras argenti wird als direct bacterientödtend angesehen. Man wird sich am leichtesten eine Vorstellung von der Wirkung der Instillation machen können, wenn man sich die Beobachtungen in das Gedächtniß ruft, die man, besonders in früherer Zeit, bei Angina tonsillaris und phlegmonosa und diphtheritica zu machen Gelegenheit hatte, und wo alle Vorgänge dem Auge sichtbar sind. Bei Berührung der Schleimhaut mit Nitras argenti verbindet sich dieses mit den Epithelien und bildet einen weißen Belag, nach dessen Abstoßung die tieferen Epithelialschichten bloßliegen. Wird die Bepinselung weiter fortgesetzt, so werden immer tiefere Schichten des Epithelium bloßgelegt, und konnte man nicht selten nach Abfallen des Schorfes Ulcerationen beobachten. Wie gering der Erfolg auf die erwiesenermaßen bacterielle Erkrankung (Diphtheritis) war, geht daraus hervor, daß diese Methode jetzt ganz verlassen ist, wozu die nicht selten eintretende Steigerung der entzündlichen Vorgänge wesentlich beigetragen haben mag. Da die Einwirkung von Nitras argenti sich auf alle Schleimhäute gleich vertheilt, so werden wir annehmen müssen, daß es sich bei der Blase ebenso verhält. Nun ist es bezüglich der Blase erwiesen, daß bei vollständiger Erhaltung des normalen Epithels keine Resorption von medicamentösen Stoffen statthat. Gleiches hat das Experiment von dem Eindringen der Bacterien gezeigt. Wenn es auch im höchsten Grade wahrscheinlich ist, daß Nitras argenti die Bacterien tödtet, so unterliegt es keinem Zweifel, daß mit Abstoßung des Epithels die Gefahr der Infection wächst, ein Umstand, der auch bei der Instillation in Betracht gezogen werden muß. Es wird sich nun fragen, sind wir im Stande, durch die Instillation alle Bacterien der Cystitis zu tödten? Betrachtet man eine Blase, wie sie sich bei einer acuten Entzündung vorfindet, so erscheint die Blasenschleimhaut dicht gefaltet und legen sich die Falten fest aneinander. Es ist daher absolut unmöglich, daß die instillirte Flüssigkeit mit der ganzen Oberfläche der Schleimhaut in Berührung kommt. In der Tiefe zwischen 2 Falten wird es immer Stellen geben, die frei bleiben. Also es ist nicht möglich, alle Bacterien auf einmal zu tödten. Dafür spricht auch die nöthige Wiederholung der Instillation. Ist die oberste Schichte des Epithelium abgestoßen, so können die überrestlichen Bacterien umso leichter in die tieferen Schichten dringen, wie Krogius in seinen Experimenten anführt. Es kann in der Abstoßung der Epithelien eine Gefahr liegen. Man hat der Blasenspülung den Vorwurf gemacht, daß sie durch Ausdehnung der Blase Schmerz mache und die Zusammenziehung der Blase anrege. Dasselbe geschieht auch bei der Instillation, selbst wenn mit geringen Concentrationen ($^1/_2$%) begonnen und dann gestiegen wird. Die Kranken klagen über heftige Schmerzen und fast continuirlichen Harndrang

durch mehrere Stunden bis 1 oder 2 Tage, und damit ist die Möglichkeit erhöhter Congestion, d. h. Vermehrung der Disposition für die Wirksamkeit der Bacterien gegeben. Wie von Anderen beobachtet wurde, so hat auch die eigene Erfahrung gezeigt, daß nach Instillation eine wesentliche Steigerung der Erscheinungen eintreten kann. Eine Steigerung, welche für das Individuum selbst lebensgefährlich werden konnte, und zwar einerseits durch acute Nierenentzündung, andererseits durch Phlebitis des Plexus periprostaticus mit Pyämie. Erstere Steigerung findet sich häufiger. Zur Beleuchtung letzterer möge ein Fall kurz angeführt werden.

Ein junger Mann bekam einen Tripper, der sich in die Länge zog; regelrechte Instillation mit Nitras argenti von geübter Hand; heftige Beschwerden, Schmerz, continuirlicher Harndrang, Harnentleerung unter den heftigsten Schmerzen, deswegen Ausspülung der Blase, Verfall, Fieber. Die Untersuchung ergab eine Phlebitis des Plexus Santorinianus, Harnstauung. Katheterismus, strengste Antiphlogose durch Eis am Mittelfleische, der Blasengegend, Milchdiät. Nur langsame Abnahme der Erscheinungen von Seite der Blase. Plötzlich mit Fieber Schwellung des linken Daumens in seiner ganzen Ausdehnung, am Rücken und Hohlhand, mit großer Schmerzhaftigkeit. Eisbeutel, Abnahme der Erscheinungen, Steifigkeit der Articulatio metacarpo-phalangea des Daumens. Der Kranke wurde geheilt.[14])

In anderen Fällen treten schwerere Erscheinungen der Pyämie, selbst der Tod in Folge dieser Phlebitis ein.

Die Instillation ist daher nicht ungefährlich. Wie steht es mit den Leistungen? Es unterliegt keinem Zweifel, daß wir damit Heilungen erzielen können. Eine reiche klinische Erfahrung ergibt aber auch, daß die Heilung nur eine vorübergehende war, und die Krankheit recidivirt, wo dann die Kranken meist nicht wieder in die Behandlung des ersten Arztes zurückkehren. Andererseits gibt es Individuen, welche nach monatelanger Instillation nur eine vorübergehende Erleichterung verspüren, oder wo z. B. der Schmerz der Harnentleerung schwindet, die Häufigkeit der Harnentleerung andauert. Wir finden hier dieselben Verhältnisse, wie bei den anderen Behandlungsmethoden: vollständige Heilung, häufige Recidiven, Nachlaß nur einzelner Erscheinungen, langwierige Behandlung. Als Gegenanzeige dieser Methode muß nach eigener Erfahrung eine bestehende Prostatitis angesehen werden, ob selbe einleitend oder nach Erfolglosigkeit anderer Methoden in Anwendung gezogen wird.

Neben häufigem Harndrang und eiterigem Sedimente kommt noch der Schmerz bei der Harnentleerung oder in den Intervallen in Betracht. Vom leichten Brennen zeigt er bis zum continuirlichen Schmerz alle Abstufungen, von der Blase nach allen Richtungen ausstrahlend. Oft ist der Schmerz die lästigste Erscheinung für die Kranken. Beruht derselbe auf acuten, entzündlichen Erscheinungen, so hat die Anwendung der Kälte auf das Mittelfleisch und die Blasengegend nach eigener Erfahrung eine wesentliche Linderung herbeigeführt. In mehr chronischen Fällen eignet sich besser die feuchte Wärme, welche bei sehr alten, marantischen Individuen auch meist den Vorzug bei acuten Processen verdient. Unterstützt wird die örtliche Behandlung durch Getränke: Milch, Mixt. oleosa mit Aqua lauroc., mit Opium (am verläßlichsten), mit Morphium in der gewöhnlichen Dosis beginnend und steigend, Dct. Cannabis indicae. Einreibungen von Unguentum cinereum oder jodatum (Jodkali 1 auf 8 Ung. simpl.) mit Opium, Morphium, Belladonna. Dieselben Narcotica in Suppositorien in stärkerer Dosis, wobei bemerkt werde, daß die Suppositorien nie über 2 Grm. Butyrum de Cacao enthalten sollen, da sie sonst sehr leicht reizen. In hochgradigen Fällen können Injectionen von 5% Cocaïnlösung in 1—2 Grm. in die Blase gemacht werden; jedoch nur mit vorübergehendem Erfolge. Leider sind wir in den schwersten Fällen auf stärkere Narcotica behufs Erzeugung von Schlaf angewiesen. Während die Narcotica nur palliativ wirken, lindert eine gehörige Reinigung der Blase, insbesondere von der jauchigen Absonderung, den Schmerz wesentlich.

Und doch gibt es Fälle, wo alle voranstehenden Mittel kein befriedigendes Resultat geben. Die Kranken sind Tag und Nacht von den heftigsten Schmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Fieber geplagt. Es sind dies die schwersten Fälle der Cystitis bei Tuberculose, Neubildungen, Vergrößerungen der Vorsteherdrüse mit schweren Nierenaffectionen. In solchen Fällen bleibt nichts Anderes übrig, als die Blase außer Function zu setzen und den Abgang des jauchigen Harnes durch die Harnröhre zu vermeiden. Die hier in Betracht kommenden Methoden sind: Der Verweilkatheter, das Anlegen einer Blasenfistel, der Perinealschnitt (THOMPSON), der hohe Blasenschnitt (GUYON).

Beim Einlegen des Verweilkatheters darf nach eigener Erfahrung kein zu dickes, weiches Instrument gewählt werden, um jede Reizung der Harnröhre zu vermeiden. Der NÉLATON-Katheter (einzig zu empfehlen), darf auch nicht zu weit in die Blase ragen, um nicht Decubitus zu erzeugen. Ist der Harndrang continuirlich, so lasse man den Katheter anfangs offen; mit Abnahme des Harndranges kann er zugestöpselt und nach Bedürfniß geöffnet werden. Die Reinigung der Blase geschehe durch Ausspülung alle 2 Stunden, bis die Flüssigkeit rein zurückkommt. Zugleich muß die Harnröhre neben dem Katheter 4mal des Tages in der Weise gereinigt werden, daß man zuerst die Blase reinigt, eine möglichst große Menge antiseptischer Flüssigkeit in der Blase läßt, und nun die Harnröhre von vorne nach hinten durchspritzt. Der Inhalt der Harnröhre findet in der Blase antiseptische Flüssigkeit, und beide fließen durch den offenen Katheter ab. Diese Methode, sorgfältig gehandhabt, gibt nach eigener Erfahrung wesentliche Besserungen, so daß sich die Kranken in einem ertragbaren Zustande befinden, manchmal, z. B. bei Vergrößerung der Vorsteherdrüse, vollständige Heilung. Der Verweilkatheter wird unter solchen Verhältnissen wochenlang vertragen. Besondere Vorsicht erfordert Tuberculose der Blase und Harnröhre, da hier der Zerfall unter dem Drucke des zu dicken oder starren Instrumentes weiterschreiten kann.

In gleicher Absicht wurde eine Fistel durch Blasenpunction über der Schambeinfuge angelegt. Seit wir gelernt haben, die starren Instrumente durch weiche zu ersetzen, fallen die Nachtheile der Blasenpunction weg und hat diese Methode noch den Vortheil, daß dadurch jede Reizung der Harnröhre vermieden wird. Das Verfahren besteht darin: Nach der Blasenpunction bleibt die Doppelcanüle 2—3 Tage liegen, dann wird die innere durch einen NÉLATON-Katheter ersetzt, welcher ebenfalls 2—4 Tage liegen bleibt und hierauf der ganze Apparat durch einen einfachen NÉLATON-Katheter ersetzt und dieser durch eine entsprechende Bandage um den Leib befestigt.[15]) Dieser Apparat wurde in einem Falle 12 Jahre getragen, und zwar ohne Belästigung des Kranken. Die Harnröhre kommt zur Ruhe, die Reinigung der Blase ist möglich.

Beide Apparate haben den Nachtheil, die Innenfläche der Blase nur durch Flüssigkeiten angreifen zu können, was in vielen Fällen ungenügend ist. Um nun eine raschere Entleerung der Blase und mehr Zugänglichkeit zu erzielen, wurde die Blase durch den Schnitt eröffnet. THOMPSON machte den Medianschnitt am Mittelfleische, GUYON den hohen Blasenschnitt. Beide Beobachter loben den Erfolg der Operationsweise. Es würde zu weit führen, um auf alle Details der Operation einzugehen. Beim Medianschnitt (THOMPSON) liegt die Abflußstelle am tiefsten, aber der Harn muß, da der Schnitt nur in der Pars membranacea, höchstens im unteren Theile der Pars prostatica geführt wird, noch immer den Blasenhals passiren, d. h. der Harndrang wird schmerzhaft bleiben, bis die Erscheinungen der Blase sich gebessert haben. Der Weg, den man zurückzulegen hat, um das Blaseninnere

[14]) ENGLISCH, Ueber die Bedeutung der Erkrankung des Plexus venosus prostaticus (P. Santorinianus). „Wiener med. Woch.“, 1893, Nr. 14—18.

[15]) ENGLISCH, Ueber einen Apparat nach der Blasenpunction über der Symphyse. „Wiener med. Woch.“, 1874, Nr. 42.

angreifen zu können, ist viel länger und die Blase selbst dem Auge, außer durch das Endoskop, nicht zugänglich, daher die directe Behandlung der Blasenschleimhaut eine schwierige, die Verletzung dagegen an sich nur geringfügig. Bei dem hohen Blasenschnitte nach GUYON, wie er von vielen Chirurgen geübt wird, kann man während der Operation durch die Kleinheit und Unausdehnbarkeit der Blase auf große Schwierigkeiten stoßen. Ein anderer Nachtheil ist das Ergießen des zersetzten Blaseninhaltes nach Eröffnung der Blase in das umgebende Zellgewebe und Phlegmone desselben. Dieser Uebelstand läßt sich durch die Operation in zwei Theilen umgehen. Erster Moment: Bloßlegen der Blase und Anheften an die Bauchwunde; zweiter Moment: Eröffnung der Blase, nachdem dieselbe mit der Bauchwand verklebt ist. Dagegen liegt die Blase weit geöffnet dem Gesichtssinne zugänglich vor, die Entleerung des Blaseninhaltes erfolgt auf einmal und steht dem Austritte desselben aus der Blase nichts entgegen. Ferner können Bestreichungen, Aetzungen, Auslöffelungen unter den Augen gemacht werden. Schließt sich die Wunde, so können wir jetzt, zur Vermeidung einer Recidive der schweren Zerstörungen der Schleimhaut, im nöthigen Falle über der Schambeinfuge eine Fistel unterhalten. Eigene Erfahrungen sprechen neben dem Verweilkatheter für den hohen Blasenschnitt, als dessen Anhänger sich der Verf. bekennt. Um die Nachtheile des Bespülens der Wunde durch den jauchigen Blaseninhalt zu vermeiden, hat der Verf. sein Katheter-Itinerarium angegeben. Die Blase kann damit unmittelbar vor Eröffnung derselben gereinigt, mit antiseptischer Flüssigkeit gefüllt werden. In dem Momente, in welchem die Blase eröffnet wird, läßt man durch das Katheter-Itinerarium antiseptische Flüssigkeit hindurchtreten und wird die Wunde nur von dieser bespült („Wr. med. Woch.", 1894, Nr. 43).

Nach dem Voranstehenden ergibt es sich, daß die Behandlung der acuten wie chronischen Blasenentzündung zu den schwierigsten Aufgaben des Arztes gehört und Mißerfolge ein mildes Urtheil verdienen. — Ebenso geht daraus hervor, daß die Behandlung keine schematische sein kann, sondern eine im höchsten Grade individualisirende sein muß.

Referate und literarische Anzeigen.

Aus der I. med. Abtheilung des Docenten Dr. Pal im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien.

G. SINGER (Wien): Ueber Rectalernährung.

Obwohl physiologische Untersuchungen und klinische Beobachtungen die Thatsache der Resorption vom Dickdarm aus und den Werth der rectalen Ernährung festgestellt haben, hat sich diese Methode noch nicht allgemein einbürgern können; und gleichwohl ist sie in gewissen Fällen einzig und allein im Stande, einerseits die günstigsten Bedingungen für die Heilung zu setzen und andererseits einem vorzeitigen Kräfteverfall durch Mangel an Nahrungszufuhr Einhalt zu thun. Ein solcher Werth kommt der rectalen Ernährung in erster Linie beim Ulcus ventriculi zu. S. hat auf obiger Abtheilung in einer Reihe von Ulcus ventriculi-Fällen die Rectalernährung in Anwendung gezogen und ist hiebei, wie er im „Ctbl. f. d. ges. Ther." (1895, III. Heft) mittheilt, zu dem Resultate gekommen, daß diese Methode der Ulcus-Behandlung allen anderen voranzustellen sei, ja, daß bei Ulcus ventriculi die ausschließliche Ernährung per rectum in den ersten Tagen nach der Blutung als typisches Verfahren gelten sollte.

Was die Technik der Nährklystiere betrifft, so soll die Flüssigkeitsmenge einen Viertelliter nicht übersteigen und, dem Vorgehen BOAS' gemäß, folgende Zusammensetzung haben:

125 Grm. Milch,
125 Grm. Wein,
1—2 Eidotter,
1 volle Messerspitze Kochsalz,
1 Kaffeelöffel Pepton Witte.

Dazu hatte S. noch zumeist ein kleines Stückchen Traubenzucker zugesetzt. Die einzelnen Gaben werden 2—3mal täglich in Intervallen von 4—5 Stunden verabreicht. Die frisch bereitete Mischung wird gut durchgequirlt und in eine gewöhnliche Klystierspritze, welche mit einem weichen, langen Mastdarmrohr oder einem längeren Drain versehen ist, aufgesaugt. Es ist unbedingt nothwendig, jedem Nährklysma ein Reinigungsklysma vorauszuschicken, und zweckmäßig, nach jedem Nährklysma ein Zäpfchen mit 0·01 Extr. opii einzuführen. Damit ist es fast ausnahmslos gelungen, eine vorzeitige Entleerung des Klysmas zu verhindern. Bei sehr reizbaren Personen, welche sofort nach der Injection Tenesmus bekommen, setzt man mit Vortheil der Mischung 8—10 Tropfen Opiumtinctur zu.

Im Wesentlichen bestand demnach die Behandlung der mit Blutung einhergehenden Fälle von Ulcus rotundum darin, daß die Pat. bei strenger Bettruhe durch 4—8 Tage ausschließlich rectal ernährt wurden; um die Cardialgien zu beseitigen, wurde ein Eisbeutel auf die Magengegend oder bei starken Schmerzen ein warmer Breiumschlag gegeben. Neuerliche Blutungen traten nur dann auf, wenn die Pat. heimlich vor der Zeit feste Nahrung genossen hatten, was übrigens an sich schon den Werth der Magenausschaltung für die Therapie des Ulcus ventriculi beweist. Das nicht selten auftretende peinigende Hungergefühl konnte in der Regel durch Extr. opii (0·1 pro die, per os gegeben) beseitigt oder gemildert werden. Bezüglich des Durstgefühls haben die mit dem Opiumextract per os eingeführten 200 Ccm. Wasser meist genügt, um dasselbe zu löschen. War dies nicht der Fall, so leisteten kleinere Quantitäten physiologischer Kochsalzlösung per rectum, zwischen den einzelnen Nährklysmen gereicht, gute Dienste.

Abgesehen von der günstigen Einwirkung der Rectalernährung auf die Cardialgien und das Erbrechen, welche Symptome schon nach wenigen Tagen wie abgeschnitten sind, hielt sich der Verlust des Körpergewichtes, wie die beigegebenen Curven zeigen, im Beginne der Krankheit innerhalb sehr enger Grenzen, und mit dem Beginne der combinirten Ernährung zeigte die Gewichtscurve einen stetigen Anstieg.

Schließlich berichtet S. noch über seine Versuche mit der Rectalernährung beim Abdominaltyphus, welche sich auf acht, durchwegs in Heilung übergegangene Fälle beziehen. Es hat sich hiebei ergeben, daß die combinirte Ernährung per os und per rectum an und für sich zwar nicht im Stande ist, die febrile Consumption zu hindern, wohl aber einem raschen Gewichtsabfall vorzubeugen. Endlich bildet die rectale Application die einzig mögliche Ernährung bei apathischen Pat., bei starker Somnolenz und Nahrungsverweigerung. Ferner empfiehlt sich besonders die Verabreichung von Alkohol in Form von Thee-Weinklystieren, welche als kräftiges Analepticum überhaupt bei Schwächezuständen und drohendem Collaps in acuten Erkrankungen und bei jenen Zuständen empfehlenswerth sind, bei welchen eine reichlichere Zufuhr von Alkohol per os nicht vertragen oder verweigert wird. Speciell beim Abdominaltyphus wäre die Bestreitung der zur Fieberwärme erforderlichen Calorien durch rectale Application von „Sparmitteln" zu versuchen, woraus sich eine bessere Erhaltung des Körperbestandes ergeben könnte. Hier käme in erster Linie der Alkohol in Betracht; in zweiter Linie schlägt S. vor, sterilisirte Traubenzuckerlösung in kleineren Quantitäten mehrmals im Tage einzuführen. Zu den Indicationen der absoluten Rectalernährung mit vollkommener Magenausschaltung zählt S. nebst der bereits besprochenen Hämatemesis beim Ulcus ventriculi, der Magendilatation und dem chronisch-recidivirenden Magengeschwür noch eine Reihe von Neurosen des Magens: die Hyperästhesie der Magenschleimhaut, das Erbrechen bei Neurasthenikern und Hysterischen und die Hyperemesis gravidarum. Die ausschließliche Rectalernährung würde sich auch nach Operationen am Darmtracte nach der Pylorusexstirpation, nach Gastroenterostomie und nach Resectionen des Dünndarmes in den ersten Tagen nach dem Eingriffe zur Schonung der Vereinigungsstellen empfehlen.

Bs.

A. Eulenburg (Berlin): **Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis.**

Von dem Krankheitsbilde der puerperalen Neuritis, welches Moebius als Erster einheitlich aufgefaßt und so benannt hat, beschreibt E. („D. med. Woch.", 1895, Nr. 8 u. 9) 4 Fälle der eigenen Beobachtung und reiht daran eine tabellarische Uebersicht über 34 bisher in der Literatur bekannt gewordene, hieher gehörige Fälle. Die Beobachtungen E.'s betreffen eine einseitige Neuritis mit atrophischer Lähmung im Medianus- und Ulnarisgebiete mit Ausgang in Heilung, eine rechtsseitige Neuritis des Nervus tibialis (Heilung), eine rechtsseitige Neuritis im Gebiete des Ischiadicus mit unvollkommener Besserung und endlich einen Fall von schwerer, diffuser Polyneuritis, bei welchem wegen Hyperemesis künstlicher Abortus eingeleitet worden war; die Lähmung trat in Form der aufsteigenden acuten Paralyse auf, ging von oben nach unten allmälig zurück und hinterließ schlaffe, atrophische Lähmungen der Vorderarmhandmusculatur und beider unteren Extremitäten.

Vom klinischen Standpunkte aus nimmt E. einstweilen ohne Rücksicht auf die etwaigen ätiologischen Besonderheiten und nur nach der verschiedenen Schwere des klinischen Krankheitscharakters zwei Hauptformen der Puerperalneuritis an:

a) eine leichtere, mehr localisirte Form, die am häufigsten an den Armen, ein- oder doppelseitig, besonders im Medianus- und Ulnarisgebiete (Brachialtypus), seltener an den unteren Extremitäten, meist einseitig im Ischiadicusgebiete (Crural- oder Lumbosacraltypus) oder auch anfangs brachial, dann crural aufzutreten pflegt und nach bisherigen Erfahrungen eine überwiegend günstige Prognose darbietet;

b) eine schwerere, mehr diffuse und generalisirte Form, die sich acut oder subacut, aufsteigend oder absteigend, in einzelnen Fällen der neuritischen Form der Landry'schen Paralyse entsprechend entwickelt und auch die cerebralen Nervengebiete in größerer oder geringerer Ausdehnung betrifft. Auch in diesen schweren Fällen muß der Verlauf nicht ungünstig sein.

Allerdings nicht ohne Wichtigkeit ist die Art der Behandlung. Es scheint, daß auch in den leichteren, mehr localisirten Formen bei entsprechender örtlicher Behandlung der Erfolg sicherer ist, die Heilung rascher fortschreitet, als bei einem mehr exspectativen Verfahren. Bei noch frischer Neuritis, wo die besonders im Ischiadicusgebiete so intensiven Schmerzen mit Hyperästhesien im Vordergrund stehen, empfiehlt E. auf's Wärmste die locale Anwendung der subcutanen Carbolinjectionen (2%) oder auch Carbolmorphiuminjectionen (2% Carbol, 1% Morphium, 1·0 pro dosi) an den oberflächlich gelegenen Nervenstellen möglichst tief bis in das paraneurotische Gewebe hinein. Gegen die atrophischen Lähmungen sind Elektricität und Massage, letztere später in Verbindung mit localisirter Gymnastik, anzuwenden. Für die schweren Fälle wird man in der Regel von einer häuslichen Behandlung ganz absehen und zu einer Anstaltsbehandlung für längere Zeit Zuflucht nehmen müssen. Ba.

D'Abundo: Der Verlauf der Lymphbahnen im Centralnervensystem.

Injicirte A. Chinatinte in die Hinterstränge eines höher organisirten lebenden Thieres, so gewahrte er alsbald eine aufsteigende Schwarzfärbung, welche nur auf diese Stränge beschränkt blieb. Machte er die Injection in die graue Substanz, so ging der Farbstofftransport, die Hörner deutlich demarkirend, gleichfalls in aufsteigender Richtung vor sich. Bei nieder organisirten Thieren (Torpedo ocellata) läßt sich kein System in der Vertheilung des Farbstoffes erkennen.

Nachdem es nun feststeht, daß dieser Körnchentransport auf dem Wege der Lymphbahnen erfolgt, stellt A. auf Grund seiner Experimente die Behauptung auf (La Riforma med., 1895), daß die Lymphbahnen im Rückenmark höher organisirter Thiere, gemäß den physiologisch differenten Segmenten desselben, relativ unabhängig von einander verlaufen. Diese Thatsache bildet den Schlüssel zur Erklärung vieler anatomisch-pathologischer Processe im Rückenmark. F—r.

Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane. Unter Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter herausgegeben von weil. **Prof. Dr. W. Zuelzer**, redigirt von **F. M. Oberländer.** Leipzig, F. C. W. Vogel.

In rascher Aufeinanderfolge sind die vier stattlichen Bände dieses groß angelegten Handbuches erschienen. Durch die einheitliche Behandlung der gesammten Lehre von den Harn- und Sexualorganen in dieser Form ist entschieden einem Bedürfnisse entsprochen worden, als sowohl der der inneren Medicin, als auch der der Chirurgie angehörende Theil dieser Disciplin in den letzten Jahren durch zahlreiche Arbeiten ausgebaut und vervollständigt wurde. Es kann hier nicht auf die einzelnen Capitel eingegangen werden, doch verdient hervorgehoben zu werden, daß die Anordnung des großen Stoffes eine übersichtliche ist, daß die verschiedenen Capitel ein vollständiges actuelles Bild der behandelten Fragen darbieten und daß jedem Capitel reichhaltige Literaturverzeichnisse vorangehen.

Die Anordnung des großen Stoffes ist derart gegliedert, daß nach der normalen und pathologischen Anatomie des Harn- und Geschlechtsapparates die Erkrankungen der Nebenniere und Niere nebst der Semiotik des Harns abgehandelt werden. Im Weiteren werden die Krankheiten der Prostata und Blase, der Harnröhre und des Hodens, sowie die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane erörtert. Die nervösen Erkrankungen der Harn- und Sexualorgane beschließen das Werk.

Vermöge seiner ganzen Anlage ist das Werk ein ebenso gutes Nachschlagebuch für den praktischen Arzt, als bei wissenschaftlicher Arbeit für den Fachgelehrten.

Die Physiologie der Blase, sowie die Lehre von den urologischen Operationen hätten eine eingehende selbstständige Behandlung verdient, welchem Mangel in einer zweiten Auflage abgeholfen werden könnte. O. Zuckerkandl.

Die Giftthiere und ihre Wirkung auf den Menschen. Ein Handbuch für Mediciner von **Dr. Otto von Linstow**, k. Oberstabsarzt. Mit 54 Holzschnitten. Berlin 1894, August Hirschwald.

Das vorliegende Buch gibt eine Monographie der Giftthiere und liefert damit eine Arbeit, welche dem Arzte die Kenntniß eines wichtigen Gegenstandes vermittelt; es ist wünschenswerth, daß der Mediciner die dem Leben des Menschen gefährlichen Giftthiere erkennen und benennen kann. Vorzüglich ausgeführte Abbildungen und entsprechende Literaturangaben machen das Werkchen zu einem sehr nützlichen Handbuche, das von den Aerzten mit großem Interesse gelesen werden wird. w.

Neue Arzneimittel.

VIII.

Tannigen (Diacetyltannin).

Gelblichgraues, geruch- und geschmackloses, kaum hygroskopisches Pulver, löslich in Alkohol und verdünnten Lösungen von phosphorsaurem Natron, Soda, Borax und Kalk. Mit Eisenoxydulsalzen gibt die Verbindung sofort die bekannten Farbenreactionen des Tannins. Das Tannigen gelangt erst in den alkalischen Secreten des Darmcanales zur Wirkung, indem es dort allmälig der Aufsaugung und Zersetzung unterliegt. Es soll daher zum Ersatze des Tannins dienen, das bekanntlich die Magenfunctionen beeinträchtigt, zumal wenn es während längerer Zeit gereicht wird.

Wie die physiologischen Versuche von H. Meyer („Deutsche med. Woch.", 1894, Nr. 31) und F. Müller (ibid.) lehren, eignet sich das Tannigen sehr gut zur Bekämpfung chronischer Durchfälle, sowohl bei Kindern als bei Erwachsenen; auch die Sommerdiarrhöen der Kinder scheint das Präparat günstig zu beeinflussen. Die Kranken nehmen das Mittel gerne, der Appetit und die Magenfunctionen werden nicht beeinträchtigt und selbst bei wochenlangem Gebrauche haben sich keine unangenehmen Nebenerscheinungen gezeigt. Gewöhnlich gibt man 0·2—0·5 Tannigen 3mal täglich, indessen kann man auch Tagesdosen bis zu 3—4 Grm. reichen, ohne üble Nebenwirkungen befürchten zu müssen.

Rp. Tannigeni . . . . 0·2—1·0
Dent. tal. doses Nr. X.
S. Täglich 3mal 1 Pulver in etwas Wasser oder auf Oblaten zu nehmen.
(Chronische Diarrhöen.)

Thallinum perjodatum (Thallinum perjodosulfuricum).

Jod-Additionsproduct des Thallinsulfats. Schwarzer krystallinischer, in Alkohol löslicher Körper.

In einer Zuschrift an den „Lancet" vom 10. März 1894 schlägt MORTIMER GRANVILLE vor, das Carcinom mit Thallinperjodat zu behandeln, da er von dieser Behandlungsweise seit Jahren die besten Resultate gesehen habe. Hiebei verschwinden die Tumoren allmälig; in einem Falle ist seit der mit Erfolg durchgeführten Behandlung eine Frist von 4 Jahren verstrichen, ohne daß Recidive erfolgt wäre. GRANVILLE gibt das Thallinperjodat in Pillen mit Moschus, oder, wenn starke Trockenheit und Functionslosigkeit der Haut vorliegt, in Combination mit Pilocarpin nach folgenden Formeln:

Rp. Thallini perjodati . . . . 5·0
Moschi . . . . 1·0
Mucilag. g. tragacanth. q. s.
Misce ut f. pil. Nr. XX.
Consperge lycopodio.
S. 2—3stündlich 1 Pille tagsüber.

Rp. Thallini perjodati . . . . 5·0
Pilocarpini hydrochlorici . . . . . . 0·02
Cumarini . . . . 0·01
Mucilag. g. tragacanth. q. s.
Misce ut f. pil. Nr. XX.
Consperge lycopodio.
S. 2—3stündlich 1 Pille tagsüber.

Außer diesen Pillen wird kein weiteres Arzneimittel gegeben. Die Behandlung kann in manchen Fällen 6 Monate lang durchgeführt werden.

Theobrominum purissimum (Dimethylxanthin),
$C_7 H_8 N_4 O_2$.

Aus den Cacaobohnen gewonnenes Diureïd. Weißes, geruchloses, mikrokrystallinisches Pulver, etwas löslich in siedendem Wasser und Chloroform, leicht löslich in Natronlauge.

G. SÉE („Semaine méd.", 1893, pag. 366) empfiehlt statt des Diuretins, das unter Umständen toxische Wirkungen auf das Herz und Centralnervensystem auszuüben vermag, das reine Theobromin bei Herzwassersucht anzuwenden, da dieses Präparat allein der Träger der diuretischen Wirkung des Diuretins sei. Gleichviel, welcher Art auch die Herzläsion sein möge, die der Wassersucht zu Grunde liegt, stets wird man mit Theobromin sichere Diurese erzielen. Man gibt das Theobromin in Dosen von 0·5 Grm. 4mal täglich und erhöht diese Dosis bis zum 4. Tage täglich um 1 Grm., wonach man nur mehr 4—6 Dosen à 0·5 Grm. binnen 24 Stunden nehmen läßt. Ein Zusatz zum Theobromin, etwa in Form von Jodcalcium, findet nur ausnahmsweise statt, wenn starke Beklemmung besteht. Manchmal erscheint es vortheilhaft, die Cur mit Gaben von 1/2 Mgrm. Digitalin abzuschließen, um die Wirkung des Theobromins zu unterstützen. Die Erfahrungen G. SÉE's sind von HALLOPEAU („Union médicale", 1894, 30. Jan.) bestätigt worden, doch hat derselbe nur schwächere Dosen von 0·5—0·3 Grm. 4mal täglich angewendet, durch welche er aber, selbst in einem Falle von Oedem, der jeder anderen Behandlung trotzte, vollen Erfolg erzielte.

Rp. Theobromini puri . . . . 0·3—0·5
Dent. tal. dos. Nr. X.
S. Täglich 4 Pulver zu nehmen.

Feuilleton.

Vor hundert Jahren.

Beitrag zur Geschichte des österreichischen Militär-Sanitätswesens.

Von **Regimentsarzt Dr. Conrad Majewski**,
Garnisons-Chefarzt etc. in St. Pölten (N.-Oe.).

IV. Kriegschirurgische Bilder.

Zur Illustration der ärztlichen Thätigkeit im Felde in der josefinischen Aera entnehme ich einige Beobachtungen den Anfangs citirten Abhandlungen von A. ECKER und J. LOUVRIER.

Beobachtungen von A. ECKER:

1. „Horadinka ist ein kleines Städtchen an den Gränzen der Bukowina, das auf der Lehne eines kleinen Hügels einem höhern Berg gegenueber sich erhebt. Der Ort ist von Juden bewohnt und schuhetief mit Koth angefüllt; an dem untersten Ende des Hügels, den ein gähes, schmales, sumpfiges Thal, der Sammelplatz des meisten Unrathes, begränzt, ist ein festgemauertes Kloster. Dieses nun wurde aus Noth für eine kurze Zeit zum Feldhauptspital des Prinz Koburgischen Korps angewiesen, bis man das neu zu erbauende Feldspital in Sniatin würde beziehen können. Die Zimmer dieses Klosters waren niedrig, klein und kerkermäßig, die Fenster hoch und den Thüren nicht gegenüberstehend, diese Thüren selbst öfneten sich in dicht gemauerte Gänge. Die Luft-Verneuerung, die man selbst mittels Durchbrechung der gemauerten Wände, und auf alle andere Art zu erzwecken suchte, wurde unendlich erschwert. Zu Ende April 1788 wuchsen durch die für uns so ruhmvollen Affairen bey Bojana, Lofa und Rohatin 120 meist mit Feuergewehr Verwundete von Khevenhiller 3ten Bataillon, und 1ten Garnisons Regiment plötzlich zu, die in diesen Zimmerchen gehäuft werden mußten. Auch die geringsten Streif und Fleischwunden waren aller möglichen angewendeten Vorsicht der richtigen Heilart ungeachtet langwierig und mit verschiedenen Zufällen verknüpft; am meisten litten aber jene, die wegen Mangel an Bettstätten auf der Erde lagen und so die verdorbenste Luft der untersten Schichte einathmen mußten, bis man in dem erhabenen Theile der Stadt einige Häuser wählte, um die Kranken in eine freiere Luft zu bringen. Bald verspürte man den Einfluß, den heilsamen Einfluß der reineren Luft und viele der Kranken genasen; noch mehr wurden wir von der Heilkraft der reineren Luft ueberzeugt, als man im July eben dieses Jahres das neuerbaute geräumige, luftfreye Spital zu Sniatin bezog."

2. „Den 25. November 1788 bekam Chirurg KRAPKO des Sniatiner Hauptspitals einen Transport invalider Mannschaft, die durch nun schon geheilte Wunden stropirt waren, wo aber bey einigen noch unbedeutende flache Geschwürchen da waren, nach Lemberg zu führen; die Kranken waren mit Bandagen und Kompressen sehr gut verwahrt; und die Witterung war noch ganz angenehm. Plötzlich fiel am 4. Tage des Transportes wider alles Vermuthen eine heftige Kälte ein. Die Wirkung derselben war, daß die kleinsten Geschwüre tiefer und bösartiger wurden, die vernarbten Wunden aufbrachen, und sehr schleunig in Brand ueber gingen."

3. „Ich sah einige leicht Verwundete in den heißen Sommermonden des 1789 Jahres wegen gänzlichen Mangels an grünen Speisen und Gemüsen, bey dem zur Ernährung nothwendigen Fleischgenusse in eine schreckliche Auflösung der Säfte verfallen. Die Wunden wurden schwammicht, mißfärbig, bluteten bey der sanftesten Berührung, und gingen oft in Brand ueber, der aller Arzneyen spottete, bis man auch sonst zur Speise nicht angewendete Kräuter kochte, und die Kranken damit nährte."

4. „Den 21. July des 1788ten Jahres wurde ein Krankentransport aus dem Lager bey Chotim in das Feld-Hauptspital Sniatin ueberbracht. Unter den Kranken befand sich ein feindlicher Arnaut Namens Georgi Diabrodioli; diesem waren durch einen Hieb vier Finger der linken Hand abgehauen, eine andere Wunde hatte er an dem Oberarm, und durch vier Täge des Transportes wurde er aus eigner Vernachlässigung nicht verbunden. Traurig erschütternd war der Anblick, als ich ihn das erste Mal verband. Die Wunde stank so unerträglich, daß ich eine Anwandlung einer Ohnmacht bekam; der Eiter war theils geronnen, und ähnlichte einem faulen stinkenden Käse, theils war er dünn, wässericht und grüngelb. Zwischen den Stumpfen der Finger krochen einen halben Zoll lange Würmer hervor. Der Kranke hatte ein schleichendes Fieber und starb am 28. July in gelinden Zuckungen."

Den drastischen ECKER'schen Kriegsbildern sei schließlich seine Bemerkung über die Einwirkung der Temperamente auf die Wunde beigefügt: „Das nervöse Temperament, das unsere kraftvolle Voraltern gar nicht kannten, und das in unserem verzärtelten Jahrhundert, wo man so viel von phisischer Erziehung schwätzt, und die Kinder affenmäßig koset, so sehr gemein, welches mit einer besonderen Schwäche und Beweglichkeit des Nervensystems verknüpft ist, macht Leute, die dieses Temperament haben, auch bey geringen Wunden zu allerley Krämpfen geneigt."

Man spricht also von Nervosität auch schon im „fin de siècle" des 18. Jahrhunderts.

Beobachtungen von J. LOUVRIER:

1. „Ein munterer zwanzigjähriger Jüngling, Tambour der Fürst Ligneischen Grenadier-Division, wuchs zu dem Garnisons-Spitale zu Brüssel mit einer Hiebwunde zu, die an der Mitte des Stirnbeins von der Kreuznath in senkrechter Richtung gegen den Nasenfortsatz zulief, und drey Zoll lang war. Der inspectionirende Unterarzt vereinigte die Wunde mit Heftpflastern und ließ zur Ader. Bey der Frühvisite fand ich fünfzehn Verwundete; so sehr hatte damals trotz den strengsten Strafgesetzen bey dem Regimente die Raufsucht eingerissen. Ich untersuchte die beträchtlicheren, und als ich zu obbemeldeten Tambour kam, stand er en parade mit gepuderten Haaren vor d m Bette, betheuerte: qu'il ne sent pas des douleurs. Je me porte très-bien, fuhr er fort, et je vous prie, monsieur, de me donner la grande portion. Der Unterarzt, auf den ich mich sonst ziemlich verlassen konnte, sagte mir, er habe die Wunde, weil sie bloß durch die allgemeinen Bedeckungen dringe, mit Heftpflastern vereinigt. Nach acht Tagen wurden die Heftpflaster abgenommen; die Wunde war vernarbt, der Tambour selbst bath um die Entlassung aus dem Spitale, und ich trug kein Bedenken, ihn zur Companie zu schicken. Am einundvierzigsten Tage nach der Verwundung, binnen welcher Zeit der Mann die für die Raufer festgesetzte Regimentsstrafe ueberstanden, und sowohl seine Dienste beym Regimente, als bei dem Officier, bey dem er als Fourierschütz eingetreten war, mit der ihm eigenen Munterkeit verrichtete, ward er in's Spital getragen. Ich fand ihn ohne Bewußtseyn und ohne Bewegungsvermögen; er schlief schnarchend und holte tief Athem. Bey der Untersuchung der Narbe fühlte ich leider zu spät die Ränder der Knochenwunde. Ich trennte daher die Narbe und fand die Beinwunde einige Linien breit von einander klaffend, so daß sie leicht der Sonde den freyen Durchgang bis zur harten Hirnhaut gestattete. Ich legte auf der Stelle an beyden Seiten eine (Trepan) Krone an. Die harte Hirnhaut war gespannt und missfärbig, und aus der kreutzförmigen Oeffnung, die ich machte, entleerten sich einige Tropfen Eiter. Der Verwundete starb noch dieselbe Nacht." Obductionsbefund: Gehirnabsceß.

2. „Zu Castelnuovo di scrivia trepanirte ich einen Gemeinen von dem Alvinzy'schen Infanterie-Regimente, bey dem eine Musketenkugel einen ebensogroßen Bruch mit Eindruck beyder Tafeln verursacht hatte. Sobald die eingedrückte Stelle aufgehoben war, erhielt der Mann auf der Stelle sein Bewußtseyn wieder, so zwar, daß eine Stunde darauf, als ich eben bei einem anderen Manne seine Wunde zu dilatiren im Begriffe war, dieser hinter mir stand, und seinen Kameraden Muth zusprach. Bey dem Rückzuge, der einige Tage nachher erfolgte, transportirte ich mehr als 800 meistens Schwerverwundete, in ungedeckten Schiffen, unter anhaltendem Regen auf dem Po bis Cremona, wo ich den Befehl erhielt, solche dem dortigen Spitale zu uebergeben, und mich allsogleich nach Casal maggiore zu verfügen, um dort ein Hauptspital zu errichten; allein auch da drückte uns der Feind zurück. In Gampora fand ich meine Blessirten wieder, deren Wunden unter der beschwerlichen Reise, unter dem Einwirken einer stürmischen naßkalten Witterung größtentheils der Brand ergriffen hatte. Ich transportirte sie wieder über die Etsch, und blieb mit ihnen vier Wochen zu Trient. Nun setzte ich bey dem Trepanirten, bey dem nun der Ausfluß einer stinkenden Jauche deutlich genug die Abartung des auf der harten Hirnhaut stockenden Extravasats verrieth, noch sechs Kronen an, sprengte die Zwischenstücke mit dem Hebel aus und bewirkte dadurch eine fünf Zoll lange und vier Zoll breite Oeffnung. Die harte Hirnhaut reinigte ich mit Karpie-Bürstchen, belegte sie mit Sindons (?), die in warmen Wein und Honig getaucht waren und ich hatte das Vergnügen bald guten Eiter erscheinen zu sehen. Nach zwey Monaten exfoliirte sich das ganze rechte Seitenwandbein in mehreren Splittern. Zu Brixen war die ganze Oeffnung schon mit guten Fleischwärzchen angefüllt. Der Mann trug die exfoliirten und ausgebohrten Knochenstücke in seinem Schnupftuche bey sich, und zeigte sie jedem Fremden, der das Spital besuchte. Bald darauf mußte ich das Hauptspital zu Klagenfurt uebernehmen, wohin mir auch der Trepanirte folgte. Trotz der ungeheueren Abblätterung war die Wunde im eilften Monate vollkommen ausgetrocknet und geschlossen."

LOUVRIER's Beobachtungen, gesammelt „zu einer Zeit, wo ein zehnjähriger blutiger Krieg dem Beobachtungsgeiste denkender Feldärzte ein so weites Feld öffnete", „mitten auf dem Schauplatze eines tumultuarischen Krieges" niedergeschrieben, verrathen außer der Sachkenntniß auch eine ausgezeichnete Erzählergabe und eignen sich daher ganz vorzüglich zur Illustration des feldärztlichen Lebens und der kriegschirurgischen Thätigkeit während der großen Kriege im vorigen Jahrhundert.

Kleine Mittheilungen.

— In einer der letzten Sitzungen der Pariser „Acad. de méd." berichtete CORNIL über drei in letzter Zeit von ihm beobachtete Fälle von **Influenza mit schweren Hirnsymptomen**, welche alle drei Frauen betrafen und in Heilung übergingen. Die beiden ersten Fälle glichen einander vollständig, nur bestand in dem einen Fall eine motorische Lähmung der rechten Seite mit Aphasie, während in dem zweiten Falle die Lähmung die linke Seite betraf und die Aphasie fehlte. Die übrigen Symptome waren bei beiden Kranken dieselben. Beginn mit heftigen Kopfschmerzen von langer Dauer, dann plötzlicher Verlust des Bewußtseins, theilweises Coma mit Stertor durch 3 Wochen bei der einen, durch 4 Tage bei der anderen Kranken, Hemiparese, Erhaltensein der Sensibilität und der Sehnenreflexe, Facialisparalyse, Sehstörungen, Ungleichheit der Pupillen. Das Krankheitsbild legt den Gedanken an einen schweren Hirnproceß nahe. Aber der Ausgang in Heilung, welche in dem einen Fall allmälig, in dem anderen sehr rasch eintrat, unterscheidet diese Affection vollständig von einer acuten Meningitis oder von einer Meningo-Encephalitis, welche fast regelmäßig tödtlich enden. Gegenüber der hysterischen Hemiplegie kommen die erhaltene Sensibilität, die Facialisparalyse und die fehlenden Störungen seitens des Auges in Betracht. Demgemäß wurde auch ein dritter ähnlicher Fall, welcher bei einer Hysterica beobachtet wurde, als durch Influenza bedingt angesehen.

— Von französischen Aerzten wurde in letzter Zeit vielfach die Chloralose als Hypnoticum empfohlen. Nun berichtete RENDU in der Sitzung der Pariser „Soc. des hôp." vom 8. März über einen Fall von **Intoxication durch Chloralose.** Es handelt sich um einen Phthisiker, welcher 0·25 Grm. Chloralose erhielt, worauf sich ein comatöser Zustand mit Cyanose des Gesichtes, hochgradiger Tachycardie und epileptiformen Krämpfen in den Extremitäten und im Gesichte einstellte. Die Pupillen waren erweitert, die Haut mit kaltem Schweiß bedeckt, der Exitus schien in jedem Moment einzutreten. Eine Aetherinjection hob die Herzthätigkeit, vermehrte aber die Krämpfe, die dann später durch eine Morphiuminjection gemildert wurden. Der Kranke verfiel in einen ruhigen Schlaf, aus welchem er vollkommen frei von allen Vergiftungssymptomen erwachte. R. räth, in Zukunft die Chloralose nur in einer Dosis von 0·10 Grm zu verschreiben und diese Dosis eventuell zu wiederholen, wenn auch als größte unschädliche Dosis 0·60—0·75 Grm. angegeben wird. SIBEDEY wies im Anschlusse hieran auf die von MOREL-LAVALLÉE beobachteten Fälle von heftigem Delirium nach Chloralosegebrauch hin und LE GENDRE bemerkte, daß er auf den Gebrauch dieses Mittels gänzlich verzichtet habe, da fast alle seine Kranken bei dessen Gebrauch über unangenehme Nebenerscheinungen klagten.

— Auf Grund von fünf Eigenbeobachtungen empfiehlt F. BLUM („Münch. med. Woch.“, 1895, Nr. 12) die lange Zeit fortgesetzte Verwendung der **Oelklystiere zur Behandlung der Cholelithiasis.** Bekanntlich haben schon vor längerer Zeit amerikanische Aerzte die Darreichung von Olivenöl per os bei Gallensteinen empfohlen und ROSENBERG hält das Olivenöl in großen Dosen für eines der mächtigsten gallentreibenden Mittel. Andererseits hat in jüngster Zeit FLEINER das Olivenöl im Klysma zur Behandlung der Constipation und einiger Dickdarmaffectionen warm empfohlen. B. nimmt nun an, daß die Erfolge, die er in seinen Fällen mit den Oeleingießungen erzielt hat, theils auf die Wirkung derselben als mildes Laxans, theils aber auch darauf zurückzuführen sei, daß auch dem per Klysma eingeführten Oele eine gallentreibende Wirkung zukommt. In Bezug auf die Technik der Eingießungen wurden genau die FLEINER'schen Vorschriften innegehalten. Der Pat. nimmt die Rückenlage ein, mit durch Keilkissen erhöhtem Becken; der Irrigator mit dem Oel ist circa $^1/_2$—1 Meter über dem Lager angebracht. Nachdem alles Oel eingeflossen ist, wird für 5 Minuten die rechte Seitenlage eingenommen. Zur Verwendung kam ausschließlich feinstes Oliven- oder Sesamöl, das auf circa 30° C. erwärmt wird; die Menge beträgt 400—500 Ccm. pro Klysma. Anfangs werden die Oeleinläufe täglich, nach 1—2 Wochen zweitägig und späterhin dreitägig und seltener applicirt. Bei Auftreten von Prodromalerscheinungen eines Kolikanfalles werden die Klysmen wieder häufiger gegeben. Während die Anwendung des Oeles per os den meisten Pat. rasch widerlich wird und den Magen verdirbt, ist die Anwendungsdauer der Oeleinläufe eine unbeschränkte; sie verlieren weder an ihrer evacuirenden Kraft, noch werden sie den Pat. zum Ekel. Auch eine Schwächung der peristaltischen Darmthätigkeit durch die Oelklystiere, wie sie bei der lang fortgesetzten Anwendung von Laxantien häufig zu beobachten ist, wurde nie gesehen. Es blieb vielmehr bei einer Pat., die ein halbes Jahr mit Oelklystieren behandelt wurde und früher immer an Verstopfung litt, nach Aussetzen der Behandlung die Darmthätigkeit geregelt.

— Von dem Bestreben ausgehend, eine Salbengrundlage darzustellen, welche auf der Oberfläche rasch eintrocknet und somit die stärkere Wirkung der Salbe mit der Annehmlichkeit der Firnisse verbindet, ist es UNNA („D. Med. Ztg.“, 1895, Nr. 19) gelungen, in dem von ihm so genannten **Unguentum Caseini eine neue Salbengrundlage** zu finden, welche diesen Anforderungen entspricht und besonders bei Behandlung des pruriginösen Eczems und vieler Pruritusfälle ungewöhnlich gute Resultate gibt. Vor den medicamentösen Leimen hat das Unguentum Caseini, auf dessen Darstellung wir hier der Complicirtheit wegen nicht näher eingehen können, den Vortheil einer stärkeren medicamentösen Wirkung. Als Salbengrundlage eignet sich das Ung. Caseini für eine Reihe von Medicamenten, so für die Theerarten und Balsame, Ichthyol, Resorcin, Pyrogallol, Chrysarobin, Zinkoxyd, Schwefel, Dermatol, Jodoform, Sublimat etc. Die Application geschieht mit der Hand und es kann während des Verreibens durch Benetzung der Hand mit Wasser jede beliebige Verdünnung erzeugt werden. Die Salbe trocknet in wenigen Minuten mit einer vollkommen glatten Oberfläche ein. Bei dem Gebrauch der Theere und Balsamica kommt für die Caseinsalben neben der guten Wirkung und der reinlichen Anwendung noch in Betracht, daß dieselben in den trocknenden Decken nach außen wenig Geruch verbreiten.

— Dr. LOXTON berichtet im „British med. Journ.“ (1895, 5. Januar) über einen **Fall von acuter Gonorrhoe mit tödtlichem Ausgang.** Es handelte sich um einen Kellner, bei welchem sich nach dreiwöchentlicher herkömmlicher Behandlung einer acuten Gonorrhoe nicht nur keine Besserung, sondern eher eine Verschlimmerung und eine gewisse Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einstellte. Allerdings ergab sich der Pat. trotz dringender Abmahnung uneingeschränktem Alkoholgenuß. Am 3. Tage nach einem solchen Exceß klagte der Pat. über Fieberschauer, Schmerzen in den Gliedern und Kopfschmerzen. Die Untersuchung ergab: Puls 120, Temperatur 38·3°, Zunge trocken, gonorrhoischer Ausfluß vermindert, das Uriniren sehr schmerzhaft. 3 Tage später fand L. den Pat. hilflos und in Schweiß gebadet, mit ängstlichem Gesichtsausdruck und schwerer Sprache. Puls 150, Temperatur 39·4, Respiration 50, Zunge braun und trocken, Durchfälle, die Secretion aus der Urethra verschwunden. Die sorgfältigste innere Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für diesen schweren Allgemeinzustand. Nach 3 Tagen Exitus. L. glaubt, daß es sich um eine acute Septicämie gehandelt habe, bedingt durch Resorption septischer Stoffe vom localen Herde in der Urethra aus.

— Als ein einfaches Verfahren zur **Behandlung der sogenannten Ganglien,** der Synovialcysten im Bereiche des Handgelenkes, empfiehlt Prof. SIMON DUPLAY („Arch. méd. Belges“, Januar 1895) Injectionen einiger Tropfen Jodtinctur in die Cyste. Die Injection wird mit einer gewöhnlichen PRAVAZ'schen Spritze unter streng aseptischen Cautelen ausgeführt. Unter sanftem Druck werden 5 bis 6 Tropfen Jodtinctur in den Synovialsack eingespritzt. Nicht selten tritt, wenn die Nadel zurückgezogen ist, etwas Flüssigkeit zurück, was jedoch nicht von Belang ist. Hierauf wird das Gelenk durch einen leichten Compressionsverband ruhiggestellt. Gewöhnlich ist nach 5—6 Tagen Heilung eingetreten. Bei umfangreichen Cysten, oder wenn die Verkleinerung nach der ersten Injection keine wesentliche war, ist eine zweite Injection nothwendig.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Balneologen-Congreß.

XVI. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Berlin, 7.—11. März 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

III.

SCHUBERT (Reinerz): **Der Aderlaß und die vicariirenden Ausscheidungen des Körpers.**

Nach den Untersuchungen des Vortragenden kommen beim kranken Menschen sowohl in Bezug auf die Menge und Farbe des Serums, als in Bezug auf das Verhältniß der oberen und unteren Schicht des Blutkuchens die mannigfachsten Abweichungen des Aderlaßblutes vor. Das Blut auf der kranken z. B. der gelähmten oder rheumatisch afficirten Seite zeigte weit mehr weiße Zellen als auf der gesunden; das Blut der kleinen Venen desselben Arms war viel reicher an weißen Zellen als das der größten, die Venen am Fuße derselben Seite weisen noch mehr helle Zellen auf als die am Arm. Es gelang Redner, die weiße Oberschicht des Aderlaßblutes von der dunklen unteren Schicht zu isoliren. In der ersteren fand er bei mikroskopischer Untersuchung zunächst lauter runde weiße Zellen, dann regelmäßig sechseckige, wie Honigwaben sich aneinanderlegende hellglänzende Zellen. Die untere Schicht enthielt nur rothe Blutkörperchen, welche sich geldrollenartig aneinander lagerten. Die weißen Zellen gehen sehr rasch in Fibrin über, während die rothen Körperchen sich lange halten. Die Eigenschaft der weißen Zellen, sich sechseckig aneinander zu lagern, hält Redner für specifisch, ebenso wie die geldrollenartige Lagerung der rothen Körper. Außerdem gibt es noch andere nicht fibrinbildende weiße Zellen, welche sich tagelang im Serum halten und dort einen milchigen oder, mit rothen untermischt, hellrothen Satz bilden. Der dunkle violette Satz besteht aus weißen Zellen mit einem ganz deutlichen violetten Kern in der Mitte. Dieser dunkle Satz enthält Eisen. Redner nimmt an, daß es sich in den weißen Blutzellen um ein abgebrauchtes Product handelt, welches der Ausscheidung harrt und durch die natürlichen Ausscheidungsorgane ausgeschieden wird, zumal die Eiterkörperchen und die im Auswurf vorkommenden Zellen mit den weißen Blutkörperchen in Größe und Form identisch sind. Die Eiterzellen aus der Nasen- und Luftröhrenschleimhaut zeigen übrigens genau die beschriebene specifische Eigenschaft der weißen Zellen und verändern sich in kurzer Zeit zu Fibrin. Diese weißen, Zerfallsproducte darstellenden Zellen werden durch die natürlichen Ausscheidungsorgane des Körpers, die Oberhaut, die Schleimhäute des Darmcanals, der Harn- und Respirationsorgane, sowie der Geschlechtsorgane der Frauen ausgeschieden. Diese Ausscheidungen und ihre Regelung spielen in der Medicin eine ungemein große, bisher viel zu wenig beachtete Rolle. Das wichtigste Ausscheidungsorgan ist

die Körperoberhaut, zu deren richtiger Function eine bestimmte Wärme nothwendig ist. Tritt aber durch heftige oder lange anhaltende schädliche Einwirkung auf die Haut eine Störung ihrer Function ein, dann wird ihre Ausscheidung auf ein Minimum beschränkt oder hört ganz auf, es treten für die Ausscheidung des abgebrauchten Blutes andere Organe ein, die Respirations-, Darm- oder Nierenschleimhaut. Hieher gehört auch die Ausscheidung der Haut durch Hautausschläge, Geschwüre, Furunkel, Phlegmonen etc. bei nicht richtiger Function der natürlichen Ausscheidung. — Das einfachste Beispiel für die vicariirende Ausscheidung ist der Schnupfen. Geht man eine Zeitlang mit nackten Füßen auf dem kalten Fußboden umher, so kommt nach wenigen Minuten das Niesen, dann die Schleimabsonderung. Die Ausscheidung durch die Haut ist zuerst an den Füßen gestört, der Blutstrom nimmt die entgegengesetzte Richtung, ein Schnupfen oder Kehlkopfcatarrh ist die Folge der geänderten Circulation. Die überall vorhandenen specifischen Bacillen erhalten dadurch erst den richtigen Nährboden und tragen dann zur weiteren Entwicklung und Unterhaltung des Schnupfens bei. Ganz dasselbe gilt auch von den anderen Schleimhäuten. Am günstigsten sind diejenigen daran, welche selbst größere Schädigungen und Temperaturwechsel ohne Störung ihrer Hautfunction ertragen; aber glücklicher sind immer noch jene Patienten, bei welchen die vicariirende Ausscheidung in Form eines Catarrhs etc. eintritt, als die, bei denen sie ganz ausbleibt und in Folge dessen leicht zu inneren Blutungen, Schlagfluß oder zu dauernden Congestionen, schweren Nerven- und Gehirnstörungen, zu Rheumatismen etc. führt.

Wird oder kann die Schädigung der Oberhaut nicht mehr beseitigt werden, dann werden die Ausscheidungen in den vicariirenden Organen chronisch. Das beste Schutzmittel gegen diese Erkrankungen ist also eine geregelte normale Hautthätigkeit, die ja durch alle balneologischen Maßnahmen erstrebt und erreicht wird, so daß die Haut und die Schleimhäute stets gesundes Blut erhalten. Aber auch nervöse Einflüsse, wie Furcht, Angst, Schrecken, sowie klimatische Einflüsse vermögen dadurch, daß die äußere Haut kalt und blutleer wird, die Hautausscheidung zu stören.

Die meisten in dieser Beziehung wirksamen Medicamente regeln die Circulation und die Ausscheidung, aber nur solange, als die Schädigung eine beschränkte bleibt und die Ursache nicht anhält. Redner stellt nach seinen Erfahrungen bei 402 Patienten und über 1000 Aderlässen als ausscheidendes, schweißtreibendes und zugleich erregendes Mittel den Aderlaß obenan. Es gibt kein Mittel, welches annähernd eine gleich starke Reaction hervorruft und geeigneter wäre, neben der Regelung der Hautausscheidung die Blutneubildung und Regeneration des ganzen Körpers einzuleiten.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 25. März 1895.

CSOKOR demonstrirt zwei von einem 5monatl. Kalb stammende Präparate von congenitaler universeller Chromatose, welche Affection sich durch Pigmentflecke von tief dunkler Farbe an allen Organen äußert.

Kaposi weist darauf hin, daß analoge Bildungen, allerdings in beschränktem Maße, auch beim Menschen vorkommen, nämlich bei den melanotischen Carcinomen und Sarcomen. Er richtet deshalb an den Vorredner die Frage, ob sich bei den Hausthieren aus solchen Pigmentbildungen malign Neoplasmen entwickeln, worauf

Csokor erwidert, daß die Melanose beim Rinde eine ungeheuere Seltenheit sei.

FRANK demonstrirt das durch Laparotomie gewonnene Präparat eines Echinococcussackes des Netzes. Dasselbe stammt von einer 26jähr. Frau, welche seit 4 Jahren über Magenbeschwerden, hauptsächlich Magenkrämpfe, klagte, und welche seit 2 Jahren die Entwicklung einer Geschwulst im Bauche bemerkte. Bei der Aufnahme fand sich ein in das kleine Becken hineinragender Tumor, welcher gemäß dem Befunde per vaginam als Ovarialcyste aufgefaßt wurde; bei der Laparotomie wurde ein dem untersten Ende des Netzes angehöriger, zwischen die Blätter desselben eingelagerter Tumor gefunden und exstirpirt, der sich als Echinococcussack erwies. Der Fall bietet insoferne Interesse, als Echinococcen des Peritoneums multipel zu sein und mit einem Leberechinococcus einherzugehen pflegen.

v. BASCH demonstrirt ein neues Modell seines Sphygmomanometers, welches nicht auf dem Princip des Aneroidbarometers, sondern auf dem der einfachen elastischen Feder beruht und sich gegenüber dem früheren Modell durch seine größere Handlichkeit und den billigeren Anschaffungspreis auszeichnet.

EMIL SCHWARZ: Ueber den Carcinomparasitismus.

Vortr. unterzieht, nachdem er einleitend die verschiedenen Wandlungen in den Anschauungen über die Aetiologie des Carcinoms besprochen hat, die in den letzten Jahren aufgetauchten Bestrebungen, die Entstehung der Carcinome auf Parasiten zurückzuführen, einer kritischen Beleuchtung, die er durch eigene eingehende Untersuchungen stützt.

A priori sei es nicht gerechtfertigt, die Möglichkeit einer infectiösen Entstehung der Carcinome abzuweisen. Was bisher in dieser Richtung beschrieben worden sei, sei aber nicht geeignet gewesen, die Sache zu klären, vielmehr haben die zahlreichen Arbeiten über dieses Thema dazu beigetragen, das Thema noch mehr zu verwirren, wohl deshalb, weil die Mehrzahl der Autoren mit viel zu geringer Sachkenntniß sich in die Bearbeitung dieses Capitels einließ. Was bisher als Carcinomparasiten beschrieben wurde, sei als Producte der Metamorphosirung oder Degeneration von Rundzellen anzusehen. Allerdings gebe es eine Gruppe von Carcinomeinschlüssen, welche eine Sonderstellung einnehmen; es sind dies Formen, welche SCH. als plasmoide, cytoide und cystoide Formen bezeichnet, und die eine gewisse Aehnlichkeit mit der Entwicklung der Sporozoën aufweisen. Daß es sich hier wirklich um Sporozoën handle, könne, nachdem ein experimenteller und cultureller Beweis nicht möglich ist, nur auf dem Wege der histologischen Untersuchung bewiesen werden. Diese zeige nun, daß die cytoiden und cystoiden Bildungen theils auf eingewanderte und degenerirte Leukocyten, theils auf Zellinvaginationsvorgänge, theils auf pathologische Mitosen zurückzuführen sind, und daß die plasmoiden Formen im engsten Zusammenhange mit nekrotischen Vorgängen stehen.

Nach den Untersuchungen des Vortr. fällt somit die Bedeutung aller der als Parasiten beschriebenen Gebilde hinweg und sie stellen sich durchaus als morphologische Degenerationsformen heraus. Nach allen bisher vorliegenden Thatsachen sei es, wenigstens auf histologischem Wege, fast unmöglich, einen Carcinomparasitismus nachzuweisen. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. März 1895.

Vorsitzender: Prof. KOLISKO.

Prof. OBERSTEINER: Die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Histologie des Centralnervensystems kritisch beleuchtet.

(Erscheint in extenso.)

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Dr. HERZ: Ueber sicht- und fühlbare Arterienpulsationen.

Dr. Herz bemerkt, daß er durch seinen Vortrag nur eine falsche Vorstellung ausmerzen wollte. Er erwähnt den Versuch eines Experimentators, der fand, daß eine frei präparirte Arterie nicht pulsirt, während die anderen Arterien pulsiren. Die Sache ist aber ganz einfach: die Arterie pulsirt nämlich normaler Weise nicht. Das Principielle ist, daß, wenn man an einem Kranken Arterien pulsiren sieht, man die Ursache dieser Pulsation suchen muß. Auch die Arterien des Augenhintergrundes pulsiren nicht, weil die Arterien überhaupt nicht pulsiren. Wenn man jedoch den Bulbus drückt, so pulsiren sie ebenfalls.

Dr. Bidl erklärt, daß er nicht der erwähnte Experimentator ist. Er findet aber die Behauptung leichtfertig hingestellt, daß Arterien, die früher nicht pulsirt haben, plötzlich pulsiren, blos weil der Blutdruck gesunken ist. Redner glaubt, daß das, was er erwähnt hat, zu wenig berücksichtigt wurde. Er stellt sich vor, daß die Arterien unter nervösen Einflüssen stehen, und daß Veränderungen vor sich gehen können, die eine Pulsation zur Wahrnehmung bringen. Dr. HERZ hat ferner gesagt, daß die Blutdrucklehre nur in Bezug auf die Pulsation der Gefäße von Bedeutung sei. Daß das nicht der Fall ist, zeigen die Untersuchungen von vielen Forschern und die Arbeiten zahlreicher Internisten.

Dr. Herz bemerkt, daß es sich da um ein Mißverständniß handle. Was das Dickerwerden der Arterienwände betrifft, so ist dasselbe noch nicht bewiesen.

Doc. Dr. Königstein: Wir unterscheiden zweierlei Arterienpulse im Auge. Der eine ist dann da, wenn der intraoculäre Druck groß ist, der andere ist derjenige, den wir unter bestimmten Verhältnissen, wie bei manchen Herzerkrankungen und Morbus Basedowii, im normalen Auge sehen. Diese Form des Arterienpulses ist jedoch ganz anders als die bei Glaucom. Während man nämlich bei diesem ein Erblassen und Füllen der Arterien sieht, bemerkt man bei jenen eine Locomotion der Arterien. Aehnliche Pulse, aber nicht constant, findet man bei Chlorotischen und Anämischen.

Dr. Reiner kommt auf eine Bemerkung von Prof. v. BASCH zurück. Dieser sagte nämlich, daß bei erhöhtem Blutdrucke die Elasticität groß werde. Damit befindet er sich mit den Physikern im Widerspruche, denn wenn man die äußersten Consequenzen zieht, müßte eine sklerotische Arterie am meisten elastisch sein.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 20. März 1895.

L. PICK demonstrirt Präparate eines primären Netzcarcinoms, sowie ein Abortivei mit multiplen polipösen epichorialen Hämatomen, entstanden aus blutiger Symfusion langer fibröser Polypen der Chorionzotten.

F. FÜRSTENHEIM zeigt an einem Kinde Kiemengangshautauswüchse mit knorpligem Gerüst.

NITZE berichtet über eine Nierenexstirpation auf Grund einer durch Kystoskopie gestellten Diagnose.

PLACZEK stellt eine Frau vor mit Narkosenlähmung der linken Extremität. Deutlich nachweisbare anatomische Veränderungen: Schwund der Daumenballenmusculatur, sowie der Muskeln des kleinen Fingers.

A. ROSENBERG demonstrirt ein aus der Tonsille entferntes, 4 Cm. langes Kalkconcrement.

FÜRBRINGER: Zur klinischen Bedeutung der Spinalpunction.

Nach kurzem Ueberblick über die bisherige Literatur (QUINCKE, LICHTHEIM, A. FRÄNKEL u. A.) berichtet Redner über seine seit dem Jahre 1892 methodisch gesammelten Erfahrungen. In 86 Fällen hat er mehr als 100mal die technisch leichte Punction des Spinalcanals ausgeführt. Man benutzt den 2., 3. oder 4. Zwischenwirbel der Lendengegend bei Sitzen des Pat. mit gekrümmtem Rücken und wählt am besten die untere Spitze des Dornfortsatzes als Niveau der Punction. Für die Canüle der Spritze empfiehlt F. eine Lichtung von 1 Cm. und eine Länge von 7 Cm. Narkose ist absolut zu entbehren. Schmerzhaft ist viel weniger der Stich, als die Aspiration der Flüssigkeit, so daß Redner später auf diese verzichtet hat. Menge und Druck der Flüssigkeit, die sehr verschieden sind, haben praktisch keine große Bedeutung. Von Nebenerscheinungen erwähnt Redner kleine Blutungen nach Verletzung kleiner Piagefäße.

Was die klinischen Resultate betrifft, so hat FÜRBRINGER unter 37 Fällen von Meningitis tuberculosa, deren Diagnose in einer geringen Zahl von Fällen zweifelhaft war, 7mal in der Punctionsflüssigkeit keine Tuberkelbacillen gefunden, 30mal sie dagegen sicher nachweisen können. Die Stellung der Diagnose wäre ohne diesen Nachweis nicht möglich gewesen. In 3 Fällen von Meningitis serosa simplex bei Kindern war der Erfolg der Punction ein sehr mäßiger. Besser war das Resultat in einem Falle von chronischer Meningitis. Bei einer Pat., welche neben Pneumonie Meningitissymptome zeigte, fanden sich in der Spinalflüssigkeit Pneumoniecoccen. — Von 4 Fällen von Hirntumor ergab die Punction zweimal eclatante Besserung, welche einige Zeit anhielt, während 2 Patienten sehr bald nach der Punction starben; ebenso 2 Urämiker. Ob der plötzliche Exitus mit der Punction in Zusammenhang zu bringen ist, läßt Redner unentschieden. In Fällen von chronischer Myelitis, Tabes, chronischer Säufermeningitis hat er kein verwerthbares Resultat erlangt. Dagegen wurde bei 2 Fällen von Hirnapoplexie mit Durchbruch in die Ventrikel aus dem Spinalraum Blut, bezw. blutreiche Flüssigkeit herausbefördert. In einem Falle von epidemischer Nackenstarre gelang es sofort, die Spritze mit rahmigem Eiter zu füllen.

Der klinisch diagnostische Werth der Methode beruht in der Untersuchung auf Tuberkelbacillen und der Aspiration von Eiter, eventuell einer blutreichen Flüssigkeit. Bezüglich des therapeutischen Werthes sind die Voraussetzungen getäuscht worden.

An der Discussion betheiligen sich **A. Fränkel, Heubner, Senator, Goldscheider, Ewald, Frehany.** Nur der Erstere hat ebenfalls in dem durch Punction gewonnenen Liquor cerebrospinalis wiederholt Tuberkelbacillen nachweisen können, während **Heubner's** und **Senator's** Untersuchungen negativ blieben. Im Allgemeinen wird die Ansicht ausgesprochen, daß bei genauer Kenntniß der anatomischen Verhältnisse auch jeder praktische Arzt die Methode ausführen kann. Wiederholt ist durch die Punction eine entschiedene Besserung der Hirndrucksymptome bewirkt worden. **Heubner** und **Senator** betonen, daß man den Kindern durch die Punction häufig Linderung verschaffen und die für die Umgebung so störenden Symptome beseitigen kann. Wenn der Eingriff die Meningitis auch nicht heilt, so wird ihr Verlauf doch etwas verzögert. — **Freyhan** hat die Spinalflüssigkeit auch auf Eiweiß und Zucker untersucht. Bei Meningitis tuberculosa ist der Eiweißgehalt nie geringer, als 1 pro Mille, und auch bei Hirntumor ist er ein gesteigerter. Jedenfalls gibt die Eiweißbestimmung in gewissen Fällen einen Fingerzeig für die Diagnose ab. Dagegen hat er weder bei Meningitis, noch bei Hirntumor Zucker gefunden. Was die Ventrikelblutung betrifft, so ist auch hier der Uebertritt des Blutes in die Spinalflüssigkeit für die Diagnose von Wichtigkeit und kann für die Entscheidung des Chirurgen von großer Bedeutung sein. —r.

Notizen.

Wien, 30. März 1895.

Moritz Gauster †.

Am 24. d. M. ist einer der angesehensten Aerzte unseres Vaterlandes, ein Mann, der sich nicht nur um die Wissenschaft, sondern auch um den ärztlichen Stand große und bleibende Verdienste errungen, gestorben. MORITZ GAUSTER war ein Sohn der Stadt, in der er gewirkt, ein Jünger der Wiener Schule, deren Traditionen er stets hoch gehalten.

1828 zu Wien geboren, 1851 nach Absolvirung der philosophischen und medicinischen Studien daselbst promovirt, wandte sich der junge Arzt sofort psychiatrischen Studien zu, welchen er als Secundarzt der neuerbauten Irrenanstalt oblag, als deren Primararzt und — nach SCHLAGER's Tode im Jahre 1885 — als deren Director er bis zu seinem Lebensende fungirte. Seine mustergiltige administrative Thätigkeit hinderte ihn nicht, wissenschaftlich fortzuarbeiten, und seine Schriften über „Moralisches Irresein", „Psychische Entartungen", seine Arbeit über gerichtliche Psychopathologie in MASCHKA's Handbuch der gerichtlichen Medicin, wie nicht minder die zahlreichen Artikel, die GAUSTER mit Vorliebe in dieser Wochenschrift publicirte, tragen den Stempel scharfer Beobachtungsgabe, reicher Erfahrung und rastlosen Fleißes.

Nicht minder erfolgreich war GAUSTER's Thätigkeit auf dem Gebiete des öffentlichen Sanitätswesens, dessen Entwicklung der Verblichene in Wort und Schrift mächtig gefördert hat. Als Mitglied des niederösterreichischen Landessanitätsrathes wie als Vorsitzender des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege trat der Autor des vielbemerkten, 1867 verfaßten Referates über die Medicinal-Organisation in Oesterreich und ihre Reform stets warm und energisch für die praktische Bethätigung der Errungenschaften der Hygiene ein, deren unerschrockener Vorkämpfer er stets gewesen ist.

Den Aerzten Oesterreichs ist GAUSTER's Thätigkeit als Vorsitzender des Aerztevereins-Verbandes in bleibender Erinnerung. Seine außerordentliche Geschäftskenntniß, sein parlamentarischer Tact und das conciliante Wesen, das ihn charakterisirte, prädestinirten GAUSTER zu der Stelle des Präsidenten der ersten Wiener Aerztekammer, deren Leitung er leider nur ein Jahr innehatte. Mit der Wiener Aerztekammer trauern zahlreiche Corporationen an seiner Bahre; sie alle haben durch den Hintritt dieses wackeren, zielbewußten und aufopfernden Mannes einen schier unersetzlichen Verlust erlitten.

(**Oberster Sanitätsrath.**) In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 23. März d. J. wurden vom Sanitätsreferenten im Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. R. v. KUSY, Mittheilungen über die Ergebnisse der Anwendung des Diphtherieheilserums bei Behandlung von Diphtheriekranken in den verschiedenen Königreichen und Ländern außerhalb Wiens, sowie über den Stand der Serumproduction in der k. k. Heilserum-Gewinnungsanstalt in Wien gemacht. Es wurde bisher die ausschließliche Behandlung von 950 Diphtheriefällen außerhalb Wiens mit Heilserum gemeldet, wovon 439 auf Böhmen, 252 auf Triest entfallen. Die Mortalität in diesen Behandlungsfällen, unter welchen sich eine große Anzahl schwerer, sogar operirter Fälle befanden, ist im Durchschnitte auf 15·7% gesunken, während die durchschnittliche Diphtheriemortalität in Oesterreich im Quinquennium 1889—1893 zwischen 38·1 und 43·8% der Erkrankungen schwankte. In der k. k. Heilserum-Gewinnungsanstalt sind von den eingestellten 14 Pferden 7 immunisirt und im Ganzen 16 Liter Serum gewonnen worden, von welcher Menge anfangs März 6 Liter vorräthig geblieben sind. Die Organisation des Vertriebes des Heilserums ist im Zuge. An diese Mittheilungen knüpfte sich die Debatte über die vom n. ö. Landes-Sanitätsrathe erstatteten Vorschläge, betreffend die Ermöglichung und Zugänglichmachung der bacteriologischen Untersuchung von Proben diphtherischen Belages in wissenschaftlichen Instituten behufs Feststellung der Diagnose der Diphtherie, insbesondere in jenen Fällen, bei welchen das Heilserum in Anwendung kommen soll.

(**Die Kehrichtabfuhr in Wien**), eines der zahlreichen traurigen Capitel in der Handhabung der öffentlichen Sanitätspflege unserer Stadt, bildete den Gegenstand der diesmonatlichen Sitzung des n. ö. Landes-Sanitätsrathes. Derselbe machte neuerdings darauf aufmerksam, daß die bisher in Wien übliche Art der Einsammlung und Verführung des Straßen-, namentlich aber des sanitär in hohem Grade bedenklichen Hauskehrichts den hygienischen Anforderungen nicht entspreche und daß eine endgiltige Regelung dieser Frage dringend nothwendig erscheine. Nachdem die in sanitärer Hinsicht zweckmäßigste Form der unschädlichen Beseitigung des Kehrichts, die Verbrennung desselben in eigenen Verbrennungsöfen, vom technischen wie vom ökonomischen Standpunkte sich als durchführbar erwiesen und insbesondere in großen Städten Englands sich bestens bewährt habe, stehe einer durchgreifenden Reform der gedachten Frage kein Hinderniß mehr im Wege, und müsse es als wünschenswerth bezeichnet werden, daß seitens der Commune Wien die Errichtung eines Verbrennungsofens nach englischem Muster in Verbindung mit einer Desinfections-Anstalt ehethunlichst in Angriff genommen und innerhalb eines festzusetzenden kürzeren Termines durchgeführt werden möge.

(**K. k. Gesellschaft der Aerzte.**) In der am 22. d. M. abgehaltenen Jahressitzung dieser Gesellschaft wurden gewählt: Zum Präsidenten: Hofrath V. DITTEL; Vicepräsidenten: Professor CHROBAK; I. Secretär: Prof. BERGMEISTER; II. Secretär: Professor PALTAUF; Vermögensverwalter: Dr. ANTON LÖW; I. Bibliothekar: Dr. UNGER; II. Bibliothekar: Dr. PASCHKIS; zu Vorsitzenden: Prof. GUSSENBAUER, Prof. v. WAGNER, Prof. ZUCKERKANDL; zu Verwaltungsräthen: Prof. STÖRK, Prof. S. EXNER, Dr. SPITZMÜLLER, Prof. MAX GRUBER, Prof. ERNST LUDWIG, Prof. KOLISKO, Professor CSOKOR, Prof. NEUMANN, Dr. HANS ADLER, Prof. A. V. FRISCH. Zu ordentlichen Mitgliedern wurden alle vom Verwaltungsrathe Vorgeschlagenen — 32 an Zahl — gewählt; zu correspondirenden Mitgliedern die Proff. BASSINI (Padua) und THIRIAR (Brüssel).

(**Abschiedsvorlesung des PROF. SCHNABEL.**) Aus Prag wird uns berichtet: Der an die ophthalmologische Lehrkanzel der Wiener Universität berufene Prof. ISIDOR SCHNABEL hielt am 22. d. M. seine Abschiedsvorlesung, zu welcher sich nebst seinen zahlreichen Hörern auch Professoren und viele Aerzte eingefunden hatten. Als Prof. SCHNABEL den Hörsaal betrat, richtete an ihn sein erster Assistent, Dr. HISCH, eine tiefempfundene Ansprache, in welcher er den Scheidenden als den Regenerator der Prager ophthalmologischen Klinik pries, worauf ein Hörer den Gefühlen der Dankbarkeit, von welcher seine Schüler für den geliebten Lehrer beseelt sind, in schwungvollen Worten Ausdruck gab. Tiefgerührt von der dargebrachten Ovation hielt Prof. SCHNABEL eine gehalt- und bedeutungsvolle Ansprache. „Ein feierlicher Abschied", begann der Redner, „entspricht zwar nicht meinen Neigungen; da Sie es aber anders gewollt haben, so will ich Ihnen zuerst sagen, daß es mir weh thut, von dieser Stelle zu scheiden. Schwer kommt die Trennung aus einer Sphäre, in der ich lange Zeit mit Hingebung gewirkt habe. Ich verlasse einen Theil von mir selbst, denn die Klinik trägt den Stempel meines Wollens und Wirkens. Als ich sie übernahm, schlief sie wie ein Dornröschen, aber nicht unter Rosen. Sie hatte sich in der ganzen Zeit ihres Bestandes verhältnißmäßig wenig geändert, und trotzdem hervorragende Männer an ihr gewirkt hatten, blieb sie in den Bahnen des Anfangs des Jahrhunderts. Der Hörsaal war zu klein für die große Zahl von Hörern, der Unterricht im Gebrauche des Augenspiegels durch die mangelnden Räumlichkeiten unmöglich, das Operationszimmer mußte neu geschaffen werden, die Ambulanz mußte in dem dunklen Zimmer abgefertigt werden, wo die schwersten Kranken auf dem Markte lagen, die sogenannte Abtheilung starrte von Schmutz. Das Alles ist anders geworden, so daß sich die Prager Augenklinik unter ihren Mitschwestern, von denen keine ein beneidenswerthes Los hat, sehen lassen kann. Auch der Unterricht ist in solche Bahnen geleitet worden, daß ich auch von diesem Theile meiner Thätigkeit mit Beruhigung scheiden kann. Ich habe bei dem Unterrichte mich nicht auf das Fach beschränkt und die Augenheilkunde nicht als den alleinigen Zweck meiner Lehrthätigkeit betrachtet; mein specielles Fach diente mir vielmehr als Mittel zur Erreichung des höchsten Zieles der Universität, das ist, nach allen Seiten ausgebildete, freie Männer in moralischer und intellectueller Hinsicht zu erziehen, aus eigener Verantwortung frei handelnde Männer heranzubilden. Ich habe Ihnen Gelegenheit geboten, aus eigener Beobachtung und aus eigener Ueberlegung aus dem Falle herauszubringen, was an dem Fall zu sehen ist. Es genügt nicht, vom Lehrer zu hören, was er von dem Falle hält; der Student muß im Stande sein, sich selbst zu orientiren, damit er später selbstständig weiter arbeiten kann. Im Leben muß man lernen, und nur die Methode hiezu kann erworben werden. Dadurch wird man frei und auf sich selbst gestellt. Das gilt sowohl von der intellectuellen als von der moralischen Freiheit. Moralisch frei ist nur Derjenige, der in sich selber das Gesetz trägt, der das thut, was ihm Gewissen und Einsicht gebieten, und sich nicht durch äußere Verhältnisse von der eingeschlagenen Bahn abbringen läßt. Die Verantwortung des Arztes ist eine ungeheuere, und deshalb muß er sich auch moralisch zur Freiheit heranbilden. Diese Grundsätze haben mich geleitet, in meinem Fache ein Mittel zu dem hohen Zwecke zu sehen, harmonische und nach allen Seiten hin gereifte Geister heranzubilden. Auf solche Weise in den Hörsälen herangebildete Männer bilden eine Macht im Staate, die sich nicht zu organisiren braucht, und wenn von solchen das ganze Volk und Land durchzogen ist, dann erst sieht man die Macht der Universitas literarum, dann sind wir in stetiger geistiger Berührung, eine freie, große Gesellschaft ohne Statuten, Männer, die sich im Geiste und im Herzen umfassen, und zahllose sociale und politische Rohheiten müssen verschwinden. Das ist das Ideal, welches mir beim Unterrichte stets vorgeschwebt hat. Nicht bloß mit nützlichen Kenntnissen wollte ich Sie versehen, welche Ihnen meist Patienten, Geld und Ehren einbringen können, sondern auch Sie zu edlen Menschen heranbilden. Und daß Sie mir heute dafür danken, dafür danke ich Ihnen. Mich freut diese Anerkennung und sie macht mir den Abschied leicht. Nehmen Sie meine herzlichsten Glückwünsche auf Ihren Weg entgegen! Möge es Ihnen möglich bleiben, ideal strebende Menschen zu sein, ohne viel dafür büßen zu müssen. Capituliren Sie nicht vor dem Leben, behalten Sie lieber Unrecht, als daß Sie nachlassen werden, was Sie als edel und recht erkannten. Tragen Sie mit Geduld das Martyrium des Arztes, und lassen Sie sich nie unter das Joch der Gemeinheit beugen. Und nun noch eine Bitte! Erinnern Sie sich in der Zukunft der Stunden, die Sie hier zugebracht haben und gedenken Sie auch meiner, wenn Sie eine Befriedigung in Ihrem praktischen Wirken empfinden!" — Lang andauernder stürmischer Beifall und lebhafte Prosit-Rufe folgten den Worten des geliebten Lehrers und Meisters.

(Auszeichnung.) Dem Privatdocenten an der Universität in Krakau, Dr. STANISLAUS PONIKLO, ist der Titel eines a. o. Professors verliehen worden.

(Congreß für innere Medicin in München.) Das Geschäfts-Comité hat beschlossen, das Referat über „Die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie" schon am ersten Tage des Congresses, Dienstag den 2. April, Aormittags, abzuhalten, während die Referate über „Die Eisentherapie" am zweiten Tage, Mittwoch den 3. April, Vormittags, stattfinden sollen. Im Uebrigen bleibt das Programm des Congresses unverändert.

(Congresse.) Der V. ungarische Balneologen-Congreß wird vom 31. März bis 2. April d. J. in Budapest tagen. Zahlreiche interessante Vorträge sichern demselben das Interesse der ärztlichen Welt. — Die diesjährige Versammlung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft wird in der Zeit vom 23.—25. September d. J. in Graz stattfinden. Hauptthemata der Verhandlungen sind „die Pemphigusfrage" (Reff.: KAPOSI-Wien und O. ROSENTHAL-Berlin) und „die Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode" (Reff.: CASPARY-Königsberg und NEISSER-Breslau). — Der V. internationale ohrenärztliche Congreß findet vom 23.—26. September d. J. in Florenz statt.

(Statistik.) Vom 17. bis inclusive 23. März 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 7259 Personen behandelt Hievon wurden 1526 entlassen; 182 sind gestorben (10·65% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 78, egyptischer Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 42, Scharlach 107, Masern 152, Keuchhusten 31, Wundrothlauf 31, Wochenbettfieber 5, Mumps 21, Influenza 120. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 954 Personen gestorben (+ 105 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Hofarzt Doctor ADOLF GOLD im 59. Lebensjahre, der Primararzt des Rochus-Spitals in Penzing, Dr. HERMANN FISCHER sen., und der praktische Arzt Dr. JOSEF DIEWALD; in Graz der Regimentsarzt des Ruhestandes Dr. ADOLF KOCHER im 73. Lebensjahre; in Breslau der Assistent der medicinischen Klinik, Doc. Dr. BRUNO MESTER, 31 Jahre alt, und der Assistent an der chirurgischen Lehrkanzel, Dr. ROBERT HILLEBRANDT, im 29. Lebensjahre; in Berlin der geheime San.-R. Dr. ADOLF WALDAU, ein Schüler ALBRECHT V. GRAEFE's, ferner der geh. Obermedicinalrath Dr. G. A. SCHÖNFELD; in London der hervorragende Psychiater Dr. D. HACK TUKE im 68. Lebensjahre.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung Montag den 1. April 1895, 7 Uhr Abends, im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Dr. G. KOBLER: „Die Heilquellen von Ilidže in Bosnien". Im Anschlusse hieran werden die Proff. LUDWIG und NEUMANN sprechen.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Vossius A., Die wichtigsten Geschwülste des Auges. 14 Tafeln mit Text. Breslau 1895, J. H. Kern.

Kellgren A., Zur Technik der schwedischen manuellen Behandlung. Mit 79 Abb. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Wernicke C., Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik in Breslau. II. Heft. Leipzig 1895, G. Thieme.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Einzelne Nummern

der **„Wr. Medizinische Presse"** kosten 36 kr. = 60 Pf.; die **Einbanddecke** 1 fl. 15 kr. (2 Mark) und zur **„Wr. Klinik":** 70 kr. (1 Mk. 20 Pf.) inclusive Francozusendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 14. Sonntag den 7. April 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration** der „**Mediz. Presse**" in **Wien**, I., **Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum**, Wien, I., **Hegelgasse Nr. 21**.

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr.** der „**Wiener Mediz. Presse**" in **Wien**, I., **Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Verletzungs-Erblindungen.

Von **Dr. L. Grossmann**, Primar-Augenarzt in Budapest.

Die Verletzungs-Erblindungen in Folge verschiedener Berufsthätigkeiten sind in der gekrönten Preisschrift: „Die Ursachen und die Verhütung der Blindheit" von Prof. E. Fuchs (1885), im Percentsatz ausgedrückt, angeführt. Gemäß der dort angeführten Daten will ich hier nur in Kürze bemerken, daß einseitige Erblindungen durch Verletzungen häufig sind; nach Cohn's Beobachtungen sind sämmtliche einseitige Erblindungen von ihm mit 24·2% angegeben.

Beiderseitige Erblindung erfolgt entweder durch directe Verletzung beider Augen, meist in Ausübung des Berufes, wie durch Schußverletzungen, Pulverexplosion, durch ätzende Körper, wie Kalk, Mörtel und concentrirte Säuren; oder es wird nur ein Auge verletzt, während das andere sympathisch erkrankt. Die erstere Kategorie umfaßt nach Magnus 4%, die letztere 4·5% sämmtlicher Erblindungen.

Weitaus am häufigsten kommen Verletzungen durch Fremdkörper bei den Metallarbeitern vor. Nach einer Zusammenstellung von 357 Verletzungen (schwere und leichte), welche Kaccino innerhalb zweier Jahre beobachtet hat, kamen 207 (58%) auf Metallarbeiter, von diesen waren 156 mal Schlosser betroffen. Diese hohe Ziffer von Verletzungen weist auf die Gefährlichkeit dieses Handwerks hin.

Bei Steinmetzen, Steinklopfern und Müllern bedingen die Verletzungen, nebst Metallsplittern, auch Steinfragmente, welche häufig in den Innenraum des Auges dringen. Eine große Zahl von Verletzungen mit zumeist nachfolgenden Erblindungen liefern die Spielzeuge der Kinder, wie verschiedene Knallpräparate, ferner Kapselgewehre, die Armbrust mit zugespitzten Bolzen, welche in das Auge dringen.

Schließlich ist sehr häufig die Erblindung dadurch bedingt, daß viele Arbeiter nicht sofort nach stattgehabter Verletzung ärztliche Hilfe aufsuchen, sondern so lange weiter um ihren Taglohn arbeiten, bis das zweite Auge sympathisch miterkrankt. (Die detaillirten Angaben der hier nur im Allgemeinen angeführten Verletzungen sind im VI. Abschnitt der „gekrönten Preisschrift" nachzulesen.)

Die zur Verhütung von Augenverletzungen beim Bearbeiten von Metall und Stein von F. in Vorschlag gebrachten prophylactischen Maßnahmen, daß die Arbeiter zum Tragen von Schutzbrillen gezwungen werden sollen, und zwar sowohl durch behördliche Verordnung, als Einflußnahme der Fabrikseigenthümer und Unfallversicherungsgesellschaften, würden unzweifelhaft eine wesentliche Herabsetzung der Verletzungsziffern herbeiführen. Bezüglich der Drahtgitter, Schutzbrillen, welche bei der Beschäftigung durch Staub bald schmutzig und undurchsichtig werden, weshalb solche von den Arbeitern zur Seite gelegt werden, sollte ein Versuch mit den nach Dr. Rosmini und Piermarcni's Angabe aus 3—4 Mm. dickem Glase bei den Optikern Bononi, Colson und Feraris in Mailand verfertigten Brillengläsern angestellt werden. Diese Brillen sollen laut Angabe beider Aerzte selbst beim Anprall größerer Metalltheile nicht zerbrechen, sondern lediglich Risse oder Sprünge erhalten. Es werden die eben angeführten Schutzbrillen in vielen Fabriken Italiens von den Arbeitern mit bestem Nutzen verwendet.

Das Nähere darüber findet sich in der Broschüre von Dr. Jean Rosmini: „Sur le meilleur mode de préserver l'oeil de l'ouvrier des grandes dangers des petites blessures", Milan 1894.

Anknüpfend an die eben angeführten Verletzungsarten werde ich mir gestatten, einige in Folge Dynamitexplosion verletzte Augenfälle, welche ich beobachtete, mitzutheilen. Zur Sprengung des Gesteins behufs Eisenbahn- und Straßenbauten, sowie zur Gewinnung von Steinmaterial zum Zwecke der Kalkbrennerei werden eine Anzahl Dynamitpatronen (bestehend aus 72% Nitroglycerin und 28% Kieselerde gemischt) in ein Bohrloch eingetragen, darauf folgt eine mit Schießpulver gefüllte Zündpatrone; oder die Dynamitpatrone wird

mit einem Zündhütchen stärkerer Sorte in Verbindung gebracht, welches an einer Zündschnur befestigt ist, um die sichere Explosionseinleitung zu bewerkstelligen; außerdem wird darüber Sand, Thonerde oder Wasser zur Verstärkung der Wirkung hinzugefügt. Eine solche Steinsprengung ist häufig Ursache, daß die dabei manipulirenden Arbeiter, abgesehen von unvorhergesehenen Zufällen, sehr oft durch ihren eigenen Leichtsinn nebst mannigfaltigen anderen Zerstörungen auch tief eingreifende Augenverletzungen erleiden.

Zwei durch Dynamitexplosion stattgehabte Augenverletzungen habe ich im Jahre 1887 unter der Ueberschrift: „Traumatische Augenverletzungen" in der „Wr. Med. Presse", Nr. 46 u. f. veröffentlicht.

III. Fall. Szt. S., 32 Jahre alt, Taglöhner, kräftig gebaut, gut genährt, gelangte am 20. Februar 1894 wegen schwerer Verletzung beider Augen in Folge Dynamitexplosion bei stattgehabter Steinsprengung zur ärztlichen Pflege in's Krankenhaus.

Befund. Beiderseits die Gesichtshaut, Augenlider und theilweise Stirnoberfläche stark aufgedunsen, mit eingesprengten Sandkörnern und Blutschorfen besetzt. Rechterseits Conjunctiva bulbi chemotisch, das Epithel der Cornea stellenweise verbrannt und abgehoben, stellenweise defect. Das Hornhautparenchym rauchgrau, im Centrum derselben erschien eine mehr als linsengroße Perforationswunde von unregelmäßiger Gestalt, mit zerrissenen und gedunsen aussehenden Rändern. Aus der Mitte dieser Wunde ragten zerfetzte Irisstücke und Linsenfragmente hervor.

Linkerseits Conjunctiva bulbi wenig geschwellt. Das Epithel der Hornhaut nur an einzelnen Stellen abgehoben. Die Hornhautoberfläche zeigte zerstreute, weißgraue, punktförmige Trübungen.

Behandlung. Nach Cocainisirung beider Augen war das Bestreben dahin gerichtet, die größeren Fremdkörper (Stein- und Sandpartikelchen) aus den oberen und unteren Uebergangstheilen, sowie von den Cornealflächen zu entfernen und mit erwärmter Sublimatsolution 1:5000 zu desinficiren. Der traumatischen Cataract und Irisverstümmelung wegen wurden häufige Atropineinträufelungen und auf das Auge ein Eisbeutel angewendet, das Gesicht mit Sublimatgaze bedeckt.

Trotz mehrtägiger Einhaltung dieser Therapie entwickelte sich unter andauernden Ciliarschmerzen Iridocyklitis combinirt mit eitriger Schmelzung der Hornhaut. (Die traumatische Cataract zu extrahiren war wegen Hornhautdestruction nicht angezeigt.) Zur Linderung der vorhandenen Schmerzen vertauschte ich den Eisbeutel mit dem antiseptischen SATTLER'schen Contentivverband behufs feuchter Wärmeunterhaltung, und anstatt Atropin benützte ich Cocain nebst Scopol. hydrobrom. 4mal des Tags. Ich zog letzteres Medicament (in einer Lösung 1:1000) deshalb vor, weil es nebst seiner mydriatischen Wirkung ein rasch und sicher wirkendes Antiphlogisticum bei entzündlichen Erkrankungen des vorderen Abschnittes des Bulbus ist. Scopolamin bewirkt Schwellungsabnahme der Conjunctiva, übt einen sehr günstigen Einfluß auf eitrige Enzündungen der Hornhaut mit Zerfall des betreffenden Gewebes aus und bewirkt Reinigung des Cornealgeschwüres mit bald nachfolgender Ausfüllung des Substanzverlustes mit Ersatzgeweben. Es beschleunigt die Eiteraufsaugung in der Vorderkammer, und bei vorhandener Iritis tritt nebst Mydriasis Schwellungsabnahme des Irisgewebes ein.

Das genannte Heilmittel leistet nach RAEHLMANN als Mydriaticum und Antiphlogisticum mehr als alle anderen gebräuchlichen Tropeine einschließlich des Atropins. Als Beweis hiefür gilt, daß das Medicament mehr in Verwendung ist, als Atropin. Die bei meinem Kranken continuirlich angewandte feuchte Wärme nebst der combinirten Instillation von Cocain und Scopolamin beschwichtigte die heftigen Ciliarschmerzen; das nekrotische Cornealgewebe hatte sich verhältnißmäßig bald abgestoßen, aber der Endausgang des Krankheitsprocesses war nach dreiwöchentlicher Dauer Phthisis bulbi. Obgleich die geschilderte günstige Beeinflussung dieses neuen Medicaments bei meinem Kranken wegblieb, so ist an seine heilsame Wirkung bei vorbenannten sonstig entzündlich afficirten Organen nicht zu zweifeln, wie ich dies bereits seit einem Jahre in meiner Spitals- und Privatpraxis vielfältig zu erfahren Gelegenheit hatte. Bei meinem Patienten war entschieden die complicirte intensive Verletzung, nebst in großer Menge in den Binnenraum des Auges eingedrungenen Infectionskeimen, die Ursache, daß die Heilwirkung des Mittels vereitelt wurde.

Der Krankheitsverlauf am linken Auge war folgender:

Innerhalb 10 Tagen waren sämmtliche Schorfe der Gesichts- und Lidflächenhaut unter Benützung von Jodoformsalbe abgestoßen, die abgehobenen Epithelpartien der Hornhaut, sowie die an der Oberfläche derselben sichtbar gewesenen weißgrün punktförmigen Trübungen verschwanden in dem Zeitraume von 16 Tagen; die Hornhaut hellte sich völlig auf und glänzte. Die Medication bestand in kalten Umschlägen und Scopolamineinträufelungen. Das Auge erlangte sein früheres Sehvermögen.

IV. Fall. Cs. M., 37jähriger Straßenarbeiter, erlitt am 6. April 1894 bei stattgefundener Steinsprengung eine Dynamitverletzung, welcher 24 Stunden in häuslicher Pflege blieb.

Befund. Aeußere Verletzungserscheinungen der Gesichtshaut analog wie bei dem früher geschilderten Falle. Die Augapfelbindehaut der linken Seite umgab die Cornea als stark entwickelter Wall. Die Hornhautoberfläche verbrannt. Aus der Mitte derselben ragte aus einer mehr als erbsengroßen, unregelmäßigen Perforationswunde, welche von stark infiltrirten Wundrändern umgeben war, eine größere Partie zerrissener Irissubstanz, sowie geblähte Linsenmasse hervor.

Die rechte Hornhaut zeigte verbrannte Epithelstellen. Am oberen Drittheile der Cornea erschienen oberflächliche, zahlreiche, punktförmige Trübungen, und vom horizontalen Meridian derselben nach abwärts bis zum unteren Rande waren auch die tieferen Parenchymschichten von gleichen Trübungen (von feinen Sandkörnern) betroffen.

Die Behandlung war dieselbe wie bei dem früher geschilderten Patienten, der Krankheitsverlauf war ein ungemein rapider, denn schon nach 3 Tagen kam es zur Vereiterung der Hornhaut, und gegen Ende der ersten Woche manifestirten sich ausgesprochene panophthalmitische Erscheinungen. Da der Kranke seine Einwilligung zur Vornahme der Enucleation verweigerte, nahm ich in der Folge behufs Erleichterung der intensiven Schmerzen und wegen erhöhter Bulbusspannung eine Incision vor dem Aequator bulbi parallel zum Hornhautrande vor. Angewandte feuchte Wärme erleichterte und beschleunigte den Krankheitsproceß. Gegen Ende der dritten Woche war derselbe abgeschlossen mit Zurücklassung von Phthisis bulbi.

Die Abwicklung des Krankheitsverlaufes am rechten Auge war im Verhältniß zur stattgehabten Verletzungsart als günstig anzusehen.

Ende der ersten Woche waren die verbrannten Epitheltheile nebst den oberflächlich gelagerten Trübungen abgestoßen, jedoch verursachten die tiefer in die Cornealsubstanz eingedrungenen Sandkörner in der unteren Hälfte derselben circumscripte traumatische Keratitis, welche indeß unter Benützung von Scopolamininstillationen und vier subconjunctivalen Sublimatinjectionen 1 : 2000 nach dreiwöchentlicher Dauer ablief, jedoch mit Hinterlassung einer diffusen, dichten Trübung mit Ausschluß des oberen Drittheiles der Hornhaut, welche ihre Durchsichtigkeit wieder erlangte. Anfangs Juni vollführte ich an der oberen durchsichtigen Cornealpartie eine optische Iridectomie.

Der nachträgliche Erfolg war der, daß der Patient (welcher des Lesens unkundig war) in 15 Cm. Entfernung selbst die allerkleinsten Objecte deutlich wahrzunehmen im Stande war.

V. Fall. M L., 27jähr. Arbeiter, zog sich am 8. Mai 1894 in Folge unvorsichtigen Vorgehens mit einer Dynamitpatrone eine schwere Verletzung des rechten Auges zu.

Nach Angabe des Beschädigten hielt er eine Dynamitpatrone in der linken Hand, mit der rechten wollte er das mit der Patrone in Verbindung stehende Zündhütchen mittelst eines spitzigen Holzstäbchens vom Schmutze reinigen. Bei dieser Manipulation explodirte das Dynamit; sofort empfand er im rechten Auge einen heftigen Schmerz und völlige Verdunklung desselben, mehrere Stunden später wurde der Verletzte in's Krankenhaus überführt.

Befund. Beide Lider nur mit wenigen Blutschorfen versehen; die Conjunctiva bulbi stark geröthet, etwas blutig suffundirt, das Auge stark thränend und lichtscheu. Die Cornea zeigte eine von innen oben quer nach unten außen verlaufende, $1^{1}/_{2}$ Mm. breite,

nach oben mit zerrissenen, im weiteren Verlaufe mit glatten Rändern versehene Spaltwunde. Die vordere Augenkammer enge, nach unten wenig Blut enthaltend. Die Focalbeleuchtung ergab einen Irisdefect genau der Cornealwunde entsprechend. Die Linse, stark nach vorne gedrängt, wies einen quer verlaufenden Kapselriß und einen Trübungsschlauch in der Linsensubstanz nach. Der Glaskörper völlig undurchsichtig, durchfallendes Licht selbst mit dem lichtstarken Spiegel bewerkstelligte keinen Lichtreflex aus dem Augenhintergrunde. Der Bulbus bei vorsichtiger Betastung empfindlich, spontane Schmerzen nicht vorhanden. Quantitative Lichtempfindung vorhanden. An der linken Hand des Kranken fand der Assistent der chirurgischen Abtheilung das 1., 2. und 3. Fingerglied des Zeigefingers zermalmt, am Ringfinger war ober dem 2. Fingergliede ein $2^1/_2$ Cm. langer, quer verlaufender, gequetschter, mit Schmutz belegter Hautriß sichtbar.

Bei stattgehabter Verletzung eines Auges, welche auf einen eingedrungenen Fremdkörper schließen ließ, war die Aufgabe gestellt, alle jene Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen, welche nicht nur die Gegenwart, sondern auch seine Localisation zu bestimmen vermögen, und zwar, ob er im vorderen oder im hinteren Bulbusraume sich befindet, weil dies hinsichtlich der Prognose, wie auch hinsichtlich der Art der Entfernung desselben von höchster Bedeutung ist.

Nach vorausgeschickter sorgfältiger Irrigation des geschädigten Auges mit Sublimatlösung ging ich an die Aufsuchung eines Fremdkörpers, da ein solcher durch die lineare Spaltwunde der Hornhaut einzudringen vermochte. Vermittelst der seitlichen Beleuchtung entdeckte ich aber weder in der vorderen Kammer, noch in der Iris oder Linse einen solchen. Da aber letztere einen Querriß ihrer Kapselhülle und einen Trübungsschlauch in ihrer Substanz aufwies, mußte ein eingedrungener Fremdkörper irgendwo im Augenhintergrunde liegen. Indem jedoch der Glaskörper in Folge Blutergusses völlig undurchsichtig war, konnten weder die früher erwähnten zwei Beleuchtungsarten (auf und durchfallendes Licht), noch reflectirtes directes Sonnenlicht, in's Auge geleitet, über die Localisation eines solchen Aufschluß ertheilen.

Bezüglich der Natur des voraussichtlich eingedrungenen Corpus alienum konnte ich in Folge stattgehabter Explosion auf ein abgesprungenes Zündhütchenfragment schließen.

Nach vorausgeschickter Desinfection des Bulbus und seiner Umgebung bestand die Behandlung in täglich mehrmaliger Atropinisirung, um die Iris aus dem Bereiche der verletzten Linse, welche in Folge des Kammerwasserzutrittes cataractös zu entarten und in Blähung überzugehen drohte, nach der Peripherie zu verlegen; außerdem wurden kalte Fomente auf das Auge applicirt. Am Morgen des folgenden Tages war das obere Lid geröthet, geschwellt und druckempfindlich. Die Augapfelbindehaut in der Cornealumgebung ziemlich geschwellt, die Wundränder der Spaltwunde leicht infiltrirt, der Kapselriß unverändert. Die Linsenoberfläche grau getrübt. Pat. klagte über ausstrahlende Schmerzgefühle in der Supraorbitalgegend, der Bulbus bei Betastung viel empfindlicher als Tags vorher. Anstatt Atropin wurden Cocain und Scopolamin und Augeneisbeutel angeordnet. Unaufhaltsam jedoch schritt der Entzündungsproceß weiter; am dritten Tage bildete die Conjunctiva bulbi einen straffen Wall um die Hornhaut, die Wundränder eitrig infiltrirt. Linsentrübung nur wenig vorgeschritten. Vom dritten bis zum fünften Tage erreichte der Entzündungsproceß jene Höhe, welche untrügliche Erscheinungen einer rapid zur Entwicklung gelangten Panophthalmitis kennzeichnete. Abgesehen von dem tief gerötheten und sehr geschwellten oberen Lid erschien der Bindehautwall mächtiger. Die Cornealfläche in der unmittelbaren Nähe der stark eitrig infiltrirten Wundränder opak. Der Bulbus sehr gespannt, aber noch nicht protrudirt. Es war somit beginnende Panophthalmitis. Die subjectiven Schmerzen intensiv, Körpertemperatur 48° C.

Ich machte dem Kranken den Vorschlag, das verletzte Auge entfernen zu lassen, wozu derselbe seine Einwilligung ohne Bedenken ertheilte.

Die Enucleation wurde sofort executirt, die Augenhöhle von Blutgerinnseln gereinigt, mittelst Pinsels in dieselbe feines Jodoformpulver eingebracht und der Verband angelegt. Der Heilungsverlauf war ein derart günstiger, daß der Pat. am siebenten Tage nach der Operation aus dem Krankenhause entlassen zu werden geeignet war; er mußte jedoch einer weiteren chirurgischen Behandlung seiner linken Hand wegen bis zum 27. Mai seinen Aufenthalt daselbst verlängern.

Der makroskopische Befund des in seiner vorderen und hinteren Hälfte durchschnittenen Bulbus zeigte Folgendes: An der vorderen Hälfte: Aeußere Hornhautfläche in der Umgebung der stark eitrig infiltrirten Wundränder opak. Die Irissubstanz und Corpus ciliare sehr hyperämisch, saftreich, aufgequollen. Die Linse zeigte im vorderen Umfange Quellung der Rindenschicht.

Im hinteren Bulbusabschnitt, u. zw. an der inneren unteren Partie, ragte in den noch zurückgebliebenen Glaskörperrest ein kurzer dünner Fortsatz hinein. Die Retinalmembran an dieser Stelle defect, die übrige Umgebung derselben getrübt und verdickt. In gleicher Flucht erschien die daselbst gelegene Chorioidealpartie entzündlich geschwellt, namhaft verdickt, wulstartig hervortretend und mit einem Anflug von gelblich aussehender Exsudatschicht belegt; diese Stelle fühlte sich hart an. Nach vorgenommener Aufschlitzung derselben fand ich ein längliches flaches mit Pigment belegtes Stäbchen. Nach vorgenommener Abspülung des an ihm haftenden braunen Farbstoffes erwies sich dasselbe als Zündhütchenfragment, welches seitliche scharfe Ränder hatte; ein Ende desselben, welches in den Glaskörper hineinragte, war hakenförmig umgebogen, das andere Ende mit einem scharf gezackten Rande nebst dem Längstheile dieses Körpers barg die Chorioidea, das Gefüge derselben wies daselbst eitriges Product auf. Der Fremdkörper, welcher als abgesprengter Theil des mit der Dynamitpatrone in Verbindung gestandenen Zündhütchens anzusehen ist, war 9 Mm. lang, $1^1/_2$ Mm. breit.

(Schluß folgt.)

Ein Fall von Paraplegia spastica juvenilis.

Von **Prof. Dr. M. Benedikt** in Wien.

(Schluß.)

Werfen wir nun einen Blick auf die zwei Krankheiten, in die unser Fall eingereiht werden könnte, und zwar zuerst auf die Paraplegia spastica spinalis. Unser Fall unterscheidet sich von den maßgebenden Fällen der letzteren erstens dadurch, daß er im Knabenalter auftrat, zweitens, daß er nicht nachweisbar mit vorausgehenden Lähmungen complicirt war und daß er nicht verhängnißvoll fortschreitend war, sondern vielmehr eine Neigung zur Besserung zeigte, die sich auch während der mehrwöchentlichen elektrischen Behandlung unter meiner Beobachtung kundgab.

Von der Paraplegia spastica infantilis unterscheidet sich unser Fall durch das späte Auftreten — im 15. Lebensjahr — weiters durch den Mangel an Verknüpfungen mit anderen Erscheinungen und vor Allem durch das Fehlen aller abweichenden Stellungen in der Ruhelage. Hingegen ist der Reichthum an Kennzeichen von Abartung am Gehirn- und Gesichtsschädel und am Knochengerüste auffallend. Wir haben es hier offenbar mit einer Veranlagung (Prädisposition) für die Erkrankung zu thun, die erst bei einer Erschütterung in Erscheinung trat. Unser Fall zeigt in der reinsten Form den Grundzug der beiden Erkrankungen, nämlich die musculäre Ueberspannung der Gelenke.

Bei der Paraplegia spastica spinalis ist zu beachten, daß der Umbeugungsbogen (Reflexbogen), z. B. von der Haut und von den Knochen zu den Bewegungsnerven und den Muskeln frei ist. Die Erkrankungsstelle muß also über oder außerhalb dieses Umbeugungsbogens liegen.

Ob die Paraplegia spastica infantilis sich ebenso wie die halbseitige Form aus Lähmung entwickelt, ist nicht bekannt. Jedenfalls sind in den meisten Fällen sowohl die Verkürzungsfähigkeit, als die Kraft und die Ausdauer leidend, und es finden sich noch andere Gehirnerscheinungen, wie z. B. Krampfanfälle (Epilepsie) u. s. w. Diese beiden Erkrankungen

stehen auch in Bezug auf Leistungsstörung in engster Beziehung mit jenen Contracturen, die bei Hemiplegien auftreten. Bei diesen ist meist nur eine bestimmte Gruppe von Gelenksspannern im Krampfzustande, nämlich die Beuger, die Anzieher und Einwärtsroller, während die Gegenspanner nicht krampfhaft ergriffen sind. Die letzteren Gruppen sind auch in der Regel weniger gelähmt. Es dürfte daher die Contractur überhaupt eine Ausfallserscheinung von Seite der Leistung der Strecker, der Abzieher und Auswärtsroller sein, indem die Spannungsinnervation in die eine Gruppe nicht eindringen kann. Die entlasteten Gegenspanner weisen daher eine erhöhte Leistung auf. Es sei auch betont, daß die TÜRCK'schen Bündel aus dem angeführten Grunde nur zu einer dieser Gruppen in Leistungsbeziehung stehen können.

Wir kommen nun zur Localisationsfrage der Erkrankung.

Wir sind von den gewöhnlichen halbseitigen Lähmungen her gewöhnt, daß bei Contracturen, die mit ihnen zusammen auftreten, eine bestimmte Pyramidenbahn entartet ist. Daß diese zwei Erscheinungen enge verknüpft sind, ist zweifellos. Aber die Entdeckung von TÜRCK hat eine ungeheuere Verwirrung in die Leistungslehre des gesunden und kranken Nerven gebracht, indem man daraus die falsche Lehre zog, daß diese Pyramidenbündel Bahnen der willkürlichen Bewegung seien. Diese Irrlehre hat eine solche Verwirrung angerichtet, daß es heute schon schwer ist, das herrschende Chaos zu entwirren. Vergebens habe ich in meinem Aufsatze: „Zur Physiologie und Pathologie der Pyramiden" („Wiener Med. Presse", 1875, Nr. 9) den Satz aufgestellt: „Zu den Fables convenues der Pathologie gehört die Annahme: Die Pyramiden seien Leiter von Willensreizen in centrifugaler und von Sinneseindrücken in centripetaler Richtung, während sie de facto weder motorisch im Sinne BELL's, noch sensibel sind."

Soweit wir heute übersehen können, hängen wenigstens bestimmte Pyramidenbündel mit den musculären Gelenksspannungen zusammen, und es ist daher die Voraussetzung gerechtfertigt, daß die Gelenksüberspannungen bei der Paraplegia spastica spinalis mit einer Erkrankung der Pyramidenseitenstränge und bei der Paraplegia spastica infantilis mit mangelhafter Anlage oder Entartung der Pyramiden — oder wenigstens eines Theiles derselben — zusammenhängen. Ganz klar ist die Sache jedoch bis heute nicht geworden; nur Eines scheint sich endlich Bahn zu brechen, daß nämlich die Pyramiden nicht mehr das physiologische „Mädchen für Alles" seien, und vor Allem nicht eine Leitungsbahn für willkürliche Bewegungen. Die Versuche von SCHIFF in seinen unverantwortlich todt geschwiegenen „Lezioni di fisiologia sperimentale" (Lez. 28) vom Jahre 1873 scheinen endlich ihre volle Bestätigung zu finden.

Die ganze Frage ist eine Satire auf die zeitgenössische Denkmethode. [3])

Ich will noch einige Bemerkungen über die Bezeichnungsweise der beiden hiehergehörigen Krankheiten machen und vor Allem betonen, daß die Bezeichnungsweise von Hemiplegia und Paraplegia spastica infantilis von mir herrührt und nicht von HEYNE, wie CHARCOT irrthümlich angibt. [4]) Ich war von der Krankheit ausgegangen, welche DUCHENNE de Boulogne als Hémorrhagie infantile beschrieben hatte. Da ich grundsätzlich dagegen bin, eine Krankheit auf Grund einer Vermuthung über ihren anatomischen Sitz oder über die Natur der verursachenden anatomischen Veränderung zu bezeichnen, so entschloß ich mich zu einem Namen auf Grund der Krankheitserscheinungen und ich wählte den Namen Hemiplegia spastica infantilis. Ich wußte damals nicht, daß dieses Leiden ein Folgezustand einer Hemiplegie sei und kannte die Arbeiten von LITTLE nicht. Aber es war mir nach der Entstehung klar, daß es sich um Gehirnschwund nach Entzündung oder um angeborene mangelhafte Anlage (Aplasie) oder um Krankheiten innerhalb des Mutterleibes handelte.

Da die Erscheinungen bei der doppelseitigen Erkrankung denselben Grundcharakter hatten, so bezeichnete ich sie als Paraplegia spastica infantilis und ich habe sie immer zu den Gehirnerkrankungen gerechnet, weil ich in den meisten Fällen eine mehr oder minder abweichende Form des Schädelbaues schon zu einer Zeit bemerkte, in der ich mich nicht mit Kranioskopie und Kraniometrie beschäftigte. Besonders auffallend waren mir jene Formen von riesigen Schädeln, bei denen das Gesichtsskelet im Wachsthum zurückblieb. Ich schloß daraus, daß in diesen Fällen die Knochen am Boden des Schädels verkümmert seien, was auch eine verkümmerte Anlage der Gehirngebilde daselbst voraussetzen läßt. Deshalb neige ich mich auch heute noch zu der Ansicht, daß die wesentlichen Erscheinungen der Paraplegia spastica infantilis mit Verkümmerung der Pyramiden am Boden des Schädelraumes verbunden sind.

Die nahe Verwandtschaft der Paraplegia spastica infantilis mit der von CHARCOT beschriebenen Ataxie spasmodique der Erwachsenen habe ich bald erkannt. [5])

Die Bezeichnung als Ataxie war übrigens keine glückliche und ist heute allgemein verlassen. Am einfachsten wäre es, die Paraplegia spastica infantilis als: „Doppelseitige Gelenksüberspannung der Kinder" und die Paraplegia spastica spinalis als: Doppelseitige Gelenksüberspannung der Erwachsenen" zu bezeichnen.

---

[3]) Jüngst hat v. WAGNER-JAUREGG die Versuche von SCHIFF bestätigt. Man muß sich billig fragen, ob denn nicht die heutige Denkmethodik in der Physiologie und Neurologie eine grundsätzlich verschrobene ist, wenn solche Elementar-Irrthümer, welche die ganze Lehre verwirren, aufrecht erhalten werden konnten? Da muß doch meine Denkmethodik, welche den Irrthum vor so langer Zeit aufdeckte, die richtigere sein. Ich habe nun eben von SKODA gelernt, Prämissen zu prüfen, Erkenntnißlücken zu bemerken und eine Sammlung von zuletzt veröffentlichten Meinungen nicht ohne weiteres als wissenschaftlich festgestelltes Ergebniß anzusehen.

[4]) HEYNE hat die letztere Krankheit classisch beschrieben, um sie von der spinalen Kinderlähmung zu sondern, aber er hat sie nicht benannt.

[5]) „Ein Fall von Ataxie spasmodique (IX. Bd. der Mittheilungen des Wiener med. Doctoren-Collegiums, Nr. 2, 1883).

---

260 Radicaloperationen nach Bassini

nebst einer eigenen Methode der conservativen Vorlagerung des Leistenhodens.

Mitgetheilt von **Prof. C. Nicoladoni** in Innsbruck.

(Fortsetzung.)

233/234. J. P., 3. J, aus Thaur. Seit Geburt bestehender beiderseitiger Leistenbruch. Operation am 10. October 1894. Linksseitiger Bruchsack ungemein zart, den Hoden beherbergend; über ihm der Samenstrang weit auseinandergebreitet, schwer ablösbar. Die vom Harne besudelten Hautnähte schneiden durch, die Hautwunde geht auseinander, die tiefen Nähte bleiben unversehrt. Geh. per sec. Rechtsseitig. Operation am 22. October 1894. Der sehr zarte Bruchsack enthält das Coecum und Proc. vermiformis; auch hier derselbe Vorgang an den Hautnähten. Geh. nach 77 Tagen.

235. J. G., 24 J., Liesing (Kärnten). Seit Kindheit bestehender freier linksseitiger Leistenbruch, trug nie ein Band. Operation am 16. October 1894. Langer, dünner Bruchsack, kräftige Bauchmusculatur. Geh. p. p. nach 8 Tagen.

236. G. Z., 28 J., Sternberg. Seit 14 Jahren rechtsseitiger Leistenbruch, trug ein Bruchband. Operation am 16. October 1894; großer dünner Bruchsack mit adhärentem Netze. Musculatur mittelstark. — Geh. p. p. nach 7 Tagen.

237. F. P., 8 J., Abtei. Seit Geburt bestehender linksseitiger, hühnereigroßer freier Scrotalbruch. Operation am 19. October 1894. Geh. p. p. nach 11 Tagen.

238. Serafina P., 12 J., Abtei. Seit Geburt bestehender linksseitiger Leistenbruch; Bruchband in den letzten Jahren. Operation am 21. October 1894. Großer zarter Bruchsack. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

239. B. D., 40 J., Ampezzo. Vor 4 Monaten soll der linksseitige Leistenbruch bei der Arbeit entstanden sei. Operation am 24. October 1894; innere und ziemlich große äußere Leistenhernie, durch die epigastrischen Gefäße getrennt, die unterbunden werden müssen, um einen gemeinsamen Bruchhals zu schaffen, der gut abgeschnürt werden kann. Geh. p. p. in 9 Tagen.

240. N. M., 8 J., Trens. Seit Geburt bestehender rechtsseitiger Leistenbruch. Operation am 25. October 1894; großer zarter Bruchsack, der an seiner Kuppe in zwei Zipfel sich theilt; im Bruchsacke Coecum und Proc. vermiformis. Geh. p. p. nach 8 Tagen.

241/242. G. H., 48 J., Taxenbach (Salzburg). Seit Geburt bestehender linksseitiger und vor 3 Jahren aufgetretener rechtsseitiger Leistenbruch, der linksseitige Bruch hängt bis zur Mitte des Oberschenkels herab, der rechte ist etwas kleiner. Links: Operation am 29. October 1894. Ungemein großer dünner Bruchsack, der nebst vielen im Bauche ungern zurückbleibenden Dünndarmschlingen auch noch die Flexura sigmoidea enthält, unterhalb deren Insertion er abgebunden und en masse reponirt wird. Musculatur sehr spärlich. Geh. p. p. nach 8 Tagen. Rechts: Operation am 19. November 1894. Großer, besonders hinten dünnwandiger Bruchsack. Musculatur von mittlerer Stärke. Geh. p. p. nach 8 Tagen.

243. L. S., 22 J., Dorfstetten. Seit 4 Jahren bestehender linksseitiger Leistenbruch. Operation am 31. October 1894, dünnwandiger langer Bruchsack, gute Musculatur. Geh. p. p. nach 6 Tagen.

244. St. M., 4 J., Kitzbühel. Linksseitiger Leistenbruch von unbestimmter Dauer; Operation am 6. November 1894, dünnwandiger Bruchsack, verdicktes Netz enthaltend, das abgetragen wird. Auseinanderweichen der Hautwunde. Geh. p. sec. in 21 Tagen.

245. F. A., 27 J., Weer. 5jähriger linksseitiger Leistenbruch, Operation am 8. November 1894; dünner, mit dem Samenstrange innig verlötheter Bruchsack, der viel klumpiges Netz enthält, das in 4 Portionen abgebunden wird. Kräftige Musculatur. Geh. p. p. nach 8 Tagen.

246. H. L., 21 J., Schwaz. Seit 1 Jahre bestehende rechtsseitige Leistenhernie. Operation am 10. November 1894, großer zarter Bruchsack. Geh. p. p. nach 8 Tagen.

247. J. P., $4^1/_2$ J., Zirl. Linksseitige Leistenhernie von unbekannter Dauer, Operation am 10. November 1894, dünner Bruchsack mit adhärentem Netze; Hautwunde geht auseinander. Geh. p. sec. nach 20 Tagen.

248. J. D., 31 J., Aschau. Rechtsseitiger Leistenbruch seit dem 4. Lebensjahre, Operation am 14. November 1894, sehr langer, dicker Bruchsack; sehr gute Musculatur. Geh. p. p. nach 10 Tagen.

249. Marie H., 35 J., Unterperfuß. Rechtsseitiger Leistenbruch seit 8 Jahren; Bruchband, Operation am 22. November 1894. Kleiner Bruchsack. Geh. p. p. nach 9 Tagen.

250. J. T., 18 J., Absam. Rechtsseitige Leistenhernie von unbekannter Dauer; Operation am 26. November 1894; Kryptorchismus inguinalis; dünner, bis in das Scrotum reichender Bruchsack, in dessen Wand im Bereiche des Leistencanales der Hode liegt. Nach Versorgung des inneren Bruchringes wird von den Sackresten ein vom Hoden sich abzweigender Strang nach Art eines Gubernaculum Hunteri gebildet, welches den Hoden im Scrotum festhält und mit seinem Ende durch einen hinter dem Scrotum am Perineum gemachten Hautschlitz durchgezogen und an dessen Ränder mit Seidennähten fixirt wird. Sehr gute Musculatur. Geh. p. p. nach 11 Tagen.

251. S. G., 32 J., Salzburg. Rechtsseitiger freier, seit 9 Jahren bestehender Leistenbruch; Operation am 1. December 1894, großer, sehr dickwandiger, mit dem Samenstrange innig verlötheter Bruchsack; gute Musculatur. Geh. p. p. nach 10 Tagen.

252. J. H., 24 J., Pettau. Rechtsseitige freie 1jährige Leistenhernie, Operation am 1. December 1894. Großer, zarter Bruchsack; dürftige Musculatur. Kleiner, oberflächlicher Absceß. Geh. p. sec. in 25 Tagen.

253. J. P., 22 J., Trens. Rechtsseitiger Leistenbruch von unbekannter Dauer; seit 3 Jahren Bruchband, rechts Kryptorchis. Operation am 3. December 1894. Sehr weite Bruchpforte, in der Wand des sehr dünnen subaponeurotisch gelagerten Bruchsackes liegt hoch im Leistencanale der Hode. Hinter dem Sacke der Samenstrang breit auseinandergelagert. Subtile Lösung. Aus dem Sacke wird wieder ein Strang gebildet, mit welchem der Hode unter starker Dehnung des Samenstranges im Scrotum fixirt wird. Das Ende des Stranges wird an einem weiter hinten am Perineum gelegenen Hautschlitze fixirt. Geh. p. p. nach 12 Tagen.

254. F. M., 68 J., Volders. Linksseitiger, seit 48 Jahren bestehender Leistenbruch, der vor langer Zeit wegen Incarceration einmal operirt wurde, aber bald darauf wieder zum Vorschein kam. Bruchband. Operation am 6. December 1894. Die Sackhüllen mit der Hautnarbe cohärent. Der lange dünne Bruchsack hat sich aus einem Divertikel des Halses eines früher bestandenen, nach abwärts aber obliterirten Bruchsackes seitlich heraus entwickelt. Mittelmäßige Musculatur. Geh. p. p. nach 8 Tagen.

255. J. K., 28 J., Gerlos. Rechtsseitiger 7jähriger Leistenbruch; Operation am 11. December 1894, großer zarter Bruchsack. Geh. p. p. nach 10 Tagen.

256. J. L., 20 J., Mühlbach. Linksseitiger Leistenbruch von unbekannter Dauer. Operation am 14. December 1894. Bruchsack enthält etwas Netz. Kleiner Absceß; es stoßen sich zwei tiefe Suturen ab. Geh. p. sec. in 21 Tagen.

257. J. N., 14 J., Gries. Vor 8 Wochen bemerkter linksseitiger Leistenbruch. Operation am 19. December 1894. Zarter, langer Bruchsack mit zwei ringförmigen Einschnürungen. Geh. p. p. in 10 Tagen.

258. J. P., 30 J. Rechtsseitiger 3jähriger Leistenbruch. Operation am 20. December 1894. Etwas Netz am Sacke adhärent. Geh. p. p. in 8 Tagen.

259. L. Z., 37 J., Schwaz. Beiderseitiger inguinaler Kryptorchismus mit beiderseitigem Leistenbruch, dürftiger, kaum angedeuteter Hodensack. An der linken Seite, abwärts, von der Spina beginnend, bis zum dürftigen Hodensacke reichend, eine faustgroße, an der Apertura externa durch eine Querfurche eingeschnürte Leistenhernie; an der rechten Seite eine beim Pressen hervortretende, gegen die Spina a. sup. hin sich ausbreitende Leistenhernie. Operirt am 21. December 1894. Sehr dünner, fast faustgroßer, unter der Aponeurose des M. obl. externus entwickelter Bruchsack, durch welchen die Därme erkennbar hindurchscheinen. Lösung des ausgebreiteten Samenstranges. Versorgung des inneren Bruchringes. Verwendung der Sackreste zur Bildung eines Gubernaculums, welches durch einen tief am Perineum gelegenen Hautschlitz herausgeführt wird und den kleinen Hoden im Scrotum festhält. Geh. p. p. in 8 Tagen. Hode hat sich später gehoben und liegt an dem absteigenden Schambeinaste. Trotz seines beiderseitigen Kryptorchismus besitzt Patient völlige Potenz und ist überzeugter Vater eines unehelichen Kindes.

260. J. Sch., 19 J., Hall. Seit dem 4. Lebensjahre bestehende linksseitige Leistenhernie, im halben Hodensacke sitzt nur der rechte Hode. Operation am 21. December 1894. Interstitieller Leistenhode und Hernie mit regulärer Entwicklung des Leistencanales. Versorgung der inneren Bruchpforte; Bildung eines Gubernaculums, das am Perineum fixirt wird. Samenstrang stark gespannt. Stark entwickelte Bauchmusculatur. Heilung der Bruchwunde p. p. in 9 Tagen. Eiterung am Perineum, um das nekrotisch gewordene Gubernaculum herum. Derzeit wegen dieser Verzögerung noch in Behandlung. Auch der Hode wurde nachträglich nekrotisch und ausgestoßen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

Apping: Flexibilitas cerea ossium intermittens spontanea.

Einen Fall dieser seltenen Knochenerkrankung stellte A. („St. Petersburger med. Woch.“, 1895, Nr. 9) auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar vor. Es handelte sich um ein $5^3/_4$ Jahre altes Mädchen, welches im Alter von 6 Wochen zum ersten Male und dann später noch 13mal von einer eigenartigen anfallsweise auftretenden Knochenerkrankung der unteren Extremitäten

befallen wurde, welche sich dadurch charakterisirt, daß abwechselnd der Ober- und die Unterschenkelknochen der einen oder der anderen Extremität plötzlich im Laufe einiger Stunden unter heftigen Schmerzen ohne nachweisbare Ursache erweichen, so daß sie biegsam wie Wachs werden, um dann im Verlaufe von 3—4 Wochen wieder zu erhärten.

Der einzelne Anfall tritt plötzlich und ohne Vorboten auf, wobei das Kind in der Nacht mit einem Schrei aufwacht, und am Tage, wenn es steht oder geht, ohne äußere Ursache hinfällt und über heftigen Schmerz in dem afficirten Körpertheil klagt, welcher alsdann in 2—3 Stunden ohne Temperatursteigerung aufschwillt. Die heftigen Schmerzen dauern 2—3 Tage und in dieser Zeit läßt sich bei der Untersuchung eine mehr oder weniger ausgeprägte Biegsamkeit der befallenen Knochen constatiren. Vom 3., respective 4. Tage an empfindet Patientin Schmerz nur bei Berührung und Druck auf den erkrankten Knochen, während sie bei ganz ruhiger Lage schmerzfrei ist. Um diese Zeit wird auch der Knochen beim Liegen weniger nachgiebig, um unter allmäligem Aufhören der Schmerzen im Verlaufe von 3—4 Wochen die Consistenz eines normalen Knochens anzunehmen, wobei, wenn die Lagerung der erkrankten Extremität eine ungünstige war, eine Difformität zurückbleibt. Im letzten Jahre lassen sich die Unterschenkelknochen auch in der anfallsfreien Zeit etwas seitwärts biegen. Die Untersuchung der übrigen Organe hat stets negative Resultate ergeben. Die Pausen zwischen den einzelnen Anfällen betrugen 2—6 Monate.

Bezüglich des Status praesens handelt es sich um ein Kind von bleicher Gesichtsfarbe, ziemlich schlechter Ernährung und etwas rhachitischem Habitus. An den inneren Organen nichts Abnormes. Auffallende Difformitäten an den unteren Extremitäten: der linke Oberschenkel um circa 100° nach vorn und außen verkrümmt, der rechte Oberschenkel stumpfwinklig nach außen gebogen; der rechte Unterschenkel ungefähr in der Mitte um 130° nach vorne gekrümmt, der linke dagegen nur um circa 160°. Die beiden Unterschenkelknochen in der Richtung von innen nach außen etwas biegsam.

Die Behandlung von Seiten verschiedener Aerzte, welche bis jetzt keinen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit genommen hat, bestand in der Darreichung von Phosphor, Kalkwasser, Leberthran, Jodkali und Salzbäder. Daneben wurde der Verkrümmung der Knochen nach Möglichkeit durch Lagerungsvorrichtungen vorzubeugen gesucht. Ba.

W. SILBERSCHMIDT (Zürich): **Bacteriologisches über Diphtherie.**

Die Arbeit S.'s aus dem hygienischen Institut der Universität in Zürich („Münch. med. Wochenschr." 1895, Nr. 9) bezieht sich in ihrem ersten Theile auf die Erfahrungen bei der bacteriologischen Untersuchung von 125 klinisch diagnosticirten Diphtheriefällen. Wir heben aus diesem Theile der Arbeit nur die Thatsache hervor, daß typische Diphtheriebacillen nur in 91 Fällen nachgewiesen wurden, daß der Diphtheriebacillus allein überhaupt nur in einem einzigen Falle vorhanden war, während alle übrigen Fälle Mischinfectionen waren. In allen Fällen, bei denen eine wiederholte Untersuchung das Fehlen von Diphtheriebacillen ergeben hatte, war der Verlauf mit und ohne Seruminjectionen ein günstiger.

Der zweite Theil der Arbeit S.'s beschäftigt sich mit dem Verbleiben von Diphtheriebacillen bei Patienten, welche mit BEHRING-schem Heilserum behandelt worden waren. Die Untersuchungen haben diesbezüglich zu dem interessanten Resultat geführt, daß trotz der Serumtherapie Patienten, welche klinisch als geheilt betrachtet wurden, noch mehrere Tage und sogar Wochen nach der Injection bei subjectivem Wohlbefinden lebensfähige und vollvirulente Diphtheriebacillen in ihrem Rachen beherbergen, somit für ihre Umgebung noch gefährlich werden können.

Darnach erscheint es geboten: 1. vor Entlassung eines Pat. aus dem Spitale sich durch Cultur auf Blutserum zu überzeugen, daß im Rachen keine Diphtheriebacillen mehr vorhanden sind, 2. bei Behandlung im Hause die Desinfection erst dann vornehmen zu lassen, wenn der Pat. frei von Diphtheriebacillen ist. Ba.

E. SCAFI (Neapel): **Inconvenienti postumi delle escisioni di omento nelle operazioni d'ernia inguinale.**

Die Resection des Omentum wird am häufigsten gelegentlich der Herniotomien vorgenommen. Anlaß hiezu bieten seine verschiedenen Entzündungsformen und Lageveränderungen im Bruchsacke. Oft genug jedoch wird die Resection ohne stricte Indication schon deshalb ausgeführt, weil der Operateur der Meinung ist, daß dem Kranken hieraus kein erheblicher Schaden erwächst. Glücklicherweise ist diese oft für den Kranken verhängnißvolle Meinung im Erblassen begriffen. Denn abgesehen davon, daß, wie neuere Forschungen lehren, die Excision, resp. Resection des Omentums die Ernährungsverhältnisse der Eingeweide, namentlich des Magens und des Colons, oft schwer zu schädigen im Stande ist, kann sie zur Entstehung von neuen Adhäsionen und Entzündungserscheinungen an dem Stumpfe Anlaß geben, einfach durch den nachfolgenden Abkapselungsproceß der Ligaturfäden. Und manchmal sind diese Entzündungen des Stumpfes, auch bei völlig aseptischem Verlauf der Operation, so beträchtlich, das gebildete Exsudat so mächtig, daß es zu vielfachen Verlöthungen der Eingeweide und deren consecutiven Folgen kommt. Doch noch eines anderen Umstandes halber können derartige Entzündungen unangenehm werden.

Der entzündete Omentumstumpf kann, wenn spät nach der Operation beobachtet, Neugebilde vortäuschen, welche uns zum operativen Einschreiten verleiten, wie dies bei einem von S. beobachteten Pat. („Rif. med." 1895, 49) der Fall war. V. konnte unter 32 auf der Klinik POSTEMSKI in Neapel mit Resection des Omentum ausgeführten Herniotomien in vier Fällen das nachträgliche Auftreten von Tumoren vortäuschenden Entzündungen des Omentumstumpfes beobachten. Alle diese vier Fälle kamen bei Bettruhe unter Application von Eis und Ichthyolsalbe zur Heilung.

Am interessantesten ist der dritte Fall deshalb, weil bei ihm das Auftreten einer Omentitis nach der Herniotomie einem anderen Collegen zur Diagnose Neugebilde und zur Laparotomie Anlaß bot, welche jedoch glücklicher Weise, da wegen Inoperabilität des Tumors kein weiterer Eingriff vorgenommen wurde, für den Pat. ohne schädliche Consequenzen verlief.

Alle diese Omentitiden boten dieselben charakteristischen Symptome. Sie traten im Anschlusse an die Resection mit mehr minder heftigen Schmerzen in der Unterbauchgegend auf und präsentirten sich als hart fibröse, höckerige, auf Druck etwas schmerzhafte Tumoren von Faustgröße bis darüber. S. will daher die Resectionen des Omentum nur bei stricter Indication und in der Weise ausgeführt wissen, daß das Omentum nicht mit einer, sondern mit zahlreichen Ligaturen abgeschnürt werde. J. F—r.

Die Anomalien der Refraction und Accommodation. Praktische Anleitung zur Brillenbestimmung von **Dr. L. Königstein,** Docent der Augenheilkunde an der k. k. Universität zu Wien. Zweite, wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 47 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1895, Wilh. Braumüller.

Das Buch gliedert sich sehr praktisch in einen allgemeinen und einen speciellen Theil. Der erste beschäftigt sich mit den Brillen, Schriftproben, Augenspiegel und deren Verwendung bei den Bestimmungen der Refraction und Accommodation. Die Methode von SCHMIDT-RIMPLER, sowie die werthvolle Skiaskopie finden entsprechende Berücksichtigung. Mehrere Beispiele von Sehproben leiten den speciellen Theil ein, in welchem Emmetropie, Myopie, Hypermetropie, Presbyopie und Astigmatismus abgehandelt werden. Die Prüfung des Muskelgleichgewichtes, sowie die Beschreibung der Accommodationsparalyse beschließen diesen Theil, welchem noch ein Anhang beigefügt ist. Derselbe besteht in einem Schlüssel, welcher die Bestimmung der Refraction mit den Schriftproben und jene mit Hilfe dieser und des Augenspiegels erläutert.

Das sehr empfehlenswerthe Buch wird auch in seiner zweiten Auflage zweifellos einen großen Kreis von Freunden gewinnen.

BOCK.

Atlas und Grundriß der traumatischen Fracturen und Luxationen. Von **H. Helferich.** München 1895, J. F. Lehmann.

Als achter Band von LEHMANN'S medicinischen Hand-Atlanten hat das vorliegende Werk soeben die Presse verlassen. Man muß dem Autor und dem Verleger gleich Dank wissen für die Bearbeitung und Herstellung des kleinen billigen Buches, welches für Studenten und Aerzte gleich belehrend und für die Praxis von eminenter Wichtigkeit ist. Die 166 ausgezeichneten Abbildungen (von Dr. TRUMPF) veranschaulichen die betreffenden traumatischen Krankheiten so gut, daß sie die Diagnostik an Lebenden für Nicht-Fachmänner ungemein erleichtern. Jedem Abschnitt des Atlas sind einige Blätter erläuternden Textes als „Grundriß" beigefügt. Unserer Ansicht nach sollte das Büchlein in keiner öffentlichen Bibliothek fehlen.

E. ULLMANN.

Die Vergiftungen durch Schlangen. Monographisch bearbeitet von **Dr. M. Brenning.** Stuttgart 1895, Ferdinand Enke.

Die vorliegende Monographie gibt eine zusammenfassende Darstellung alles dessen, was von den ältesten Zeiten bis auf die Gegenwart über die Giftschlangen selbst, namentlich über ihren Giftapparat, über die Natur und die Wirkungsweise ihres Giftes, sowie über die zahllosen gegen dasselbe angewendeten Gegenmittel geschrieben wurde. In unserer heutigen, der Serumtherapie geneigten Zeit dürften die Mittheilungen des Verfassers über die Impfung mit Schlangengift, wie sie seit alter Zeit in den verschiedensten Formen geübt wird, allgemein interessiren, zumal die Experimentalpathologen in der letzten Zeit sich immer mehr dem Studium des Schlangengiftes zuwenden, um sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht neue, allgemein giltige Gesichtspunkte zu gewinnen.

W.

Feuilleton.

Ueber die Schicksale der Leichen im Erdgrabe.

Vor wenigen Tagen hat der Professor der gerichtlichen Medicin der Grazer Universität, Dr. J. KRATTER, anläßlich der 10jährigen Gründungsfeier des Vereines „Flamme" einen Vortrag über dieses Thema in Wien gehalten, der ein um so größeres Interesse in Anspruch zu nehmen geeignet ist, als in demselben zum ersten Male von einem forensischen Arzte der etwas gewagte Versuch unternommen wird, die von gerichtlicher Seite gegen die Feuerbestattung in's Feld geführten Einwände zu entkräften.

Redner schildert in kurzen Umrissen die unmittelbar nach dem Tode vor sich gehenden Veränderungen des Organismus. Die nicht mehr durch die active Kraft des Herzens bewegte Blutflüssigkeit sinkt, dem Gesetze der Schwere folgend, in die tiefstgelegenen Körperpartien und übt in Folge dessen einen erhöhten Druck auf die sie umgebenden Gefäßwandungen aus, die bald unter dem Einflusse der abnormalen Spannung eine erhöhte Durchlässigkeit für Blut und andere Körperflüssigkeiten zeigen. Die in Form von Blasen vom Corium abgehobene Epidermis zerfällt in kurzer Zeit unter dem Einflusse der Maceration, so daß den Gewebsflüssigkeiten der Weg nach außen offen steht. Diese allmälig nach außen sich vollziehende Wanderung der Körperflüssigkeiten wird „postmortale Blutung" genannt und nimmt einen Zeitraum von 2—3 Monaten in Anspruch. Einen ähnlichen physikalisch-chemischen Vorgang stellt die Wanderung des Fettes dar, indem sich das „Normalfett" des menschlichen Körpers unter Ausscheidung von dreiwerthigem Alkoholglycerin, an das die Fettsäuren im Normalfette gebunden sind, und unter Freiwerden dieser letzteren zersetzt. Die bei gewöhnlicher Temperatur flüssige Oelsäure vermag nun nach vollzogener Wanderung andere Stellen des menschlichen Körpers einzunehmen.

Was jedoch die weit wichtigeren, rein chemischen Zersetzungsvorgänge betrifft, so zeigen dieselben nach den Ausführungen des Redners insgesammt die Eigenthümlichkeit, aus den hoch zusammengesetzten, den menschlichen Körper constituirenden Molecülen allmälig einfachere Verbindungen zu gestalten. Redner erwähnt die unter dem Namen Cadaver-Alkaloide oder Ptomaïne (Ptomatine) zusammengefaßten Spaltungsproducte der Eiweißkörper des menschlichen Gewebes, die den Pflanzenalkaloiden in ihrer Constitution und Wirkungsweise sehr nahe kommen. Hieher zählen die zu den Diaminen (Aethylen-Aethyliden-Tetramethylendiamin [Putrescin], Neuridin, Saprin [giftig]), zu der Cholingruppe (Neurin, Muscarin, Cholin etc.) und zu den Aminen (Methyl-, Aethyl-, Propyl-Butylamin etc.) gehörigen Körper, sowie das Tetanin, das Tetanoxin, Mydin, Sepsin, Ptomatin u. v. A., denen zum Theile giftige Eigenschaften zukommen.

Die toxische Wirkung des dem Volksmunde geläufigen „Leichengiftes" ist jedoch, wie Redner betont, nicht der Giftigkeit dieser Körper, sondern einer Gruppe in der Leiche lebender Organismen zuzuschreiben, die, auf den gesunden Körper übertragen, die bekannten Vergiftungserscheinungen hervorrufen.

Fortgesetzte Spaltung dieser Leichenalkaloide führt endlich zur Bildung verhältnißmäßig einfacher Körper als Endproducte des Leichenzersetzungsvorganges. Vermittelt werden derartige Spaltungserscheinungen durch niedrige Mikroorganismen — Spaltpilze — die stets neue Stoffwechselproducte bilden. Auch pflanzliche Organismen (Schimmelpilze) nehmen an dem Zerstörungswerke theil; ihnen kommt nach Ansicht des Redners die Aufgabe zu, die Lederhaut zu vernichten.

Zu dieser an den Zersetzungsvorgängen betheiligten „unterirdischen Flora" gesellt sich eine reich gegliederte Fauna, deren Generationen der Reihe nach wechseln, sobald die Lebensbedingungen ungenügend geworden sind.

Diese Erfahrung ist bereits vielfach dazu benützt worden, nach der jeweilig angetroffenen Species die seit der Beerdigung verflossene Zeitspanne zu constatiren. Nach MEGNIN zerfällt die Gräberfauna: 1. in eine Période sacrophagienne (3 Monate), in der die sogenannten „Muskelzehrer", ausschließlich von den Leichenmuskeln lebende Insecten, angetroffen werden; 2. in eine Période dermestienne, in der die „Fettzehrer", 3. in eine Période silphienne, in der die sogenannten „Moderbildner" an den Zersetzungsvorgängen sich betheiligen, und 4. in eine Période acarienne. Die Zeitdauer einer vollständigen Leichenzersetzung wird von einer Menge äußerer und innerer Bedingungen beeinflußt. Unter günstigen, den Zersetzungsproceß fördernden Umständen ist die Zersetzung der Weichgebilde nicht vor Ablauf von 2—3 Jahren vollendet. Mangelnde Feuchtigkeit, sowie übergroße Wärme sind geeignet, eine Verlangsamung im Zersetzungsprocesse eintreten zu lassen, der bei zu großer Trockenheit zur Mumificirung der Leiche führen kann.

Uebergroße Feuchtigkeit hemmt gleichfalls den Zersetzungsvorgang, indem durch diese der für die Zersetzung höchst wichtige Sauerstoff von der Leiche ferngehalten wird. Es kommt hiebei zur sogenannten „Leichen- oder Fettwachsbildung", indem die Weichtheile sich mangels an Sauerstoff in käsige, schmierige Massen, das „Leichenwachs" umwandeln.

In der Leiche selbst gelegene Bedingungen, wie Alter, Geschlecht, Lebensbeschaffenheit und Todesart, sind für den Verwesungsvorgang von hoher Bedeutung. An Infectionskrankheiten Verstorbene unterliegen dem Processe sehr rasch, indem den infectiösen Krankheitserregern auch die Eigenschaften von Fäulnißbacterien in hohem Grade zukommen. Kleider und Särge sind geeignet, hemmend auf den Zersetzungsvorgang einzuwirken.

Zu den letzten Schicksalen des Organismus im Grabe übergehend, bemerkt Redner, daß nach LIEBIG hiebei zwei Processe in Betracht kommen.

Der erste Proceß, Fäulnißproceß genannt, führt in Folge Mangels an Sauerstoff zur Bildung von Wasserstoffproducten. Es vollzieht sich unter dem Einflusse der Fäulnißbacterien eine Zersetzung des Wassers unter Abspaltung von Wasserstoff, der sich in statu nascendi mit denjenigen Elementen verbindet, welche die hoch-

zusammengesetzten organischen Molecüle bilden. Die organischen Molecüle unserer Gewebe sind im Großen und Ganzen aus C, N, O, H und dem in den meisten Eiweißkörpern des menschlichen Gewebes enthaltenen S zusammengesetzt. Durch fortgesetzte Spaltung bilden sich bei reichlichem Vorhandensein von Wasser und Mangel an Sauerstoff Wasserstoffverbindungen, als deren Endglieder die uns bekannten einfachsten Wasserstoffverbindungen der hier in Betracht kommenden Elemente resultiren. Dies erläutert folgende Zusammenstellung.

Proceß der Fäulniß:

organ. Molecüle	C	$= CH_4$	Kohlenwasserstoff
	N	$= NH_3$	Ammoniak
	O, H	$+ H_n = OH_2$	Wasser
	S	$= SH_2$	Schwefelwasserstoff

Als der in der Regel anzustrebende Endproceß der Zersetzung ist jedoch die „Vermoderung" zu betrachten. Bei diesem Processe findet man, daß als Endglieder der die hochcomplicirten organischen Gewebe zusammensetzenden Elemente C, N, H, O und S bei genügendem Sauerstoffzutritte die höchsten Oxydationsstufen dieser Elemente resultiren, wie dies folgende Tabelle zeigt:

Proceß der Vermoderung:

C	CO_2	Kohlensäure
N	NO_5	Salpetersäure
O, H $+ O_n$	H_2O	Wasser
S	SO_3	Schwefelsäure

KRATTER vergleicht den Fäulnißproceß als einen Reductionsvorgang mit der trockenen Destillation, die Vermoderung, einen Oxydationsproceß, mit der Verbrennung. Denn letztere stelle, chemisch betrachtet, ebenfalls einen Vorgang dar, bei dem organische Körper als Endglieder der höchsten Oxydationsstufen bei unbeschränkter Sauerstoffzufuhr erscheinen.

Es sei daher klar, daß bei der thatsächlichen Verbrennung von Leichen die gleichen Endproducte wie bei der Vermoderung resultiren.

Proceß der Verbrennung:

C	CO_2	Kohlensäure
N	NO_5	Salpetersäure
O, H $+ O_n$	H_2O	Wasser
S	SO_3	Schwefelsäure

Am Schlusse seiner Ausführungen angelangt, greift Redner aus den vielen gegen die Feuerbestattung erhobenen Bedenken einen ihm wichtig erscheinenden Einwurf heraus, um ihn von seinem persönlichen Standpunkte aus kritisch zu beleuchten Es bezieht sich derselbe darauf, daß es im Interesse der Rechtspflege und der gerichtlichen Medicin geboten sei, den Leichnam thunlichst lange zu erhalten, wie dies nur durch die Beerdigung ermöglicht sei.

Dieses Bedenken komme nach KRATTER's Ansicht leicht in Wegfall, wenn in jedem einzelnen Falle, in dem die Todesursache nicht durch ein ärztliches Zeugniß über allen Zweifel sichergestellt sei, vor der Bestattung durch das Feuergrab eine eingehende Untersuchung eingeleitet würde. Zudem sei die Sanitäts- und Todtenbeschau-Organisation in großen Städten eine so vorzügliche, daß eine verdächtige Todesursache dem Auge der wachhabenden Sanitätsorgane nicht entgehen dürfte. KRATTER ist ferner der Ansicht, daß bei dem voraussichtlichen Conservatismus in den althergebrachten Gebräuchen die bei dieser Bestattungsart in Betracht kommende Procentzahl eine minimale sein werde.

Was jedoch die hygienische Seite dieser Bestattungsart betreffe, so biete sie der Menschheit unschätzbare Vortheile. Es gebe Verhältnisse, in denen die Menschheit einzig und allein durch die Macht des Feuers die sie bedrohenden Schädlichkeiten unterdrücken könne. Redner erinnert an die in den Jahren 1878/1879 in einem Dorfe Südrußlands, sowie im deutsch-französischen Kriege allen Bedenken zu Trotz durchgeführten Massenverbrennungen, durch die Europa von den furchtbarsten Seuchen verschont geblieben.

Der Hygiene hohnsprechende Vorgänge spielen sich vor unseren Augen tagtäglich ab.

Die Effecten von Blatternkranken, alle mit ihnen in Berührung gekommenen Gegenstände werden verbrannt, die an den Blattern Verstorbenen jedoch — welch lächerlicher Widerspruch — in die Erde versenkt. Amputationsstümpfe, nekrotische Gewebe, schwärige Verbände werden zur Verhütung von Epidemien verbrannt.

Vielfach wird die Concessionsverweigerung der Feuerbestattung in großen Städten mit „mangelndem Bedürfniß der Bevölkerung hiefür" motivirt. Gerade in großen Städten ist es als Segen zu betrachten, wenn in diesen Centren menschlicher Cultur sich Verbrennungsanstalten befinden, in denen in rationeller Weise zum Schutze der Ueberlebenden die Verbrennung von an Infectionskrankheiten Verstorbenen vorgenommen werden könne.

Ich kann mir, schloß Redner unter lebhaftem Beifalle, wenn ich mir im Geiste die Einheit der Vorgänge, die sich im Erd- und Feuergrabe abspielen, vergegenwärtige, nur wünschen, daß jener pietätvolle Spruch, den wir so gerne auf den Leichenstein eines lieben Dahingeschiedenen setzen, und der eigentlich die nie erlöschende Erinnerung an die einst auch bei unserem Volke geübte Feuerbestattung mir auszudrücken scheint, mit alleiniger innerer Berechtigung auf die Urne gesetzt werde:

„Friede sei Deiner Asche!"

Kleine Mittheilungen.

— Prof. QUIOC in Dijon gibt im „Journ. de clin. et de thér. infant." (28. Februar 1895) folgende **Behandlung der Scarlatina** an, welche sich ihm in 13 Fällen glänzend bewährt hat: Die Kinder bekommen ein Gurgelwasser aus Citronensaft und Carbolsäurelösung, intern 0·5—2·0 Grm. Salol, dem Alter des Pat. entsprechend; außerdem wird eine stricte Milchdiät eingehalten. Das Salol wendet Q. als Präventiv gegen die Nephritis und den Scarlatinarheumatismus an. In keinem der von Q. auf diese Weise behandelten Fälle kam es zu einer Complication. Insbesondere wurde niemals Albuminurie beobachtet. Q. schreibt diesen Umstand dem Salol zu und erwähnt Fälle, welche ausschließlich unter Milchregime gehalten wurden und bei welchen es in der Desquamationsperiode zur Albuminurie gekommen war.

— Dr. MARANDON DE MONTYEL hatte Gelegenheit, zu gleicher Zeit 12 Fälle von **Intoxication mit Duboisin in therapeutischen Dosen** im Asile de Ville-Evrard zu beobachten („La sem. méd.", 1895, Nr. 12). Es handelte sich um Epileptiker, welche anfangs mit subcutanen Injectionen von Duboisinum sulf. cryst. neutr. in Dosen von 0·001—0·004, später mit Injectionen von Extract. Duboisin. in der gleichen Dosis mit günstigem Erfolge behandelt worden waren. Die Intoxicationserscheinungen zeigten sich an demselben Tage, an welchem ein neues Fläschchen des Extractes, das übrigens aus derselben Quelle stammte, wie die früheren, in Gebrauch gezogen wurde. Die Vergiftungssymptome waren nicht bei allen Kranken die gleichen. Man beobachtete eine Art Rausch mit Schwindel, Erbrechen, Gefühl von Prikeln in der Haut, psychische und motorische Erregungszustände, Hallucinationen und Delirien, oft von tiefem Schlaf gefolgt. Desgleichen wurden Anfälle von tonischen und clonischen Krämpfen gesehen. Die Kranken waren sehr blaß, obwohl ihre Haut sich heiß anfühlte. Daneben bestanden reichliche Schweiße, oft auf die eine Körperhälfte beschränkt, mehr weniger profuse Diarrhöen, Polyurie und Pollakiurie. In einem Fall kam es sogar zu bedrohlichem Herzcollaps, der sich aber durch Excitantien beheben ließ. Die Pupillen waren stets ad maximum erweitert, daneben bestanden Thränenfluß und Sehstörungen durch Lähmung der Accommodation. Als constantes Symptom war eine extreme Trockenheit der Zunge und der ganzen Mundschleimhaut und quälender Durst vorhanden. In allen Fällen sind die Vergiftungssymptome sehr rasch wieder zurückgegangen, ohne Spuren zu hinterlassen, und die Kranken verlangten selbst nach der Fortsetzung der Duboisinmedication, deren wohlthätigen Einfluß auf die Epilepsieanfälle sie zu schätzen wußten. M. schließt aus seiner Beobachtung, daß das Duboisin in der therapeutischen Dosis von 0·001—0·003 und selbst

0·004 niemals das Leben des Kranken bedrohe, wenn sich auch beunruhigende Vergiftungssymptome einstellen. Um auch letztere zu vermeiden, räth M., sich ausschließlich des Duboisinsalzes zu bedienen und von der Anwendung des Extractes gänzlich abzusehen.

— Vor Kurzem wurde an dieser Stelle [1]) über die Erfolge berichtet, welche SNEGIROFF in Moskau mit der therapeutischen **Verwerthung des heißen (100° C.) Wasserdampfes in der Gynäkologie** erreichte. Durch diese Mittheilung angeregt, versuchte L. PINCUS in Danzig („Ctbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 11) dieses durchaus rationelle Verfahren in einer Reihe von passenden Krankheitsfällen, und zwar in einem Falle von inoperablem Corpuscarcinom mit heftigen Schmerzen im Becken, Metrorrhagien, fötidem Fluor; in 3 Fällen von uncomplicirter Endometritis hyperplastica (OLSHAUSEN) und in 5 Fällen von Endometritis cervicalis. Die Erfolge waren im Allgemeinen höchst befriedigende. J. verwendete den mit Sicherheitsventil versehenen Kessel eines Inhalationsapparates, welchen er mit einem Thermometer verbinden ließ. In die obere Oeffnung wurde ein mit Gummiring verdichtetes, gekrümmtes Zinkrohr gesetzt und dieses mit einem $^1/_2$ Meter langen, grauen Gummischlauch verbunden. Als Canüle wurde eine Art männlichen Katheters mit flacher Krümmung verwendet, in dessen Circumferenz 3 je 5 Cm. lange Fenster angebracht wurden. Bei intrauteriner Anwendung ließ P. stets eine Erweiterung mittelst Jodoformgaze vorausgehen; bei Wiederholungen gebrauchte er in derselben Sitzung die FRITSCH'schen Dilatatorien. Sobald das Wasser stark kochte, wurde die Lampe fortgenommen, der Katheter schnell eingeführt und erst nach der Einführung die Lampe wieder unter den nur halb gefüllten Kessel gestellt. Bei diesem Vorgehen war die Methode thatsächlich wenig schmerzhaft, zuweilen durchaus schmerzlos, während oft über recht starke Schmerzen geklagt wurde, wenn bei strömendem Dampfe eingeführt wurde. Eine Conditio sine qua non bei jedesmaliger, auch wiederholter Anwendung bildet das freie, schmerzlose Ballotement des Uterus. Was nun die therapeutischen Erfolge dieser Methode betrifft, so hörte bei dem Carcinoma uteri sofort nach der Herausnahme des Katheters (nach 1—$1^1/_2$ Minuten) die Blutung und der fötide Ausfluß auf, um nach 8—11 Tagen wieder zu beginnen. Auch die Schmerzen werden jedesmal nicht unerheblich vermindert. Bei der verzweifelten Situation des Falles war der Erfolg jedenfalls ein zufriedenstellender. Einen sehr günstigen Erfolg ergaben die Fälle von Endometritis hyperplastica, bei welchen die Menstruation normal und mäßig blutreich wurde. Nur in einem Falle stellte sich, obgleich Complicationen durchaus auszuschließen waren, eine ziemlich heftige Uteruskolik ein, welche nach ausgiebiger Cocainisirung des Cervicalcanales aufhörte. Dieser Zwischenfall gab P. die eigentliche Veranlassung zur Publication seiner Beobachtungen. Endlich berechtigen auch die bisherigen Erfahrungen bei Endometritis cervicis zur Empfehlung des Verfahrens. Ausgezeichnete Dienste würde die Methode, wie P. meint, auch bei puerperaler Endometritis leisten. Wenn auch die bisherigen Erfahrungen mit dieser Methode ein wissenschaftliches Urtheil noch nicht gestatten, so hält sie P. gleichwohl der Aufmerksamkeit der Gynäkologen für würdig, da sie thatsächlich eine gute Perspective für eine Anzahl von bisher der Therapie hartnäckig trotzenden Krankheitszuständen versprechen.

— Nach den Beobachtungen Dr. COLLIGNON's („La sem. méd.", 1895, Nr. 12) scheint die Migräne kein ausschließliches Privileg der Erwachsenen zu sein, sondern auch bei Kindern vorzukommen. Nach ihm ist die **Migräne bei jungen Kindern,** selbst bei solchen im Alter von 4 und 5 Jahren, durchaus nicht selten und zeichnet sich durch gewisse Eigenthümlichkeiten aus, die sich bei der Hemikranie der Erwachsenen nicht finden. Eines der wesentlichsten Symptome der infantilen Migräne ist die Plötzlichkeit ihres Beginnes. Die Kinder werden von dem Anfall in vollster Gesundheit entweder des Abends, oder Nachts nach mehrstündigem Schlafe, oder am Morgen beim Erwachen überfallen. Der Anfall manifestirt sich gleich anfangs durch Erbrechen, das sich später wiederholt und 1—2 Tage anhält. Der Athem wird mehr weniger fötid, es stellt sich große Mattigkeit und ausgesprochener Ekel vor Speisen und Getränken ein; die Pupillen sind verengert; im Gegensatz zur Migräne der Erwachsenen ist der Kopfschmerz in der Regel kein sehr heftiger, hingegen zeigen sich die kleinen Pat. gegen Licht und Geräusch sehr empfindlich. Während der Migräneanfall bei Erwachsenen ohne Fieber verläuft, geht er bei Kindern in der Regel mit einer Temperatursteigerung einher. Ebenso rasch, wie der Anfall beginnt, tritt auch sein Ende ein. Das Erbrechen und die Abgeschlagenheit schwinden plötzlich, das Kind verlangt zu essen und zu trinken und verfällt dann in einen ruhigen, tiefen Schlaf. Derartige Anfälle wiederholen sich anfangs alle 3—4 Monate und fast immer in derselben Art und unter denselben Bedingungen, später pflegen sie sich zu häufen. In der Aetiologie dieses Leidens spielen die Migräne und der Arthritismus der Eltern eine große Rolle. Die Behandlung der Anfälle muß sich auf Mittel beschränken, welche den Brechreiz mildern.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1894, pag. 1222.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XIII. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu München vom 2.–5. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

Die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie.

HEUBNER (Berlin), Referent, erklärt, daß das sogenannte BEHRING'sche Diphtherieheilserum eine epochemachende Entdeckung auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Therapie bedeute und daß ein günstiger Einfluß desselben auf den Verlauf der echten (BRÉTONNEAU'schen) Diphtherie nicht in Abrede gestellt werden könne. An der Hand sorgfältig geordneten statistischen Materiales weist H. nach, daß trotz der erheblichen Schwierigkeiten, welche die Beurtheilung statistischer Verhältnisse auf dem Gebiete der Medicin stets darbiete, die Sterblichkeit aller Diphtheriefälle in Berlin zusammengenommen von etwa 44% auf 21% herabgesunken sei und daß der auffallend mildere Verlauf, den die Krankheit überall da, wo das BEHRING'sche Heilserum in entsprechender Weise zur Anwendung gelangt sei, von dem Zeitpunkt seiner Anwendung an genommen habe, unmöglich ein reiner Zufall sein könne, der etwa einer größeren Milde des Genius epidemicus seine Entstehung verdanke. Zur Beurtheilung seien selbstverständlich nur jene Fälle zu verwenden, welche auf Grund der bacteriologischen Untersuchung durch Nachweis des LÖFFLER'schen Bacillus als echte Diphtheriefälle gekennzeichnet seien. Jene anderen Fälle von diphtherieähnlichen Erkrankungen, bei denen weder der bacteriologische Befund, noch die Epikrise die Diagnose „BRÉTONNEAU'sche Diphtherie" bestätigte, würden vortheilhafter als „Diphtheroide" bezeichnet.

Der persönliche Eindruck des Ref. über den Werth des Heilserums ist ein sehr günstiger. Die Sterblichkeitsziffer seines mit dem BEHRING'schen Mittel behandelten Materials in der Kinderstation der Charité betrug nur 22·5% unter 181 Fällen. In allen Berliner Krankenhäusern zusammen wurden im abgelaufenen Jahre 1332 Fälle von Diphtherie beobachtet, von welchen fast zwei Drittel mit Heilserum behandelt wurden. Die Sterblichkeitsziffer der mit Serum behandelten Fälle ergab, wie oben erwähnt, eine Besserung um mehr als 23% zu Gunsten der BEHRING'schen Behandlung.

Der Einfluß des Serums auf den Krankheitsverlauf äußerte sich:

a) in einer Beeinflussung des Fieberverlaufes. Das sonst bei nicht mit Serum behandelten Fällen so außerordentlich charakteristische nochmalige Ansteigen der Temperatur nach vorherigem Abfall fällt mit Ausnahme weniger Fälle bei der Behandlung fort.

b) in einer schnelleren und vollkommeneren Abstoßung der Rachenbeläge, als bei den nicht mit Serum behandelten Fällen.

c) in einer gewissen Hemmung des Fortschreitens des localdiphtheritischen Processes. Bei allen Fällen, welche bei Einsetzen der Serumbehandlung noch vollkommen frei von Kehlkopferscheinungen waren, wurde nachträgliches Befallenwerden des Kehlkopfes nicht beobachtet. War der Kehlkopf bereits ergriffen, so war ein deutlicher Einfluß auf den Stillstand des Larynxprocesses nicht zu verzeichnen.

d) in einer kürzeren Dauer der Intubationsperiode bei Larynxcroup, d. h. das erforderliche Liegenlassen der Intubationsröhre wurde etwa auf ein Drittel der sonstigen Zeit abgekürzt gefunden.

Betreffs der Nierenverhältnisse war zu bemerken, daß eine absolute Verringerung der Fälle mit Albuminurie nicht zu verzeichnen war, daß dagegen von den Fällen, welche am ersten Tage mit Serum behandelt werden konnten, auffallend viele ohne Albuminurie verliefen.

Die Prognose stellte sich um so günstiger, je früher die Fälle mit dem Serum behandelt werden konnten; am günstigsten für die Fälle, welche schon am ersten Tage zur Behandlung kamen. Der Eintritt der Lähmungen und Herzschwäche wurde im nicht nachweisbaren Grade durch das Serum beeinflußt. Betreffs der immunisirenden Eigenschaften zeigte sich, daß die Immunisirungsdosis nicht zu klein genommen werden darf und daß der Schutz nur von kurzer Dauer, höchstens ein für einige Wochen anhaltender ist.

Von directen Folgezuständen der Serumbehandlung seien nur die angioneurotischen Exantheme, die zum Theil mit schweren Allgemeinerscheinungen verliefen, zu erwähnen. Eine wirkliche Serumnephritis sei bisher nicht erwiesen.

BAGINSKY (Berlin) berichtet über 525 Fälle von Diphtherie, welche im „Kaiserin Friedrich-Krankenhause" seit dem 15. März 1894 anfänglich mit ARONSOHN'schem, später mit BEHRING'schem Serum behandelt sind. Während die Durchschnittsmortalität vor dieser Zeit unter den Berliner Diphtheriefällen 41% betrug, ging sie während der Serumbehandlung auf 15% aller Fälle herab, stieg dagegen im August und September, wo der Behandlungsmodus wegen Mangels an Serum ausgesetzt werden mußte, auf 51%. B. betont, daß der Schwerpunkt der Beurtheilung der ganzen Frage auf gute Einzelbeobachtung zu legen sei. Von günstigen Einwirkungen, welche auf den Einfluß der Serumtherapie zu deuten scheinen, beobachtete er: Besserung des Allgemeinbefindens, welche sich allerdings erst am 2. und 3. Tage nach Beginn der Serumtherapie geltend macht; Herabgehen der Temperatur und eine gewisse Beeinflussung des Verlaufes der localen Erscheinungen. Zu den letzteren gehörten: Auffallender Stillstand des Krankheitsprocesses in einer Reihe von Fällen; kein Auftreten von Larynxstenose, wenn der Kehlkopf beim Einsetzen der Serumbehandlung noch frei war; auffallendes Gelingen der Intubation, welche die Tracheotomie so gut wie ganz verdrängte und auf eine glattere Abstoßung der diphtheritischen Membran zu deuten scheint.

Bezüglich der Herzerscheinungen constatirte B. auffallende Verminderung des Herztodes und ein gewisses procentuales Zurückgehen der myocarditischen Sectionsbefunde bei den Fällen mit Exitus.

An den Nieren machen sich unter dem Serumeinfluß besondere Einwirkungen nicht geltend.

Phenolharn wurde nicht beobachtet. Es scheint auf Grund von Thierexperimenten, als wenn die im Serum enthaltene Carbolmenge, wenn sie an Serum gebunden ist, die Phenolreaction nicht ergäbe.

Die Zahl der Lähmungen scheint sich gegen früher zu vermehren, vielleicht deshalb, weil mehr Kinder am Leben bleiben.

Die Mortalität ist, nach dem Gesichtspunkte des Eintrittes in die Behandlung geordnet, desto geringer, je früher die Serumbehandlung einsetzt.

Von schädlichen Nebenwirkungen sind einigemale locale Absceßbildungen beobachtet, hauptsächlich dann, wenn in die Muskelsubstanz selbst eingestochen wurde.

Polymorphe Exantheme wurden wiederholt beobachtet, waren aber auch schon vor der Serumbehandlung bekannt.

Das Urtheil über den Werth der Immunisirung sei schwierig. Sollten die immunisirenden Dosen sicheren Schutz sowohl gegen Recidive, wie überhaupt gegen Infection gewähren, so müßten sie jedenfalls nicht zu gering genommen werden. Er ist auf Grund seiner Beobachtungen sehr für Weiterprüfung des BEHRING'schen Heilserums.

V. WIDERHOFER (Wien) verfügt über 300 Fälle mit einer Mortalität von 23%; von 77 Fällen des vierten Hundert sind bisher 2 gestorben, 2 weitere geben eine infauste Prognose. In 77 Fällen war schon vor Inangriffnahme der Serumbehandlung Albuminurie nachweisbar; die Larynxstenose ist in 22 Fällen ohne operativen Eingriff zurückgegangen. Unter Hinweis auf den amtlichen Bericht, nach welchem von 950 mit Serum behandelten Diphtheriefällen in Oesterreich 15·7% (gegen 38·1—43·8% in den Vorjahren) gestorben sind, erklärt Redner, die seinerzeit aufgestellten Thesen (s. „Wiener Med. Presse", 1894, Nr. 52) vollinhaltlich aufrecht zu erhalten. In Bezug auf die Behinderung des Fortschreitens des Processes in den Larynx und die Bronchien hat er seither noch günstigere Resultate durch die Serumbehandlung erzielt.

V. RANKE (München) hebt hervor, daß die ihm zur Beobachtung gekommenen Fälle nie ganz frühzeitig, sondern erst am 3. u. 4. Tage zur Aufnahme gebracht wurden, und daß unter denselben ein sehr großer Procentsatz, von 96 Fällen echter Diphtherie 63, laryngostenotische Erscheinungen bereits bei der Aufnahme dargeboten hätten. Bei 21 von den 63 gingen die Erscheinungen nach der Serumanwendung rasch zurück; 42 kamen zur Intubation, von diesen starben 13, d. h. ein weit geringerer Procentsatz als früher. Dazu verkürzte sich die Intubationsdauer bedeutend.

Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt R., daß das Serum eine gewisse Coupirung des diphtheritischen Processes und besonders des Absteigens nach den Bronchien erkennen ließ.

KOHTS (Straßburg) konnte keine Aenderung im Verlaufe der Diphtherie durch Anwendung des Serums beobachten und kann sich daher nicht als Anhänger der Serumtherapie bekennen. Im Gegensatz zu den Vorrednern beobachtete K. öfters ein Hinabsteigen des Processes in den Larynx und bis in die feinsten Bronchien nach der Anwendung des BEHRING'schen Mittels, ferner hämorrhagische Extravasate in der Pleurahöhle, Myocarditiden, Bronchopneumonie, und zwar Alles im selben Verhältnisse wie früher. Das Mortalitätspercent hat sich gar nicht geändert. Seit November 1894 wurden 80 Diphtheriefälle aufgenommen. Von diesen konnten 33 wegen Serummangels nicht gespritzt werden. Die gesammte Mortalität war 15·7%. Es starben nur Kinder, welche tracheotomirt werden mußten; von den nicht tracheotomirten blieben alle am Leben, so daß die nicht tracheotomirten 0% Mortalität zeigten. Von den 47 injicirten Kindern ergaben die tracheotomirten Kinder eine Sterblichkeit von 29·1%, die nicht tracheotomirten von 7·6%, also sogar ein etwas ungünstigeres Resultat wie im Jahre 1891. KOHTS bemerkt, daß an seiner Klinik seit jeher Kinder, welche am ersten Tage in Behandlung kommen, genesen, und daß auch von der Serumtherapie die frühzeitig zur Behandlung überbrachten Kinder bessere Resultate lieferten, als die spät aufgenommenen. Er behandelte früher nur local und hatte in den letzten Jahren bei Kindern, welche am ersten Tage in Behandlung traten, 100% Heilung, am zweiten 80, am dritten 53, am vierten 45%. Demzufolge glaubt der Redner nicht an eine specifische Heilwirkung des Serums.

GRAWITZ (Berlin) berichtet über an Kaninchen und Hunden angestellte Versuche von intravenöser Blutseruminjection. Dabei zeigte sich hochgradige Verdünnung des Blutes in Folge von Attraction von Wasser aus den Geweben und entsprechender Steigerung der Nierensecretion. Analoge Verhältnisse, nur zeitlich etwas verlangsamt, zeigten sich nach subcutaner Blutseruminjection. Entsprechende Untersuchungen bei Diphtheriekranken mit und ohne Heilserumbehandlung, bei denen Blutentnahme durch Venenpunction statthatte, ergaben ebenfalls unter dem Einfluß des Heilserums Zunahme der Wassermenge des Blutplasma und Blutserum. Nach 10 bis 12 Stunden gingen diese hydrämischen Erscheinungen vorüber, um eine ebenfalls vorübergehende Verminderung des Wassergehaltes im Blute nachfolgen zu lassen.

Auf Grund dieser Thatsachen glaubt G., daß durch einschlägige Untersuchungen noch festgestellt werden müsse, inwieweit die etwaigen Beeinflussungen des Krankheitsbildes der Diphtherie unter Anwendung des Heilserums auf Rechnung dieser durch Serum an und für sich eingeleiteten Saftströmung oder einer wirklichen Antitoxinwirkung zu setzen seien.

SEITZ (Müchen) hebt hervor, daß von irgend welchen erheblichen Schädigungen durch das Heilserum nicht die Rede sei. Weder

zeige sich ausgesprochene Reizung der Nieren oder Steigerung der bei Diphtherie ja außerordentlich häufigen Albuminurie, selbst dann nicht, wenn schon ausgesprochene Nephritis bestand; keine ungünstige Beeinflussung des Herzens; keine etwaige Zunahme der Lähmungen, keine ungünstige Beeinflussung etwa bestehender anderer Krankheitsprocesse (Combinationen mit schwerem Herzfehler, Tuberculose, Pertussis). Nur die Exantheme traten nach der Heilserumbehandlung viel häufiger auf, besonders auch bei der prophylaktischen Anwendung desselben.

Stintzing (Jena) glaubt weder zu Gunsten noch zu Ungunsten der Serumbehandlung sprechen zu können, macht aber besonders darauf aufmerksam, daß wir uns augenscheinlich in einer Aera von leichter Diphtherie befinden und daß erst nach jahrelanger Beobachtung sich zeigen könne, ob der jetzige mildere Verlauf auf Rechnung der Heilserumbehandlung oder auf Grund des milderen Genius epidemicus zu setzen sei.

Trump (Graz) berichtet über eingehende bacteriologische Untersuchungen an Diphtheriekranken, wie an solchen, welche nach keiner Weise hin die Erscheinungen einer diphtheritischen Erkrankung dargeboten hatten. Er konnte bei Diphtheriekranken 3 Arten von Bacillen nachweisen: 1. den echten Löffler, 2. anderweitige, nicht pathogene Mikroorganismen, 3. einen sogenannten Pseudodiphtheriebacillus, der in seinem Culturverhalten dem Löffler ausserordentlich ähnlich war, bei dem Thierexperiment aber sich als nicht pathogen vom ersteren unterschied.

Er fand nun, 1. daß bei an Rachendiphtherie erkrankten Kindern der echte Löffler'sche Bacillus sich auch häufig auf andere Schleimhäute, besonders im Conjunctivalsack der Nasenschleimhaut, in einzelnen Fällen auch auf der Schleimhaut der Vulva vorfand, ohne an letztgenannten Stellen irgend welche pathologische Veränderungen hervorzurufen.

2. Daß der Diphtheriebacillus sich sehr lange erhält. Er konnte ihn bei einem Kinde noch 82 Tage nach Ablauf der Erkrankung aus dem Rachen züchten; allerdings mit abgeschwächter Virulenz, so daß er beim Meerschweinchen nur locale Infiltration hervorrief. Bei Kindern, welche niemals Diphtheriesymptome gezeigt hatten, konnten ebenfalls in der Nasen- und Augenschleimhaut die typischen Bacillen nachgewiesen werden, wobei anzunehmen war, daß durch erkrankt gewesene Kinder, welche von den Diphtheriestationen nach den betreffenden Krankensälen zurückgelegt waren, diese Krankheitserreger eingeschleppt waren.

3. Daß dem zu Folge auch solche Individuen, welche gar keine diphtheritischen Erscheinungen bieten, dadurch, daß sie Träger noch virulenter Löffler'scher Bacillen sind, der Ausgangspunkt einer Hausinfection werden können.

4. Daß sich diese Uebertragung nur durch directen Contact erklären läßt und daß daher die bloße Desinfection einer Wohnung oder der Gebrauchsgegenstände, welche diphtheritisch erkrankte Personen in Benützung hatten, zur Verhütung einer Weiterverschleppung der Seuche nicht genügt, sondern daß nur eine daneben stattfindende Immunisirung des erkrankt gewesenen Individuums selbst eine Gewähr für wirkliche Beseitigung der Infectionsgefahr abgeben könne.

Rauchfuss (Petersburg) ist der Meinung, daß der Gesammteindruck der mit Serum behandelten Fälle den Arzt zu der Annahme bringe, daß sich ein gewisser Einfluß des Mittels auf die Diphtherie unverkennbar geltend mache. Es habe sich unter sehr ungünstigen Umständen, bei einer außerordentlich schweren Epidemie, bei späterem Eingehen der Fälle in die Behandlung, trotzdem eine Besserung der Mortalitätsziffer um 21% erhalten. Auch er hebt auffallende Besserung des Allgemeinbefindens, Ausbleiben der Stenoseerscheinungen hervor, wo solche nicht schon bei Eintritt in die Behandlung bestanden. Dagegen mache es den Eindruck, als ob die Fälle von Myocarditis zunähmen; vielleicht deshalb, weil mehr Fälle von Diphtherie am Leben bleiben. D.

Balneologen-Congreß.

XVI. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft

Gehalten zu Berlin, 7.—11. März 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

IV.

Pospischil (Burg Hartenstein, N. Oe.): **Ueber Hydrotherapie bei organischen Herzkrankheiten.**

Der Vortr. betont, daß die Anhänger wissenschaftlich betriebener Hydrotherapie keineswegs von der Anwendung der pharmakodynamischen Herztonica absehen. Im Gegentheil können die unschätzbaren Wirkungen der Digitalis nicht entbehrt werden, werden aber unvergleichlich viel seltener gebraucht, als sonst häufig geschieht.

Die bei Herzkranken vorkommenden unangenehmen Sensationen, Herzklopfen, Kurzathmigkeit, Irregularitäten der Herzaction, können durch Hydro- und Mechanotherapie zurückgedrängt werden, wodurch dem Herzmuskel die Empfänglichkeit für die Digitalisalkaloide für die Zeit erhalten bleibt, wo er dieselben dann zur Fortführung des Lebens dringend braucht. Der Vortr., früher mehrere Jahre Assistent des Prof. Winternitz, machte seine Studien an dem großen Krankenmateriale desselben in Kaltenleutgeben und Wien, sowie an den Erfahrungen in seiner Anstalt Hartenstein und schildert die Grundprincipien der Behandlung im Hinblick auf sehr schwere Fälle von Aorteninsufficienz auf atheromatöser Grundlage, und einer Mitralinsufficienz und Stenose des linken venösen Ostiums nach Gelenkrheumatismus in Combination mit Arteriosklerose. Man beschränkt sich in der Therapie solcher desperater Fälle mit Cheyne-Stokes'schem Athmen, hydropischen Ergüssen in allen Körperhöhlen, hochgradigem Oedem, Somnolenz, Delirium cordis nicht auf hydriatische Manipulationen allein, sondern zieht Alles herbei, Gymnastik, Massage, hygienisch-diätetische Regulirung der Lebensweise und Ernährung, richtige Vertheilung von Arbeit und Ruhe, respective rationelle Dosirung der Körperbewegung in freier Luft und — last not least — die pharmaceutischen Droguen in Combination mit thermischen und mechanischen Reizen. Von einer Nachwirkung hydriatischer und mechanischer Circulationstherapie, ähnlich der Digitaliswirkung, kann aber kaum die Rede sein, so daß die Anstaltsbehandlung nur den Zweck verfolgen kann, das Verfahren einzuleiten und die individuell am besten wirkenden Manipulationen festzustellen, die dem Kranken dann daheim weiter zu Theil werden sollen, was um so leichter möglich ist, als man zur mechanischen und thermischen Circulationstherapie die complicirten Einrichtungen der Wasserheilanstalten nicht unbedingt braucht. Von dem Zustandekommen der pathologischen Veränderung der Circulation ausgehend, bespricht der Vortr. die Art und Weise, wie man mit hydriatischen Manipulationen auf Herzkraft, Gefäß- und Gewebstonus einwirken und die Circulation dadurch der Norm wieder möglichst nahe bringen kann. Er schildert die Anwendungs- und Wirkungsweise des Winternitz'schen Herzkühlers, der Theilwaschungen und Theilabreibungen an der Hand von und mit dem Jaquet'schen Präcisionssphygmograph abgenommenen Pulscurven, bespricht die Möglichkeit, die Wasserausscheidung von der Körperoberfläche durch mechanische und thermische Eingriffe, Umschläge, Bettdampfbäder nach Gärtner, oder Dampfkastenbäder in der alten Form, oder mit der Winternitz-schen Modification des Dampfbades in der Badewanne, zu steigern und dadurch den Oedemen entgegenzuwirken. Empfehlenswerth ist die Combination der Dampfapplication auf die untere Körperhälfte mit dem kalten Herzschlauch, jedoch mit nachfolgender Wiederherstellung des erschlafften Gefäß- und Gewebstonus durch einen Kältereiz. Mit Vorsicht anwendbar sind Halbbäder mit Wasserspiegel unter Nabelhöhe, kräftiger Friction, jedoch sparsamer Uebergießung, oder aber Uebergießungen der Herzgegend mit niedrigem temperirten Wasser in einem solchen, aber um einige Grade höher temperirten Halbbade, oder aber vorsichtige Application des beweglichen Fächers auf die Herzgegend mit und ohne Combination mit einem solchen Halbbade; alle Badeformen aber, welche die ganze Körperoberfläche plötzlich treffen, z. B. kalte Vollbäder, kalte allgemeine Douchen, können durch Shockwirkung Unheil stiften.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 5. April 1895.

MRAČEK demonstrirt eine Pat. mit chronischer Hauttuberculose des linken Unterschenkels in Form von multiplen Papillomen, welche durch 5 Kochin-Injectionen von je 1 Mgrm. vollkommen zum Schwinden gebracht worden waren.

C. ULLMANN demonstrirt bacteriologische Präparate eines Falles von Sycosis parasitaria.

HOFMOKL: Ueber einige Formen von Beckengeschwülsten beim Weibe und deren chirurgische Therapie.

Vortr. bespricht auf Grund eines Materiales von 235 genau beobachteten und behandelten Fällen die Symptomatologie, Diagnose und Therapie der vom weiblichen Genitale ausgehenden und mit demselben im Zusammenhange stehenden entzündlichen Geschwülste und einzelne Formen nicht entzündlicher, sowie der durch Blutansammlung entstandenen Geschwülste im weiblichen Becken, wobei er das Hauptgewicht auf die von ihm bei Salpingitiden häufig geübte Punction und Incision von der Scheide aus legt.

Unter den 235 Fällen waren 94 Fälle von Peri- und Parametritis, wovon 67 genasen, 24 gebessert wurden und 3 starben. 16mal erfolgte Spontandurchbruch. 51 Fälle wurden incidirt, 27 Fälle blos punctirt und der Eiter aspirirt.

Von 22 Hämatocelen wurden 18 geheilt, 3 gebessert, 1 Fall verlief tödtlich. Von diesen 22 Fällen wurden 10 blos punctirt, 10 incidirt, theils mit, theils ohne Drainage, 2 laparotomirt.

9 Fälle kamen mit den ausgesprochenen Symptomen des acuten Darmverschlusses zur Aufnahme; davon handelte es sich 2mal um Peritonealtuberculose in Folge von tuberculöser Salpingitis, 7mal um Peritonitis nach Stieldrehung von Ovarialcysten.

Von Salpingitiden kamen 100 Fälle in Behandlung, davon genasen 65, wurden gebessert 30 und starben 5 (2 an Peritonitis tub., 1 an Typhus, 2 an eiteriger Peritonitis). Die Therapie bestand 5mal in Laparotomie (1 gestorben), in den übrigen 95 Fällen wurde entweder nur punctirt und aspirirt oder punctirt und später incidirt. Unter den punctirten Fällen ereignete sich nur 1 Todesfall. Die Heilungsdauer bei der Punction betrug zwischen 14 Tagen und 4 Monaten. An 58 Fälle wurden Fragebogen bezüglich des derzeitigen Zustandes ausgeschickt. Darauf langten 24 Antworten ein, welche 20 völlige Heilungen, 3 Besserungen und 1 negatives Resultat ergaben. Die seit der Operation in diesen Fällen verstrichene Zeit variirt zwischen $2\frac{3}{4}$ Jahren und 3 Monaten. Wenn es zulässig wäre, aus diesen Zahlen einen Schluß zu ziehen, so verdiente diese wenig eingreifende Methode den Vorzug vor der Adnexoperation, zumal mit Hinblick auf deren nicht zu unterschätzende Folgeerscheinungen und die geschlechtliche Verstümmelung des Weibes. Wenn auch die Salpingotomie für gewisse Fälle nicht zu vermeiden sei, sollte bei leichteren Fällen von derselben nach Möglichkeit abgesehen werden. Ferner sollte man bei großen Beckenabscessen mit breiten Incisionen sein Auskommen zu finden suchen, und nicht, wie dies neuerdings vorgeschlagen wurde, zur Resection des Uterus und seiner Adnexe greifen.

v. Dittel bemerkt im Anschlusse an diesen Vortrag, daß er in zwei Fällen nach Analogie der Operation beim Prostataabsceß vorgegangen sei, indem er nach Ablösung des Rectums im Septum rectovaginale vorgedrungen ist und von hier aus den Absceß eröffnet hat.

Chrobak hat bereits früher und in letzter Zeit wieder häufiger die Punction in Anwendung gezogen; es sei nicht zu leugnen, daß in einzelnen Fällen die Resultate sehr günstige seien; eine wirkliche Heilung habe er aber doch nur in sehr seltenen Fällen gesehen. Bezüglich der Hämatocelen wünscht Ch. ein Festhalten an der Nomenclatur. Nach den heutigen Anschauungen gebe es nur eine intraperitoneale Hämatocele, die sich in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle an Extrauteringravidität anschließe.

Wertheim präcisirt den Standpunkt der Klinik SCHAUTA in der Frage der Adnexoperationen. SCHAUTA habe selbst die Punction für große Eitersäcke empfohlen, welche gegen die vordere Bauchwand oder gegen die Scheide zu stark vorgewölbt sind, für kleinere Salpingitiden eigne sich aber das Verfahren weniger, da sie vor Allem schwer zugänglich sind, und da die entleerte Eitermenge, die oft nur wenige Tropfen betrage, für die Beschwerden nicht von Belang sei, da letztere durch den Entzündungsproceß selbst bedingt sind. Für diese Fälle eigne sich nur die Exstirpation des Tumors per laparotomiam. Es sei richtig, daß sich nach derartigen Operationen peinliche Beschwerden einstellen können (Stumpfexsudate, Ausfluß, Blutungen) und um diese zu vermeiden, sei die Exstirpation nicht nur der Adnexen, sondern auch des Uterus empfohlen worden. Nach diesem Principe sei auf der Klinik SCHAUTA in der letzten Zeit eine Reihe von Fällen, vorläufig mit sehr gutem Resultate, behandelt worden.

Hofmokl gesteht ohneweiters zu, daß sich nicht alle Fälle für die Punction, respective Incision eignen, doch möchte er die Indication für diese Methode möglichst erweitert wissen. Er habe übrigens auch in Fällen, in welchen die Tuben nur Fingerdicke hatten und bei welchen nicht mehr als einige Tropfen Eiter aspirirt werden konnten, wesentliche Besserung gesehen.

Bs.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 13. März 1895.

Vorsitzender: Prof. OBERSTEINER.

Dr. HOCK: Ueber angeborenen Sternaldefect.

Bei einem 3 Monate alten Kinde, welches etwas vor dem normalen Ende der Gravidität geboren war, zeigte sich folgender Befund: Das Kind war im Uebrigen gut entwickelt. Das Manubrium sterni fehlte vollständig. Die erste Rippe und die Clavicula endeten symmetrisch rechts und links von der Medianlinie in eine knorpelige, bindegewebige Leiste, die gegen das Sternum hinabzog, welches in der Höhe der zweiten Rippe vorhanden war. Das Corpus sterni, sowie der Processus xiphoides waren deutlich zu tasten. Die auf diese Weise gebildete Oeffnung von Trapezform in der knöchernen Brustwand war durch eine herniöse Ausstülpung der linken Lunge geschlossen, welche ungefähr von der Größe einer welschen Nuß war, beim Schreien sich noch vergrößerte und dann eine pilzförmige Geschwulst bildete; die Haut war intact, Defecte in der Musculatur waren nicht vorhanden. Die Geschwulst wurde schon bei der Geburt beobachtet.

Die vorhandene Bildung muß als ein geringer Grad von angeborener Spaltbildung aufgefaßt werden. Derartige Bildungen sind bekanntlich in dieser Gegend nicht selten beobachtet worden. Der excessivste Grad ist das Fehlen des Sternums, welches meistens mit anderen Defecten der Thoraxwand vergesellschaftet wird. Bei leichteren derartigen Defectbildungen wird gewöhnlich das Corpus sterni betroffen, in welchem verschieden gestaltete Defecte, sowie ganze und theilweise Spaltung nicht selten sind. Der obere Theil ist ein seltenerer Sitz der Defectbildung. Die Kinder sind selbst bei totalem Sternaldefect lebensfähig.

Dr. PINELES: Fall von Tabes incipiens.

Gegenüber der FLECHSIG-STRÜMPELL'schen Ansicht, daß die Tabes eine Systemerkrankung sei, legt LEYDEN das Hauptgewicht auf die hinteren Wurzeln, und verlegen DÉJÉRINE, MARIE und REDLICH den Degenerationsproceß in den intramedullären Antheil der hinteren Wurzeln. Ein Fall von beginnender Tabes, den P. mikroskopisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, war, abgesehen von dem frühen Stadium des Processes, noch deshalb von Interesse, weil der Hauptsitz des Degenerationsprocesses das Sacralmark war. Es war daher möglich, die im untersten Rückenmark degenerirten Faserzüge in ihrem Verlauf durch das ganze Rückenmark zu verfolgen. Im Sacralmark zeigte das ganze Gebiet des Hinterstranges mit Ausnahme der an die hintere Commissur angrenzenden Partien (ventrales Hinterstrangsfeld) und einem der hinteren Fissur anliegenden, länglichen Feld (ovales Feld von FLECHSIG) eine gleichmäßige, deutliche Faserarmuth. Diese beiden vom Degenerationsproceß verschont gebliebenen Zonen haben direct mit den hinteren Wurzeln nichts zu thun. Denn die Fasern des ventralen Hinterstrangfeldes bleiben — wie die experimentellen Untersuchungen von SINGER und MÜNZER lehren — auch nach Durchschneidung hinterer Wurzeln intact und stammen nach der Ansicht dieser Autoren aus der grauen Substanz. Ebenso degenerirt das ovale FLECHSIG'sche Feld nach den pathologisch-anatomischen Befunden von BARBACCI, REDLICH u. A. absteigend. P. demonstrirt Präparate eines solchen seltenen Falles, die ihm Dr. HERMANN SCHLESINGER zur Verfügung gestellt hat, wo nach Compression in der Höhe des

12. Brustwirbels mit der MARCHI'schen Methode im Sacral- und Lendenmark ein dem obigen ganz analoges Feld absteigend degenerirte. Alle im Sacralmarke vom Degenerationsprocesse ergriffenen Partien scheinen also mit den hinteren Wurzeln in Verbindung zu stehen. Schon im unteren Lendenmark erwies sich die Wurzeleintrittszone als normal, und je höher man im Rückenmark kam, umsomehr wurden die degenerirten Sacralfasern gegen die Mittellinie hin verschoben. Im Halsmark zeigten nur mehr die hinteren Partien der GOLL'schen Stränge Zeichen von Degeneration. Dieser Fall spricht also sehr für die Ansicht, daß bei der Tabes der degenerative Proceß in der Art und Weise beginne, daß in einer bestimmten Rückenmarkshöhe eine Anzahl von hinteren Wurzeln in ihrem intramedullären Antheile der Degeneration anheimfallen.

Discussion.

Prof. Obersteiner meint, daß dieser Fall besonders dadurch interessant ist, daß nur eine geringe Anzahl von Wurzeln von dem Processe betroffen wurde, und daß erst in den untersten Theilen des Rückenmarkes der Ausgangspunkt der Erkrankung nachzuweisen ist. Er macht aufmerksam, daß es wünschenswerth wäre, in allen Fällen von Tabes möglichst tief hinunter in's Rückenmark zu gehen, da sich dort oft die interessantesten Thatsachen finden lassen.

Dr. Schlesinger weist im Anschlusse an eine Bemerkung des Dr. PINELES darauf hin, daß das im unteren Brust- und Lendenmark entlang dem hinteren Septum absteigend degenerirende schmale Feld auch nach den jüngsten Beobachtungen nicht mit den hinteren Wurzeln in Verbindung stehen dürfte. Der Ursprung der Fasern dieses bei beginnender Tabes constant verschonten Gebietes ist bisher nicht mit Sicherheit festgestellt, vielmehr hat man verschiedene Theorien über denselben aufgestellt. So sollen sie nach PHILIPPE und GOMBAULT die Fortsetzung der im commaförmigen SCHULTZE'schen Felde ebenfalls absteigend degenerirenden Fasern sein, während MARIE annimmt, daß eine völlige Durchtrennung der grauen Substanz die Degeneration dieses Gebietes nach sich ziehe.

Vortr. hat diese bisher äußerst selten beobachtete, von BARBACCI und REDLICH zuerst beschriebene Bahn in einem Falle von Querläsion des untersten Brustmarkes durch Quetschung von der Stelle der Läsion bis in den Conus terminalis verfolgen können. Die von SCH. vorgenommene histologische Untersuchung der Quetschungsstelle erwies, daß im Bereiche derselben das gesammte Nervengewebe vollkommen zu Grunde gegangen war. Es würde also dieser Fall für die Anschauungen MARIE's sprechen, und wenn letztere die richtigen sind, so wäre es begreiflich, warum gerade dieses Gebiet bei beginnender Tabes der unteren Rückenmarksabschnitte vom Degenerationsprocesse verschont bleibt.

Prof. Obersteiner: Wie die Präparate Dr. SCHLESINGER's zeigen, ist in jüngster Zeit die Geographie des Rückenmarksquerschnittes sehr complicirt worden. Man kennt jetzt eine Reihe von Fasern und Bündeln, die früher unbekannt waren, so z. B. das commaförmige Feld von SCHULTZE, ferner den Fasciculus sulco-marginalis im Vorderstrange. O. bemerkt, daß das von Dr. PINELES erwähnte Feld eines von denen ist, die man erst in der letzten Zeit kennen gelernt hat, und daß es eine ganze Reihe von Feldern gibt, die noch nicht näher bekannt sind.

Dr. Biedl bemerkt im Anschlusse hieran, daß er einen Fall untersucht hat, in welchem das SCHULTZE'sche commaförmige Feld absteigend degenerirt gefunden wurde. In diesem Falle war ein Tumor des Kleinhirns vorhanden, welcher dasselbe gerade in der Mittellinie comprimirt hat, so daß er diese systematische absteigende Degeneration als einen Beweis für den Zusammenhang dieses Feldes mit dem Kleinhirn auffassen muß. Im Anschlusse an die Bemerkungen über die MARCHI'sche Methode hebt B. hervor, daß es ihm gelungen ist, mittelst dieser Methode eine absteigend leitende und degenerirende Bahn im Rückenmarke der Katze nachzuweisen, welche zweifellos mit dem Kleinhirn im Zusammenhange steht. Die Degeneration wurde typisch in vier untersuchten Fällen an der Grenze zwischen Vorder- und Seitenstrang aufgefunden, und stellt nach seiner Ansicht dieses Feld die für die Erklärung der physiologischen Functionen des Kleinhirns postulirte Leitungsbahn dar.

Prof. Obersteiner: Von MARCHI sind auch absteigende Fasern gefunden worden, und es ist möglich, daß dieses Feld dasselbe ist.

Dr. Biedl: Das Degenerationsfeld deckt sich mit dem von MARCHI gefundenen. Nur bezüglich der Durchzugsstraße ergibt sich ein Widerspruch. Während MARCHI behauptet, daß der mittlere Kleinhirnschenkel (Brückenarm) die Fasern aus dem Kleinhirn zum Rückenmark führt, muß Redner ausdrücklich betonen, daß sich bei seinen Versuchen — Durchschneidung des Corpus restiforme — der hintere Kleinhirnschenkel als die Durchzugsstraße ergab. In Bezug auf nähere Details verweist er auf seine ausführliche Arbeit.

Dr. KAHANE demonstrirt die Cultur und das mikroskopische Präparat einer Hefeart, die aus einem Uteruscarcinome gezüchtet wurde.

Als Nährboden wurde der in der feuchten Kammer aufbewahrte Tumor benützt, der, in sterilisirte Kochsalzlösung gelegt, sich selbst überlassen wurde, und aus dem nun eine mächtige Cultur der eigenthümlichen Hefeart herauswuchs. Vortr. hat in lebensfrisch untersuchten Präparaten von Sarcomen und Carcinomen diese eigenthümlichen Hefezellen wiederholt angetroffen, so erst jüngst in einem frisch untersuchten Melanosarcom des Rectums, und zwar hatte er das Vorkommen dieser Pilze bereits vor den einschlägigen Publicationen BEINE's und SANFELICE's beobachtet. Morphologisch präsentirt sich die Hefe in Form theils runder, theils länglicher, theils mehr ovaler Gebilde, deren größte Exemplare fast die Größe der rothen Blutkörperchen erreichen. Besonders charakteristisch ist das Vorkommen von 1—3 runden, sehr stark glänzenden Gebilden im Zellplasma, welche Gebilde als Sprossen aufzufassen sind. Ueber die ätiologische Bedeutung dieser Hefe ist bisher nichts Näheres bekannt, doch haben die Versuche BEINE's und SANFELICE's eine direct pathogene Wirkung dieser Hefe — Erregung von Eiterung, Bildung eigenthümlicher Knötchen in den großen Unterleibsdrüsen, Lymphdrüsenschwellung — nachgewiesen. Vortr. ist bisher mehr der Ansicht zugeneigt, daß es sich eher um Saprophyten handelt, doch kann immerhin die Möglichkeit nicht zurückgewiesen werden, daß den Hefepilzen irgend eine Rolle beim ganzen Krankheitsproceß zukommt. Jedenfalls ist ihr gar nicht seltenes Vorkommen in malignen Geschwülsten eine Thatsache, die immerhin geeignet ist, Interesse zu erregen.

Discussion.

Dr. Herz weist darauf hin, daß das Vorhandensein von Sproßpilzen in bösartigen Neubildungen und entzündlichen Herden nicht immer deren pathogene Bedeutung, sondern oft das Gegentheil hievon nahe lege. BILLROTH hat in einem Vortrage erwähnt, daß die Volksmedicin sich das erwähnte Vorkommen von Saccharomyces und nahestehenden Organismen dadurch nutzbar gemacht habe, daß sie bei gangränösen Zahnpulpen mit Periostitis und bei stinkenden Carcinomen stark zuckerhältige Abkochungen als Ueberschläge verwendet, welche diesen Organismen als Nähr- und Gährungsmateriale dienen. Es scheine sich nun ein Antagonismus zwischen Sproß- und Spaltpilzen geltend zu machen, bei welchen die Hefepilze unter den für sie günstigeren Bedingungen die anderen Mikroorganismen überwuchern und verdrängen. Bei seinen eigenen Versuchen fand H., daß schon die Anwesenheit anderer Mikroorganismen in der Gährflüssigkeit die Hefe zu stärkerer Gährung anrege. Die Begünstigung der Darmgährung, welche man nachher leicht wieder beseitigen könne, durch Einfuhr zuckerhältiger Flüssigkeiten, sei auch ein beachtenswerthes Mittel zur Unterdrückung der Darmfäulniß. H. meint, es seien die Sproßpilze für den Menschen vielleicht häufiger nützlich als schädlich.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

R. Accademia medica di Roma.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 24. Februar 1895.

MONTENOVESI: Ueber die MIKULICZ-WLADIMIROFF'sche Operation.

Vortr. stellt drei wegen Tuberculose nach MIKULICZ operirte Kranke vor, welche, ohne zu hinken, gehen, selbst laufen können. Insgesammt sind es sechs Fälle, bei welchen M. diese Operationsmethode, und jedesmal mit Erfolg, geübt hat. Er hält es daher für ungerechtfertigt, daß die Operation heute so wenig Beachtung findet, da man ja, falls der Tarsus nicht mitergriffen ist, durch diese Operation alles Krankhafte leicht entfernen könne, ohne daß die Extremität eine Verkürzung erleide und Prothesen nothwendig wären. In schweren Fällen entfernt er mit dem Tarsus die Sprungfläche der Tibia, resecirt quer die Metatarsen und bringt nun die Stümpfe mit der Tibia in Contact. In weniger schweren Fällen verlegt er den Knochenschnitt mehr nach rückwärts in die Keilbeine, welche er quer durchsägt, und bringt nachher diese in Contact mit der Tibia. Um den Contact aufrecht zu erhalten und an der Stelle Callusbildung zu veranlassen, verbindet er die genäherten Knochen mit quer durchzogenen Metalldrähten. So werden die Operirten Zehengeher, was einen elastischeren Gang zur Folge hat. Die verschonten vorderen Weichtheile bilden anfangs einen vorspringenden Polster, welcher langsam verschwindet. Der WLADIMIROFF'sche Schuh befriedigt auch die Aesthetik.

TAUSSIG: Zwei Fälle von LITTLE'scher Krankheit.

Vortr. stellt zwei Kranke vor, welche seit ihrer Geburt an einer Hypertonie der willkürlichen Musculatur mit Steigerung der Sehnen- und Periostreflexe leiden. Bei dem ersten, jetzt 28jährigen

Pat. sind davon vorzüglich die unteren Extremitäten betroffen, so, daß er nicht zu gehen vermag. Bei dem zweiten, 69 Jahre alten Kranken sind beide Beine rigid, in permanenter Extension; der Gang ist spastisch. Dasselbe ist, wenn auch in minderem Grade, an den Oberextremitäten wahrzunehmen. Dabei bestehen noch Nackensteifheit, Schling- und Sprachbeschwerden. Bei dem Fehlen von anderweitigen nervösen Symptomen kann man nur eine reine spastische Spinalparalyse (tabe dorsale pura spasmodica) annehmen. REFFRECHT, MARIE und Andere nennen diese Form auch LITTLE'sche Krankheit zum Unterschiede von anderen im Kindesalter auftretenden Diplegien. Zum Schlusse betont Vortr., daß Sitz und Natur dieser Krankheit noch unerforscht seien.

TASSI: Explorative und curative Craniotomien.

V. ist für einen frühzeitigen chirurgischen Eingriff bei allen endocraniellen Läsionen. Nach Ausführung mehrfacher diagnostischer wie technischer Betrachtungen berichtet er über 10 von ihm ausgeführte Craniotomien. Der erste Fall war ein mit Meningealsarcom erkrankter Mann, dem die Operation Heilung brachte. Der zweite Fall betraf einen Mann mit Fractur des linken Stirn- und Schläfenbeines. Pat. fieberte bereits in Folge eines unterhalb der Fracturstelle entstandenen Abscesses, als T. zu ihm gerufen wurde. Auch hier folgte der Operation Genesung. Der dritte Fall glich dem vorhergehenden. Auch hier wurde erst nach 10 Tagen operirt und noch Heilung erzielt. Beim vierten Fall bot die Indication zum Eingriff ein Tuberkel der Dura mater, welcher Convulsionen hervorgerufen hatte. Der fünfte und sechste Fall waren submeningeale Abscesse, der siebente, achte und neunte Fall waren wieder Fracturen. In der Mehrzahl seiner Fälle erzielte T. Heilung, weil er nicht lange zuwartete.

MARCHIAFAVA: Einwanderung von Ascariden in die Gallenwege.

Vortr. gibt an, nur zwei Fälle zu kennen, bei welchen Ascariden durch Einwanderung in die Gallenwege zu schweren Störungen geführt haben. Der eine ist von TOMMASI CRUDELLI, der zweite vom Vortr. beobachtet worden. Bei der Autopsie eines unter schweren Darmerscheinungen und Icterus zu Grunde gegangenen Individuums konnte Vortr. in dem bis zum Umfange einer Darmschlinge erweiterten Ductus choledochus nebst zahlreichen Gallenconcrementen einen das Lumen ausfüllenden Spulwurm wahrnehmen. Auch auf der Vorderfläche der Leber wurden zwei glatte, cystenartig protuberirende Körper entdeckt, welche verkalkte Wurmfragmente einschlossen. Diese Würmer mußten einige Zeit in der Leber gelebt haben, ehe es zur Abkapslung gekommen ist.

Carruccio kennt außer den von M. genannten zwei Fällen noch neun andere, unter denen ein von MONTEVERDE beschriebener Fall insoferne interessant war, weil die Ascariden hier Anlaß zu multiplen Leberabscessen gegeben haben.

PARISOTTI: Künstliche Maturation des Staars.

P. erzielt die künstliche Reifung der Cataract durch 4 bis 5 Wochen lang fortgesetzte Massage nach vorausgegangener Kammerpunction.

A. CELLI und FIOCEA: Züchtungsversuche der Amöben.

Da es den Vortr. trotz vielfacher Versuche nicht gelingen wollte, die in den Fäces vorkommenden Amöben auf flüssigem Nährboden zu isoliren und zu züchten, so versuchten sie es mit den gebräuchlichen festen Nährböden, doch ohne Erfolg, bis es ihnen gelang, einen Nährboden von Fucus crispus darzustellen. Auf diesem Boden differenzirten sich die Amöben, verschiedene Culturen bildend, so daß man ihren cyclischen Entwicklungsvorgang studiren konnte. Unter Anderen war hier auch eine prächtige Cultur von Amoeba Coli zu gewinnen, von der GRASSI behauptet hatte, daß sie nicht cultivirbar sei. Die Vortr. geben nun die Gründe an, warum sich die Amöben als schwer cultivirbar erwiesen.

(Schluß folgt.)

Notizen.

Der XIII. Congreß für innere Medicin.

(Orig.-Correspondenz der „Wiener Medizinischen Presse".)

München, 3. April 1895.

In der Künstlerstadt an der Isar führt seit gestern die Medicin das Wort. Der Internistencongreß hat seine diesjährige Wanderversammlung hieher berufen, und groß war die Zahl der Aerzte Deutschlands, Oesterreich-Ungarns und anderer Länder, welche der Vorsitzende des Congresses, der Münchener Kliniker v. ZIEMSSEN, in der Eröffnungssitzung begrüßen konnte. Er that dies mit einer der Bedeutung medicinischer Congresse gewidmeten stimmungsvollen Rede.

Nach kurzem Rückblick auf die zwischen dem letzten Congreß für innere Medicin (1893) und dem diesjährigen Internistencongresse stattgefundenen großen wissenschaftlichen Versammlungen in Rom, Budapest, Wien etc. und deren überaus werthvolle Ergebnisse und Anregungen, betont v. ZIEMSSEN, daß gerade auf dem Gebiete der Medicin eine Lebhaftigkeit der geistigen Arbeit und eine Beharrlichkeit in derselben herrsche, welche von keiner anderen Periode in der Geschichte der Medicin übertroffen werde. Wenn auch der Schwerpunkt des geistigen Fortschrittes für die Medicin in der stillen und rastlosen Arbeit jedes Einzelnen am Krankenbett, im Laboratorium etc. liege, so erheische der moderne Zeitgeist bei der unendlichen Fülle des gebrachten Materials doch in der medicinischen Wissenschaft dringend das mündliche und öffentliche Verfahren einer allgemeinen Aussprache über die zahlreichen schwebenden Fragen. Die Specialcongresse und die allgemeinen Congresse sind es, welche dazu dienen, die Vertreter der einzelnen medicinischen Disciplinen unter sich, wie diese wieder mit der Gesammtheit der übrigen in Berührung treten zu lassen. Der „Congreß für innere Medicin" habe sich ganz besonders von jeher die Aufgabe gestellt, den Einheitsgedanken der Medicin im Zusammenhang mit Chirurgie und Pharmakologie festzuhalten. Das „Rerum cognoscere causas" sei aber von allen Aufgaben der wissenschaftlichen Medicin die wichtigste. Gegenüber den Decennien der vorwiegend pathologisch-anatomischen Richtung in der Medicin sei dieselbe jetzt in das Fahrwasser der ätiologischen Forschung, d. h. der Frage nach den Grundursachen der Krankheiten und unter das Zeichen der Therapie, d. h. des Bestrebens, eine wirklich causale Behandlung der einzelnen Krankheiten zu finden, getreten. In diesem Sinne stehe heute die ganze Frage der Serumbehandlung, d. h. der „Organsafttherapie" im Vordergrunde des Interesses.

Wie begründet diese Anschauung des Vorsitzenden ist, bewies die außerordentlich rege Betheiligung an der Discussion über das erste der vom Geschäftscomité vorbereiteten Themen, die Heilserumbehandlung der Diphtherie. Die Berichterstattung über die von Prof. HEUBNER eingeleitete Discussion erfolgt an anderer Stelle dieser Nummer. Hier sei nur der Eindruck skizzirt, den dieselbe auf den unbefangenen Zuhörer hervorgerufen hat. Von einer endgiltigen Entscheidung über den Werth der Serumbehandlung konnte keine Rede sein, obwohl die Mehrzahl der Redner des ersten Tages — HEUBNER, BAGINSKY, WIDERHOFER, RANKE, SEITZ — in mehr minder enthusiastischer Weise über ihre therapeutischen Erfahrungen mit dem BEHRING'schen Serum berichteten. Nicht unwesentliche Abkühlung bewirkte jedoch die sich der Versammlung aufdrängende Erkenntniß, daß ein Grundpfeiler der BEHRING'schen Lehre gefallen ist, die Behauptung der immunisirenden Kraft der präventiv angewendeten Seruminjectionen. Denn Alle, welche diesbezügliche Versuche unternommen haben, konnten das Wiedererkranken von präventiv behandelten Kindern kurze Zeit nach der Einspritzung beobachten, und Prof. KOHTS (Straßburg) berichtete über ein zweijähriges Kind, welches wegen Diphtherie mit Serum Nr. II zweimal injicirt wurde, zur Tracheotomie kam, nach längerer Krankheitsdauer geheilt entlassen wurde, zehn Wochen nach der ersten Injection jedoch neuerdings an Rachen- und Kehlkopfdiphtherie erkrankte und schließlich wieder genas. Doch auch in therapeutischer Hinsicht hatte das Serum noch einen harten Kampf zu bestehen.

In der Nachmittagssitzung des 2. Tages wurde mit Rücksicht auf das große allgemeine Interesse, das die Heilserumfrage erregt, die Discussion über Antrag HEUBNER's neuerdings aufgenommen, und hier war es, wo dem Diphtherieheilserum zwei mächtige Gegner, ein Theoretiker und ein Praktiker, erstanden. Um ihrem Berichterstatter nicht vorzugreifen, seien hier nur die Ausführungen JENDRASSIK's (Budapest) und VIERORDT's (Heidelberg) kurz wiedergegeben. Der Erstere bekämpfte die BEHRING'sche Lehre auf allen Linien und suchte nachzuweisen, daß die Theorie, auf welche BEHRING die Heilserumtherapie aufgebaut hat, in ihren Grundfesten wanke. Von einer immunisirenden Wirkung könne nicht die Rede sein. VIERORDT, der Praktiker, drückte sich gleichfalls überaus skeptisch aus. Der Statistik sprach er jeden Werth für die Entscheidung der Frage nach der Heilwirkung des Serums ab. Die Täuschungen, denen man bei der Verwerthung statistischer Resultate unterliegen kann, sind ganz unberechenbar. Was die vielfache nachdrückliche Betonung der Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Inangriffnahme der Serumbehandlung — wenn dieselbe von Erfolg gekrönt sein soll — anlangt, so verweist VIERORDT auf LÖFFLER, der in Greifswald ohne Serum mit rein localer Behandlung mittelst seines bactericiden Gemisches mindestens eben so gute Resultate erzielt hat, wie die Verfechter der Serumtherapie. Es liegt eben Alles am Charakter der Epidemie. Verf. hat sich von einer specifischen Wirkung nicht überzeugen können. MEHRING (Halle) und NOORDEN (Frankfurt) sprachen sich im Gegensatze zu VIERORDT wieder in sehr günstigem Sinne aus. Ersterer hatte unter 74 Fällen nur 5%, Letzterer unter 81 Fällen 23% tödtliche Ausgänge.

In seinem Schlußworte äußerte sich der Referent, Prof. HEUBNER, überaus reservirt, pro und contra Vorgebrachtes sorgfältig abwägend. Die Ergebnisse der Discussion auf dem XIII. Congresse für innere Medicin gipfeln — sagte HEUBNER — in der übereinstimmenden Negirung irgend welcher schädigenden Wirkung des BEHRING'schen Serums seitens aller Beobachter, von welchen zumal diejenigen, die im Besitze eines großen Krankenmateriales sind, von der Zeit der Anwendung des Serums an ein auffallendes Sinken der Mortalität constatiren konnten. Die Art der Wirkung des Heilserums und dessen immunisirender Werth bedürfen jedoch noch weiterer Klärung; weitgehende Schlüsse dürfen daher derzeit nicht gezogen werden. Die Zukunft werde Aufklärung bringen, weshalb die Weiterprüfung des Heilserums geradezu als Pflicht erscheine.

Damit schloß die Discussion über das Diphtherieheilserum.

—n—

Wien, 6. April 1895.

(Wiener Med. Doctorencollegium.) In der dieswöchentlichen Versammlung des Collegiums hielt Director Dr. G. KOBLER aus Sarajevo einen Vortrag unter dem Titel „Die Heilquellen von Ilidže in Bosnien". Im Anschluß hieran sprachen die Proff. LUDWIG, CHROBAK, NEUMANN und Reg.-A. Dr. HABART. Wir werden die das Interesse weiter Kreise verdienenden Ausführungen des Vortragenden, sowie der übrigen Redner demnächst im Feuilleton dieses Blattes wiedergeben.

(Die Laienmassage.) Der jüngst reproducirte Erlaß des Ministeriums des Innern, welcher die gewerbsmäßige Beschäftigung mit Massage ohne Anwendung derselben zu Heilzwecken als freies Gewerbe erklärte, die selbstständige Ausübung der Massage zu Heilzwecken aber Nichtärzten verbietet, bildete den Gegenstand lebhafter Discussion in der dieswöchentlichen Plenarversammlung des Vereines der Aerzte des I. Bezirkes. Das von Dr. BUM namens eines ad hoc eingesetzten Comités erstattete Referat basirte auf dem Standpunkte, dieser Erlaß lege die Entscheidung über das Los der Laienmassage in Oesterreich in die Hände der Aerzte, welche bisher den Uebergriffen der Laien in die ärztliche Sphäre gegenüber eine unbegreifliche Langmuth, nicht selten selbst directe Begünstigung bewiesen haben. Wenn die Aerzte es in Zukunft, ablehnen, einen nicht unwichtigen Zweig der Therapie Laien zu überlassen, indem sie die Verantwortung für deren Thätigkeit übernehmen, wird es ihnen gelingen, die Laienmassage, die ja zumeist den Deckmantel für Curpfuscherei und Anderes biete, mit der Wurzel auszurotten. Dies sei aus sanitären und wirthschaftlichen Gründen peremptorisch geboten. Im Uebrigen negirt das Referat die von einzelnen Seiten betonte Unentbehrlichkeit der Laienmassage, da sich, zumal in den größeren Städten genügend minder beschäftigte, jüngere Aerzte finden, welche bereit wären, Massage gegen das übliche Minimalhonorar auszuüben. Freilich müßte dann auch die Schule für die Möglichkeit vollständiger Ausbildung der Mediciner in der Mechanotherapie Sorge tragen. Nach längerer Debatte wurde der Antrag des Comités angenommen, welcher lautet: „Im Hinblick auf die sanitären Gefahren, welchen Kranke durch die Ausübung der Massage seitens Laien ausgesetzt sind; in Berücksichtigung der schweren ethischen und wirthschaftlichen Schädigung, welche die Laienmassage für den ärztlichen Stand im Gefolge hat; in Würdigung des Umstandes, daß gerade der Erlaß des hohen Ministeriums des Innern vom 18. Januar 1895 den Aerzten die Möglichkeit bietet, die Laienmassage zu unterdrücken, stellt der Verein an die Wiener Aerztekammer die Bitte, dieselbe wolle als standeswidrig erklären: 1. Die Empfehlung von Laien behufs Ausführung der Massage zu Heilzwecken; 2. den sogenannten Unterricht und die Ausstellung von Attesten über ertheilten Unterricht in der Massage und Heilgymnastik an Laien; 3. die Uebernahme der Verantwortung für von Laien ausgeübte Massage und Heilgymnastik den Behörden und dem Publicum gegenüber."

(Zur Anzeigepflicht.) In einer dieser Tage den Wiener Aerzten zugegangenen Verordnung des Magistrates werden dieselben an die Anzeigepflicht bezüglich der Influenza-Erkrankungen erinnert und aufgefordert, ihre Wahrnehmungen über die Infectiosität, den Verlauf etc. der beobachteten Fälle nach Aufhören der Influenza-Erkrankungen dem Wiener Stadtphysicate mitzutheilen.

(Universitäts-Nachricht.) Der o. Prof. der Innsbrucker Universität Dr. WILHELM CZERMAK ist zum o. Prof. der Augenheilkunde und Vorstande der Augenklinik an der deutschen Universität in Prag ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Prof. A. POLITZER in Wien ist zum correspondirenden Mitgliede der Akademie der Medicin in Turin ernannt worden. — Der Director der k. Hebammen-Lehranstalt in Agram, Prof. A. LOBMAYER, hat das Commandeurkreuz des serbischen Sawa-Ordens erhalten.

(Landwehrärztliches Officierscorps.) In den Activstand der k. k. Landwehr wurden übersetzt: Der Reg.-A. II. Cl. Dr. EMIL E. V. KOZLOWSKI, die Assistenzärzte DDr. L. BLINDER, J. HELLER, S. HALPERN und R. BINDER vom Reservestande des Heeres; die Reg.-Ae. II. Cl. DDr. L. SABATA, TH. JOSEFCZYK und K. RADLMESSER, die Oberärzte DDr. J. POLLAK, B. GESANG, S. FEUERSTEIN, A. REITMANN, F. HAHN, der Assistenzarzt Dr. A. KREUTZ vom nichtactiven Stande der Landwehr; der R.-A. I. Cl. Dr. L. JACOBI und der R.-A. II. Cl. Dr. J. SEDLÁK aus dem Verhältnisse „der Evidenz" der Landwehr.

(Der Unterstützungsverein für Witwen und Waisen der k. u. k. Militärärzte) wird seine diesjährige ordentliche Generalversammlung Samstag den 4. Mai im Lehrsaale Nr. 1 der ehemaligen Josefs-Akademie (IX., Währingerstraße 25) abhalten. Die Herren Vereinsmitglieder werden ersucht, der Versammlung zuverlässig beizuwohnen.

(Congreß für Rettungswesen.) In Bordeaux wird während der dort im kommenden Frühjahre stattfindenden XII. General-Ausstellung der „Société philanthropique de Bordeaux" ein internationaler Congreß für das Rettungswesen stattfinden. Das Organisations-Comité hat seinen Sitz in Bordeaux, 74 rue du Hautoir, und beabsichtigt der Abtheilung für Rettungsapparate auf der genannten Exposition einen hervorragenden Platz zu sichern. Anmeldungen zur Theilnahme an diesem Congresse nimmt die Wiener Aerztekammer, I., Börsegasse 1, entgegen.

(Jahrbuch für praktische Medicin.) In der ersten Hälfte des April gelangt der Jahrgang 1895 dieses von Dr. J. SCHWALBE redigirten Jahrbuches bei Ferdinand Enke in Stuttgart zur Ausgabe. Als Referenten des die gesammte Literatur der praktischen Medicin aus dem Jahre 1894 umfassenden Jahrbuches sind zu nennen: Prof. RIBBERT (Pathologie, Anatomie und Bacteriologie), Prof. SEELIGMÜLLER (Neurologie), Prof. FÜRBRINGER (Harnkrankheiten), Prof. HARNACK (Pharmakologie), Prof. STRASSMANN (gerichtliche Medicin), Docent ROSENHEIM (Verdauungskrankheiten), Docent H. NEUMANN (Kinderkrankheiten) u. A.

(Napoleon I. und die Aerzte.) Napoleon I. gab sehr viel Geld für die Aerzte aus, obgleich er eigentlich nicht viel von der Medicin hielt, sondern nur Chirurgie gelten ließ. Sein ärztliches Budget belief sich auf 201.700 Franken, wovon die Aerzte, Apotheker, Zahnärzte und — Hühneraugenoperateure erhalten wurden. Antoine Dubois, einer der bedeutendsten Geburtshelfer seiner Zeit, erhielt für seine mit großer Schwierigkeit vollzogene Entbindung der Kaiserin Marie Louise (König von Rom, 20. März 1811) 100.000 Fres. und den Barontitel. Als Dubois Napoleon auf die schwere Entbindung und die damit verknüpften Gefahren aufmerksam machte sagte ihm Napoleon: „Machen Sie, als wenn Sie es mit einer Bürgersfrau der Rue Saint-Denis zu thun hätten“ und fügte noch hinzu: „Vor Allem erhalten Sie die Mutter.“ Ein schönes Wort eines Fürsten, der sich um jeden Preis einen Sohn wünschte. Dubois rettete Mutter und Kind.

(Statistik.) Vom 24. bis inclusive 30. März 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 7102 Personen behandelt Hievon wurden 1474 entlassen; 199 sind gestorben (11 89% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 70, egyptischer Augenentzündung 7, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 48, Scharlach 100, Masern 127, Keuchhusten 26, Wundrothlauf 25, Wochenbettfieber 7, Mumps 13, Influenza 31. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 871 Personen gestorben (— 83 gegen die Vorwoche).

Römerbad in Unter-Steiermark, durch hohe Bergwände gegen Nordwind geschützt, bietet den Curbedürftigen alle Annehmlichkeiten eines, in constant mildem Klima gelegenen comfortablen alpinen Badeortes. In den Monaten Mai und Juni ist der Aufenthalt in Römerbad (Eilzugstation) namentlich denjenigen zu empfehlen, welche bei ihrer Rückkehr aus den Winterstationen ein Uebergangsklima aufsuchen müssen. Die an Stickgas und freier Kohlensäure reichen, 30—31° R. warmen Quellen gehören zu den kräftigsten Akratothermen und die erprobte Heilkraft derselben findet durch die stets wachsende Frequenz dieses, das „steirische Gastein“ benannten Curortes, dankbarste Anerkennung.

Zahnarzt **Dr. Hillischer** ordinirt vom 1 April 1895 an: I., Stefansplatz 11 (Eingang Goldschmiedgasse 2).

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Die nächste wissenschaftliche Versammlung findet im October statt.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Schenck F., Physiologisches Practicum. Mit 153 Abb. Stuttgart 1895, F. Enke.

Posner C., Therapie der Harnkrankheiten. Mit 11 Abb. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Meschede F., Ueber den Entwicklungsgang der Psychiatrie. Leipzig 1895, G. Thieme.

Bebber W. J., Hygienische Meteorologie. Mit 42 Abb. Stuttgart 1895, F. Enke.

Loebisch W. F., Die neueren Arzneimittel. Vierte, gänzlich neu bearbeitete Auflage. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Lorenz A., Pathologie und Therapie der angeborenen Hüftverrenkung. Mit 54 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Offene Correspondenz der Redaction und Administration.

Herrn Dr. M. B. in Prag. Wenden Sie sich doch direct an die betreffende Stelle.

„ Dr. L. B. in New-York. Ganz Ihrer Ansicht. Die Fragen sind sämmtlich zu verneinen.

„ Dr. A. A. in Eleonorenhain. S. ist nach neuesten Forschungen eine Spätform der Syphilis, siehe daher diesen Artikel.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 15. Sonntag den 14. April 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Methode und Werth der Blutdruckmessung für die Praxis.

Von **Prof. S. R. v. Basch** in Wien.*)

Es ist allgemein bekannt, daß die Alten dem Pulse weit größere Aufmerksamkeit schenkten, als wir. Begreiflicherweise deshalb, weil sie nicht, wie wir, über andere Methoden verfügten, die einen Blick in das Innere von Vorgängen ermöglichen, und weil sie zumeist auf den Puls als leicht wahrnehmbaren Ausdruck von Aenderungen der Circulation angewiesen waren. Da sie über Circulationsvorgänge nicht exact mechanische Vorstellungen hatten, da ihnen der Begriff Blutdruck nicht bekannt oder wenigstens nicht geläufig war, da die Gefäßinnervation und das Spiel derselben, die Gefäßverengerung und Erweiterung für sie ein Geheimniß gewesen, da vitalistische Anschauungen ihr Denken ganz und gar gefangen hielten, so trieb auch hier die Phantasie manch seltsame Blüthen. Bildeten sie sich ja ein, man könne aus der Qualität des Pulses erkennen, ob Organe oberhalb des Zwerchfelles oder unterhalb desselben erkrankt seien.

Das änderte sich mit einem Schlage, als die Methoden der Percussion und Auscultation von Frankreich aus im siegreichen Laufe die medicinische Welt eroberten.

In dem Zeitalter der anatomischen Diagnostik, das von der Vorstellung beherrscht war, daß der pathologischen Anatomie die Aufgabe zufalle, die Räthsel der Krankheit zu lösen, und in dem selbst der Kliniker vorwiegend pathologischer Anatom war, weil ihn zumeist das interessirte, was er dereinst am Leichentische zu sehen hoffte, hatte man wenig Sinn für die Kenntniß des Pulses, denn aus derselben erwuchs ja kein offenbarer Gewinn für die pathologisch-anatomische Diagnostik. Dieser Richtung folgte mit dem Erstehen und dem raschen Aufblühen des physiologischen Experimentes eine andere. Mit ihr kam die Zeit des Auferstehens der Pulslehre. Allen voran betonte Traube die Wichtigkeit des Pulses. Während man vorher nur in ganz allgemeinen Ausdrücken von einem großen oder kleinen, vollen oder leeren Pulse sprach, führte Traube in die Pulsterminologie den Ausdruck Pulsspannung ein. Hiemit sollte ausgedrückt werden, daß bei der Prüfung des Pulses im Vordergrunde des Interesses die Frage steht, wie groß der Blutdruck sei, der auf der Arterienwand lastet, durch diesen Druck wird die Arterie gespannt, d. i. ihre Spannung ist der Ausdruck für den Blutdruck. Die Wichtigkeit des Blutdruckes und seiner Veränderungen deducirte Traube aus seinen Versuchen am Thiere. Die Aufklärungen nämlich, die ihm hier die Blutdruckcurven für die Wirkung der Digitalis, für die Vorgänge bei der Erstickung etc. gewährten, mußten es ihm wünschenswerth erscheinen lassen, dergleichen Vorstellungen auch bei der klinischen Beobachtung zu gewinnen. In diesem Wunsche stimmen wohl alle Aerzte überein. Aber man begnügt sich, wie Traube, mit der Auskunft, die uns der Finger gibt; das Meiste, was man nach dieser Richtung thut, ist, daß man eine gewisse Virtuosität im Pulsfühlen zu erwerben strebt, eventuell auch das Sphygmogramm zu Rathe zieht, in der Hoffnung, durch dasselbe mehr zu erfahren, als durch den Finger.

Aber die Virtuosität im Pulsfühlen mag noch so groß sein, sie muß sich auf's Schätzen und relatives Vergleichen beschränken, darüber hinaus kommt sie nicht, zum absoluten Vergleich, der die Maßeinheit zu Grunde liegt, kann sie es nie und nimmer bringen. Dazu kommt, daß die Schätzung der Spannung mit dem Finger mit einem physikalischen Grundfehler behaftet ist, der zu den gröbsten Täuschungen Veranlassung geben kann. Wir schätzen nämlich mit unserem Finger nicht blos die Spannung, die dem Blutdrucke entspricht, sondern das Product dieser Spannung und der Fläche, die wir mit dem Finger drücken.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener med. Doctoren-Collegium" am 17. December 1894.

Angenommen, der Blutdruck wäre bei allen Menschen unter allen Umständen constant, wie die Temperatur, so würden trotzdem die Schätzungswerthe, die uns der fühlende Finger ergibt, nie gleich sein können, man müßte bei verschiedenen Individuen eine verschiedene Spannung herausfühlen, weil die Arterien ungleich weit sind. Nun denken Sie erst an die Irrthümer, die entstehen, wenn nicht blos die Flächen, sondern auch die Drücke wechseln. Darüber hilft keine Virtuosität hinweg.

Dem Wunsche also, die Größe des Blutdruckes und seine Aenderungen durch das Tast- und Druckgefühl auch nur mit annähernd großer Sicherheit zu erfahren, kann nicht in der üblichen Weise entsprochen werden. Wer nun an diesem Wunsch festhält, und jeder muß daran festhalten, der sich die Wichtigkeit der Function des Blutdruckes vor Augen hält, in dem muß das Streben wachgerufen werden, über dieselben am Krankenbette gleich sichere Auskunft zu bekommen, wie der Experimentator am Thiere. Oder glauben Sie etwa, es sei minder wichtig, zu wissen, wie groß der normale Blutdruck des Menschen, als wie groß der Blutdruck des Pferdes, des Hundes oder der Kaninchen sei. Glauben Sie, es sei minder wichtig, zu wissen, um wie viel der Blutdruck des Menschen bei einer Blutung sinkt, als zu wissen, um wie viel ein Blutverlust den Druck eines Hundes herabsetzt. Ich habe nur physiologische Beispiele angeführt. Die Zeit von vielen Stunden würde nicht genügen, wollte ich die Schaar von Fragen aufwerfen, die nur mit Hilfe der Blutdruckmessung zu beantworten sind, von Fragen, die tief in unsere Vorstellungen über pathologische Processe, besonders aber in unsere Vorstellungen über die Wirkungsweise einer therapeutischen Handlung eingreifen.

Solche Erwägungen waren es, die mich vor circa 16 Jahren veranlaßten, eine Methode zu schaffen, die es ermöglicht, den menschlichen Arteriendruck zu messen. Die ersten Versuche unternahm ich gemeinschaftlich mit meinem Freunde Dr. Breuer. Sie führten zu keinem praktischen Resultate. Das schreckte mich aber nicht ab. Durch fast 3 Jahre plagte ich mich weiter mit allen nur denkbaren Modellen, bis endlich eine gute Idee, die ja immer ungerufen, wie der Blitz kommt, mir das Princip offenbarte, nach dem ich mein Sphygmomanometer construirte.

Das Instrument hat seither in seiner Gestalt verschiedene Wandlungen durchgemacht, an dem Principe selbst ist nichts geändert worden. Nach diesem Principe mißt man mit dem Sphygmomanometer so wie mit dem Finger, den Druck, der nöthig ist, die gespannte Arterie zu entspannen, das heißt sie zu comprimiren. Dieser Druck ist, wie ich mich durch besondere Versuche überzeugte, die von vielen Seiten, letzthin von v. Ziemssen bestätigt wurden, dem Blutdrucke gleich. Durch Messung der Arterienspannung mißt man also mit dem Sphygmomanometer den Blutdruck an der geschlossenen Arterie des Menschen, und zwar, wie ich betonen muß, ohne jene physikalisch bedingten Fehler, welche bei jeder Methode unterlaufen müssen, wo man Arterien mit Gewichten oder Federdruck belastet.

Der Vortheil, den wir dadurch gewinnen, daß wir eine so wichtige Function, wie den Blutdruck, messen können, liegt auf der Hand, wir gewinnen nicht wie bei der Schätzung blos relative und noch dazu unbestimmte und unsichere Vergleichswerthe, sondern absolute. Wir erfahren, wie und ob sich der Blutdruck des Kindes von dem des Erwachsenen, und wie dieser sich von dem des Greises unterscheidet, und was das Wichtigste ist, wir erfahren, welche Aenderungen der Blutdruck erfährt, wenn der normale Zustand durch den krankhaften unterbrochen wird. Wer eine Kenntniß schon um ihrer selbst willen hochschätzt, der wird unbefangen, ohne danach zu fragen, welches der Nutzen sei, Erwerb anstreben. Der Nutzen, der dem Erwerb von Kenntnissen folgt, muß von selbst kommen, er muß uns als reife Frucht in den Schoß fallen, wir dürfen aber nicht danach haschen. Allerdings trägt die Forschung unserer Zeit die Signatur des Haschens. In wilder Hast sucht man nach Mitteln, die Krankheit zu vernichten, gierig späht man nach dem Verderber im Blute, in den Säften, um ihn dort zu bekämpfen. Unter dieser Hast, die ebenso rasch Kronen erwirbt, als sie sie verliert, leidet die ernstrubige Forschung, die nicht nach dem w a r u m und w o z u frägt, sondern die B e d i n g u n g e n sucht zu dem B e d i n g t e n, wie das letzthin der geistreiche Physiker Mach so schön sagte. Das thut ja auch, werden Sie sagen, der Aetiologe; ja wohl, nur besteht der Unterschied darin, daß die reine unbefangene Forschung die Bedingungen nicht nach ihrem Zwecke beurtheilt, daß ihr jede gleichwerthig erscheint, und daß das Endbestreben dahin geht, den gesammten Complex von Bedingungen kennen zu lernen.

So ist die neue Richtung in der Medicin dem schnellfüßigen Achilles vergleichbar, der im Wettlauf mit der Schildkröte, d. i. der alten, ruhig das Ziel verfolgenden Richtung, dieselbe nicht einholte. Es wird Viele geben, die in diesen Gedankengang sich nicht heimisch finden.

Die Medicin ist eben eine angewandte Wissenschaft wie die Technik, sie ist nicht reine Physik oder reine Mechanik, sie will den Erfolg vor sich haben, denn sie braucht ihn.

Nun, ich will auch diesem Gedankengang mich anpassen, dessen Berechtigung ich ja vollständig anerkenne, weil ich ja auch Praktiker bin und mir die Bedürfnisse der Praxis sehr wohl bekannt sind, und auf die Frage eingehen: Was nützt die Kenntniß des Blutdruckes in der Praxis?

Durch die Blutdruckmessung erfahren wir zunächst den Grad der Füllung in der Arterienstrecke, deren Spannung man mißt. Diese Füllung hängt davon ab, in welchem Verhältniß der Zufluß zu dieser Strecke und der Abfluß von derselben zu einander stehen. Ueberwiegt der Zufluß den Abfluß, dann wird die Füllung und mit ihr deren Spannung größer: überwiegt der Abfluß den Zufluß, dann wird die Spannung geringer. Sie sehen, der Blutdruck, den Sie messen, ist nur das Bedingte, die Bedingungen hiezu müssen Sie erst suchen. Daß Sie aufgefordert werden, sie zu suchen, daß Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Ueberlegung ein bestimmtes Ziel vor sich haben, das zu verfolgen ist, darin besteht der praktische Nutzen der Blutdruckmessung.

Ich will das an einem Beispiel erläutern. Setzen Sie den Fall, Sie finden bei der Messung einen hohen Blutdruck, etwa 160—170 Mm. Hg. An diese Zahl knüpft sich zunächst die Vorstellung, daß bei genügendem Zufluß von Blut zu der gemessenen Arterienstrecke, d. i. unter genügender Füllung des linken Ventrikels und unter vollständiger systolischer Entleerung desselben der Abfluß aus den großen Arterien in die kleinen und in die Capillaren auf einen Widerstand stoße. Sie werden weiters überlegen müssen, welcher Natur dieser Widerstand sei. Messen Sie Tage, Wochen und Monate lang und finden Sie hiebei mit geringen Schwankungen den Blutdruck hoch, dann müssen Sie unbedingt zu der Vorstellung gelangen, daß dieser Widerstand durch eine dauernde Aenderung der Gefäßwände, durch eine Verminderung ihrer Dehnbarkeit bedingt sei, finden Sie aber im Laufe der Messung nur zeitweilig einen hohen Druck, etwa 160—170, und dann wieder einen normalen, also 120, 130, selbst niedrigen, wie 110—100, so werden Sie sich sagen müssen, daß dieser Widerstand wohl nur durch einen zeitweilig auftretenden Elasticitätszuwachs hervorgerufen werde, der durch einen starken Tonus oder durch eine Contraction der Gefäßmusculatur bedingt sei. Es kann aber auch Beides nebeneinander her verlaufen. Sie können einen durch Starrheit der Gefäßwandungen bedingten Widerstand vor sich haben, der zeitweilig durch die Action der Gefäßmusculatur erhöht wird. Solche Fälle werden sich dadurch kennzeichnen, daß der hohe Druck in weiten Grenzen schwankt, also etwa zwischen 150—180, selbst 200.

So einfach ist aber die Ueberlegung denn doch nicht. Die Schwankungen können wohl durch den wechselnden Tonus der Gefäßmusculatur und durch die wechselnde Gefäß-Innervation bedingt sein, aber es darf die Möglichkeit nicht außer

Acht gelassen werden, daß dieselben durch Schwankungen der Herzarbeit, d. i. durch Aenderungen des Zuflusses bedingt sein können. Die Herzarbeit ist, wie Thierversuche in überzeugender Weise ergaben, keineswegs eine constante, d. h. die Systole ist nicht immer eine gleichmäßig vollständige. Das Sinken des Blutdruckes kann demzufolge auch der Ausdruck einer schwächeren Herzarbeit sein und das Steigen, das einem solchen Sinken folgt, würde dann nur die Restitution der Herzarbeit bedeuten. Die Discussion der Bedingungen, welche zu einem gewissen Bedingten, d. i. zu einem gewissen Grade des Blutdrucks gehören, ist also nicht einfach. Um sie mit einiger Aussicht auf Sicherheit durchzuführen, müssen wir uns nach gewissen Hilfsmomenten umsehen. Diese finden wir zum Theile in den genauen Beobachtungen der Symptome, die mit den Schwankungen des Blutdruckes einhergehen, namentlich aber in dem Zusammengehen des therapeutischen Erfolges oder Mißerfolges mit den Blutdruckschwankungen. Wenn mit der Steigerung des Blutdruckes Athemnoth eintritt, so kann diese keineswegs durch eine bessere Herzarbeit bedingt sein, da müssen die gesteigerten Widerstände ihr Spiel treiben, denn das Herz arbeitet hier nur mit großer Anstrengung, aber nicht besser, seine Systole ist unvollständiger. Wenn die Athemnoth aber umgekehrt unter Sinken des Blutdruckes eintritt, dann hat sicherlich nicht die Verminderung an Widerständen in der Gefäßbahn das Sinken veranlaßt, sondern der Nachlaß der Herzarbeit. Hieraus ersehen Sie, wie die Athemnoth sowohl unter steigendem als unter sinkendem Blutdruck sich entwickeln kann, und daher bald unter sinkendem, bald unter steigendem Blutdruck schwindet. Sie sehen ohneweiters, daß in diesen Betrachtungen auch die Ziele liegen, dem der therapeutische Eingriff zu folgen hat, Sie sehen aber auch, daß der Erfolg des therapeutischen Eingriffes zugleich die Gewähr liefert, daß Ihre Betrachtung eine richtige gewesen. Sie ist gewissermaßen die Probe auf die Rechnung. Zum Ansatze der Rechnung ist aber die Kenntniß des Blutdruckes ebenso wichtig wie das Symptom der Athemnoth.

Ein anderes Beispiel. Wir haben zwei Neurastheniker vor uns, beide klagen über heftigen Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Angstgefühl und Schwindel, bei Beiden ist die Muskulatur des Darmtractus träge. Aber der eine von Beiden zeigt einen auffallend hohen, über die Norm erhöhten Blutdruck, der Andere einen niedrigen Die Gründe für die Unterschiede des Blutdruckes werden Sie wohl hier zumeist in der Verschiedenheit der Gefäßwiderstände suchen müssen. Da wird sich Ihnen die Vermuthung aufdrängen, daß es sich in dem einen Falle um eine erhöhte Reizbarkeit, in dem anderen um eine herabgesetzte handelt. Sie werden den hohen Blutdruck auf eine starke tonische Erregung der Gefäße des Splanchnicusgebietes beziehen und den niederen Blutdruck mit einer Erweiterung der Bauchgefäße, mit Plethora abdominalis in Zusammenhang bringen dürfen.

Sie werden in Folge dessen die Schlaflosigkeit und den Schwindel in dem einen Falle auf eine Congestionshyperämie des Gehirns und im anderen Falle auf eine Blutleere derselben beziehen.

Den Grund der Darmträgheit werden Sie in dem einen Falle, wo Sie vermuthen dürfen, daß eine Verengerung der Darmgefäße vorliegt, in eine Ischämie des Darmes verlegen, in dem anderen Falle werden Sie sich der Vorstellung hingeben dürfen, daß unter dem Einflusse des träge dahinschleichenden Blutes jene Reize nicht zur Entwicklung gelangen, welche die Peristaltik anregen.

(Schluß folgt.)

Verletzungs-Erblindungen.

Von **Dr. L. Grossmann**, Primar-Augenarzt in Budapest.

(Schluß.)

Aus den neueren Thierversuchen von Th. Leber: „Ueber Entstehung der Entzündung und die Wirkung der Entzündung erregenden Schädlichkeiten“ (Leipzig 1891) theilt der Autor in Bezug auf die anorganischen Substanzen, von welchen ich hier nur das Kupfermetall anführen werde, Folgendes mit: In der Hornhaut verursacht es blos mäßige Keratitis, in der Vorderkammer bewirkt es rasche Eiterung, im Glaskörper bedingt es Ablösung und Zerreißung der Retina oder acute Eiterung, wenn der Kupfersplitter im Augengrunde aufliegt. Im letzteren Falle ist nach Hirschberg (Arch. f. Ophth., XXXVI. 3) ein solches Auge zumeist verloren, da die Entfernung des Splitters nur höchst selten gelingt. Daher ist die Enucleation geboten. Das Gefährliche und Tückische der Verletzung in Folge Kupfersplitters liegt nach Hirschberg darin, daß selbst nach Jahr und Tag, nachdem die Beseitigung der Linse Verbesserung der Sehkraft bewirkt hatte, noch eine Eiterung erfolgen und Entfernung des Bulbus nothwendig machen kann.

In der VIII. internationalen ophthalmologischen Versammlung, Edinburgh 1894 (Bericht in den „Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.“, Octoberheft 1894), hat sich Prof. Leber über die Verletzungen des Auges durch Fremdkörper aus Kupfer folgendermaßen geäußert:

Fremdkörper aus Kupfer hat er gewöhnlich aseptisch gefunden und meint, daß die dadurch entstandenen Wunden meistens sehr leicht heilen. Wenn dagegen aus dem extrahirten Fremdkörper Mikroorganismen gezüchtet werden können, dann ist die Enucleation des Augapfels indicirt. Solange aber die Function der Retina intact geblieben und die Gefahr sympathischer Ophthalmie nicht vorhanden ist, bleibt die conservative Behandlung immer noch die beste. Sympathische Ophthalmie ist sozusagen immer septischen Ursprunges; dieselbe ist aber in keinem einzigen seiner Fälle aufgetreten.

Noyes hat mit dem Ophthalmoskop sichtbare Kupferfragmente Jahre lang ohne Nachtheil in der Retina liegend beobachtet; er hat es sich aber zur Regel gemacht, jedes in solcher Weise verletzte Auge zu enucleiren, und würde zu eigener Beruhigung und zum Vortheil seiner Patienten in den entsprechenden Fällen gerne darauf verzichten, wenn Prof. Leber ein Merkmal angeben könnte, woran man die Sepsis oder Asepsis eines im Auge liegenden Fremdkörpers erkennen kann. — Leber's Schlußbemerkung war die, daß er in keinem einzigen hieher gehörigen Falle sympathische Ophthalmie oder Reizzustände des anderen Auges beobachtet habe.

Nach all dem Vorgebrachten ist mit Sicherheit anzunehmen, daß der im Auge meines Kranken vorgefundene Kupfersplitter, welcher im Augenhintergrunde, und zwar mit seinem Längstheile in der reichen, blutgefäßhaltigen Chorioidealmembran, zum Theile aber auch im Glaskörper ruhte, mit Infectionskeimen von hoher Virulenz belegt, eindrang. Diese Annahme findet ihre Bekräftigung darin, daß nach stattgehabter Verletzung ein überaus acuter Entzündungsproceß eintrat, welcher zu einer unerwartet rapiden Entwicklung von panophthalmitischen Erscheinungen führte.

Wenn ich auch während meiner vieljährigen praktischen Thätigkeit in keinem Falle, selbst nicht bei beginnender Panophthalmitis, Enucleation des Auges vornahm (eingedenk der zwei Todesfälle, welche A. v. Graefe hatte), aus Besorgniß, Meningitis herbeizuführen (die Bacteriologie hat gezeigt, daß die Meningitis durch die Mikroorganismen, welche die Eiterung im Auge bedingen, hervorgerufen wird, indem sie nach der Enucleation durch den Opticus und seine Lymphbahnen, sowie auf dem Wege der Orbitalvenen leicht Eingang in den Schädel finden [Deutschmann fand in 9 derartigen Augen den

Staphylococcus pyogenes aureus]), so entschloß ich mich in diesem Falle aus dem Grunde hiezu, um einer sympathischen Ophthalmie vorzubeugen.

Patient wurde am 27. Mai mit völlig intactem Sehvermögen des linken Auges aus dem Krankenhause entlassen. In der fünften Woche seit der ausgeführten Enucleation präsentirte sich der Kranke mit einer am linken Auge weit gediehenen Iritis.

Die Erscheinungen waren folgende:

Ein dichter Gefäßkranz um die Hornhaut, letztere durchsichtig. Vordere Augenkammer enge. Iris geschwellt, etwas vorgetrieben. Pupille unregelmäßig, circa 3 Mm. groß, vollständig unbeweglich, 2 Dritttheile derselben durch eine graue Membran verlegt. Diese Stelle ophthalmoskopisch undurchsichtig. S. das Sehvermögen auf Fingerbewegungen beschränkt, heftige subjective Schmerzempfindungen. Die rechte Orbitalhöhle, von gesund aussehender Conjunctiva überkleidet, wies normale Schleimabsonderung auf. Betastung derselben löste keinerlei Schmerzempfindung aus.

Im vorliegenden Falle war die Frage, ob die Iritis als idiopathische oder sympathische aufzufassen sei (Syphilis war nicht vorhanden). Die Entstehung der letzteren wird auf zweifachem Wege zu erklären gesucht, und zwar: durch Cocceninvasion von dem primär verletzten Auge auf dem Wege der Sehnervenbahn (nach Deutschmann). Für meinen Fall entsprach diese Erklärung insofern nicht, als die Eiterung im rechten Auge ja eine viel zu kurze Zeit bestand, um eine Mikrococcen-Migration voraussetzen zu können. Nebenbei sei noch Folgendes bemerkt: Obgleich Dr. Deutschmann hinsichtlich der Mikroorganismen-Migration zahlreiche Beobachtungen und Beweise lieferte, ergaben doch viele bacteriologische Untersuchungen anderer Fachmänner diesbezüglich negative Resultate. Es muß daher die endgiltige Lösung der Deutschmann'schen Theorie noch abgewartet werden.

Eine zweite Erklärung bezüglich der Entstehung der sympathischen Ophthalmie ist die, daß sie auf reflectorischem Wege zu Stande komme, und zwar durch Ueberleitung der gereizten Ciliarnerven des primär verletzten Auges auf das andere. Diese Theorie zählt die meisten Anhänger, und soll eine penetrirende Cornealwunde (wie dies bei meinem Kranken der Fall war) nach Annahme vieler Beobachter zur Uebertragung der Ciliarnervenreizung auf das andere Auge besonders disponiren. Wenn mir auch die eben angeführte Theorie plausibler erschien als die Coccenmigration, war sie doch in Rücksichtnahme der kurzen Krankheitsdauer bei meinem Falle kaum annehmbar. Ich war daher geneigter, die in Rede stehende Iritis als idiopathische aufzufassen, denn so wie jedes andere gesunde Auge an Iritis erkranken kann, konnte die Iritis ja auch bei meinem Patienten unabhängig von der stattgehabten Verletzung des rechten Auges und Entfernung desselben entstanden sein.

Der Kranke verblieb circa 3 Wochen in Behandlung, bis der Entzündungsproceß abgelaufen war. Die Pupille erschien bis auf eine stecknadelkopfgroße Lücke durch die oben erwähnte graue Membran verschlossen, $S = \frac{5}{200}$. Die Iridectomie für später vorbehalten. Er wurde entlassen mit der Weisung, sich von Zeit zu Zeit vorzustellen. Ich verlor ihn seitdem aus dem Gesichte.

Ich möchte hier ein Referat („Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde", 1886) „Ueber Verletzungen der Augen durch Dynamit" von Prof. A. v. Hippel anschließen.

H. berichtet über 20 Fälle, die er im Laufe von sechs Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. 17mal waren beide Augen, 3mal eines betroffen. Er theilt die Dynamitverletzungen in leichte und schwere ein. Zu den ersteren gehören mehr weniger tiefgreifende Verbrennungen der Gesichtshaut und der Lider, mit schwarzen Schorfen und mit Fremdkörpern bedeckt.

Die Cornea zeigt verbrannte Epithelstellen und Trübungen in verschiedener Tiefe, von Sandkörnern herrührend.

Zu den schweren Verletzungen gehören Perforationen der Cornea, Iriszerreißungen, Linsenkapselrisse mit rapider Cataractbildung. Seltener kommen Perforationen der Sklera vor.

Bei den leichten Verletzungen stoßen sich die oberflächlichen Schorfe von der Haut, sowie die verbrannten Epithelialpartien und oberflächlich sitzende Fremdkörper von der Cornea ab, sie erhält wieder ihren Glanz. Tiefer sitzende Fremdkörper verursachen Keratitis, welche binnen 3 Wochen heilen kann, aber die Cornea erlangt ihre Durchsichtigkeit nie wieder zurück. Als völlig verloren sind jene schweren Fälle zu betrachten, bei welchen eine Perforation der Cornea oder Sklera mit traumatischer Cataract complicirt ist, denn es kommt, wenn Fremdkörper nebst Infectionselementen in den Binnenraum des Auges eingedrungen sind, zu rapider Schmelzung der Hornhaut. Panophthalmitis oder Iridocyklitis, sowie Iridochorioiditis mit Phthisis bulbi ist der Ausgang.

Die Prognose ist in der Mehrzahl absolut schlecht. Die Therapie vermag nur wenig. Besteht Verletzung der Linse, so ist jede Behandlung fruchtlos. Die Extraction der Linse mißlingt stets, auch Iridectomie nützt nichts. Bei Iridocyklitis und Iridochorioiditis ist ein antiseptischer, feuchtwarmer Druckverband anzuwenden. Ist die Perforation des Bulbus sehr ausgedehnt und kein Lichtschein vorhanden, so ist Enucleation indicirt; ebenso bei beginnender Panophthalmitis; bei schon florider empfiehlt Autor nur Spaltung.

Immer finden sich in solchen enucleirten Augen kleine Fremdkörper, Glaskörpereiterung, trichterförmige Netzhautablösung mit Zerreißung, Ablösung der Chorioidea und andere schwere Veränderungen.

* * *

Nächst den verschiedenen Verletzungsarten, welche Sehvermögenverlust nach sich ziehen, weist eine hohe Erblindungsziffer die „Ophthalmia neonatorum" auf. Obgleich jedem praktischen Arzte diese Ophthalmie hinsichtlich ihres schädigenden Einflusses, den sie auf das Sehorgan ausübt, bekannt ist, werde ich mir doch gestatten, über dieselbe Einiges anzuführen.

Eine anerkannt gründliche geschichtliche Zusammenstellung über die Blennorrhoea neonatorum von Dr. D. Haussmann in Berlin (1882) liefert den Nachweis, daß dieses Augenleiden schon den alten Griechen bekannt war.

Ebenso unzweifelhaft steht es fest, daß Soranus, ein Zeitgenosse des Galen, circa in der zweiten Hälfte des zweiten Jahrhunderts nach Christi bezüglich der Pflege der Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt vorgeschrieben hat, die Augen derselben während mehrerer Tage mit Oel zu befeuchten, um Amblyopie zu vermeiden. Ausführliche Mittheilung darüber von Hirschberg („Centralblatt für Augenheilkunde", 1894, Februarheft, pag. 41).

Unsere eingehendere Kenntniß von der Ansteckungsfähigkeit des blennorrhoischen Secrets datirt aus dem ersten Decennium unseres Jahrhunderts; so hat Gibson schon 1807 präcise prophylactische Maßregeln bezüglich der Reinigung des Vaginalflusses der Mutter, sowie der Reinigung der Augen des Kindes nach erfolgter Geburt angegeben. Diese prophylactischen Grundzüge geriethen jedoch in Vergessenheit. Die bekannten Beobachtungen auf der Gebäranstalt in Stockholm, welche von der Annahme ausgingen, daß die Blennorrhoe der Neugeborenen von Uebertragung des gonorrhoischen Scheidensecretes auf die Augen des Kindes während der Geburt herrührt, wurde im Jahre 1832 publicirt. In dieser Publication wurde anempfohlen, um die Ansteckung während des Geburtsactes thunlichst unmöglich zu machen, die Scheide während der ersten beiden Geburtsperioden mit alkalischen Lösungen auszuspritzen, außerdem die Augen der Kinder nach der Geburt zu reinigen.

Empirisch kannte man früher die Ansteckungsfähigkeit des gonorrhoischen Scheidensecrets, ohne die eigentlichen Factoren, welche die Ansteckung hervorrufen, gekannt zu haben.

Erst mit dem Aufschwunge der bacteriologischen Untersuchungen entdeckte man die Träger, welche die Infection veranlaßten, und dies sind die verschiedenartigen Mikrococcen. Es ist auf diesem Wege nachgewiesen, daß nicht nur der Scheidentripper mit Gonococcen versehen ist, sondern daß selbst das normale Scheidensecret vor und nach der Entbindung niemals coccenfrei ist. Ferner ist erwiesen, daß die Lochien eine große Menge der verschiedensten Spaltpilze enthalten. Laut klinischer Erfahrung Dr. HAUSSMANN's erzeugt das Lochialsecret selbst gesunder Wöchnerinnen durch Uebertragung desselben Bindehautblennorrhoe. Die Ansteckung wird dadurch gefördert, daß nach SATTLER der Bindehautsack der Neugeborenen den besten Culturboden abgibt für die Erzeugung der Reincultur des blennorrhoischen Mikrococcus, wenn derselbe in einem Gemisch der verschiedenen Spaltpilze enthalten ist.

Bekanntlich findet die Infection der Augen während und nach der Geburt durch das Vaginalsecret der Mutter statt, indem das letztere, an den Cilien und Lidrändern anhaftend, durch den Lidschlag in den Conjunctivalsack gelangt. Aus diesem Grunde wurde von Seite der Kliniker der Geburtsanstalten das Hauptgewicht auf die Desinfection der Vagina schon vor der Geburt, sowie vor Beendigung derselben gelegt, um die Entstehung der Ophthalmie zu verhindern. Als Desinfection benützte Bischof 1875 2% Carbollösung, dasselbe Mittel wurde von HAUSSMANN 1879, sowie von OLSHAUSEN und CREDÉ verwendet. Als Reinigungsmittel für die Augen wurde 1—2% Carbolsäure, von CREDÉ Boraxlösung angewendet, mit welcher er jedoch den erhofften Erfolg nicht erzielte. CREDÉ sprach sich in der Folge aus, daß nicht die Desinfection der Vagina, sondern nur der Augen zum gewünschten Ziele führt. Vom Juni 1880 an ließ er an der Gebäranstalt die Augen der Neugeborenen gleich nach der Geburt mit Salicylsäure, in der Folge aber nur mit gewöhnlichem Wasser reinigen, und darnach einen Tropfen einer 2%igen Silberlösung mittelst Glasstäbchens in's Auge, resp. auf die Mitte der Hornhaut fallen. (CREDÉ hatte seit Einführung seiner prophylactischen Methode unter 1600 Kindern nur mehr 1—2 Blennorrhoefälle gesehen. HAUSSMANN und CREDÉ haben sich um die Verhütung dieser höchst gefährlichen Augenentzündung die größten Verdienste erworben, ihnen gebührt die Palme der höchsten Anerkennung.) Die Erfahrung lehrt, daß die 2%ige Höllensteinlösung die Augen der Kinder nicht gefährdet und verläßlicher wirkt, als die 2%ige Carbollösung, welche zuweilen Schwellung und Eczem der Lider (nach KÖNIGSTEIN's Beobachtungen bei einer Serie von 1541 Kindern) hervorruft.

Die CREDÉ'sche Prophylaxe der Blennorrhoe ist, wie FUCHS in seiner gekrönten Preisschrift, pag. 133, betont, außerhalb der Gebärhäuser noch wichtiger als innerhalb derselben. Erstens ist die Zahl der Geburten in den Gebärhäusern nur ein kleiner Bruchtheil sämmtlicher Geburten. Zweitens ist die Blennorrhoe in den Gebärhäusern viel weniger gefährlich, weil die augenkranken Kinder sofort behandelt werden. Im Volke dagegen wird die Blennorrhoe vernachlässigt, so daß viele Augen dadurch zu Grunde gehen. Die Prophylaxe kann aber in diesem Falle nur durch die Hebammen ausgeführt werden, weil ärztlicher Beistand höchstens von wohlhabenden, nie aber von unbemittelten Familien zu einer normalen Geburt in Anspruch genommen wird. Aus diesem Grunde sollte nach F.'s Dafürhalten die Anwendung der 2%igen Höllensteinlösung den Hebammen anvertraut werden, da selbst die einfache Einträufelung ohne Umstülpung der Lider günstige Resultate aufweist. Weder CREDÉ noch KÖNIGSTEIN, noch FELSENREICH haben die Lider umstülpen lassen, da sie die Desinfection durch Hebammen ausführen ließen; trotzdem haben sie unbestreitbare Erfolge erzielt.

Zur Erreichung der segensreich wirkenden Prophylaxe auf diesem Wege wäre es unbedingt nöthig, daß sich die Hebammen in den Gebäranstalten unter Anleitung das Verfahren zu eigen machen müßten. Trotz der populär verfaßten Schriften von berufener Seite, welche das Publikum über die Gefahr der Blennorrhoe der Neugeborenen und die dagegen zu ergreifenden Vorsichtsmaßregeln belehren sollten, trotz der behördlicherseits an alle Hebammen des Landes vertheilten Abhandlung über die Gefährlichkeit dieser Augenentzündung und Verhütung derselben wird dieser Zweig der Hygiene noch immer arg vernachlässigt. Daß der Sachverhalt bei uns hier zu Lande noch fortbesteht, habe ich diesbezüglich während meiner langjährigen Privatpraxis, besonders aber im Verlaufe meiner 25jährigen spitalsärztlichen Thätigkeit genug traurige Erfahrungen zu verzeichnen.

Nicht allein in Folge großer Indolenz der betreffenden Eltern (vorzugsweise bei der ärmeren Menschenclasse), sondern vielmehr wegen Vernachlässigung von Seite vieler Hebammen, welche die vorgeschriebene Prophylaxe unmittelbar nach der Geburt entweder lässig oder gar nicht anwenden, gelangt die Augenentzündung zum Ausbruche. Anstatt aber ihrer Pflicht nachzukommen, die Eltern anzuweisen, das Kind sofort einer fachmännischen Behandlung unterziehen zu lassen, ermächtigen sie sich, dasselbe mit den widersinnigsten Mitteln insolange zu mißhandeln, bis die Hornhaut getrübt oder gar perforirt und mit Irisprolaps combinirt in die Spitals-Ambulanz zur Behandlung gebracht wird. Die Consequenz eines so weit gediehenen blennorrhoischen Processes ist zumeist Erblindung. Auf diese Weise üben solche pflichtvergessene Personen das größtmögliche Attentat an dem höchsten menschlichen Gut aus.

Ich habe es stets als meine Pflicht angesehen, Hebammen, welche sich eines solchen sträflichen Vorgehens schuldig machten, betreffenden Ortes zur Anzeige zu bringen. Aber nicht immer gelang es mir, die Namen solcher Hebammen zu eruiren, besonders bei der ärmeren Volksclasse. Und so wird noch bis zum heutigen Tage der Mißbrauch weiter getrieben. Es bleibt daher die Frage noch offen, wann denn die Hebammen die erwähnten hochwichtigen hygienischen Aufgaben erfüllen werden?

Ich denke, daß nur verschärfte behördliche Maßregeln gegenüber den Hebammen eine zufriedenstellende Lösung in dieser Richtung herbeiführen werden. Jede Hebamme sollte strenge verhalten werden, sobald beim Kinde eine Augenentzündung auftritt, die Eltern anzuweisen, sofort ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen, und wenn die Eltern dies unterlassen, hat die Hebamme bei sonstiger Strafe hievon der Behörde die Anzeige zu machen. Der große Vortheil, welcher bei Einhaltung der erwähnten Maßregel resultiren würde, wäre, da nach Uebereinstimmung der Augenärzte bei frühzeitiger Behandlung, d. h. bevor die Hornhaut afficirt ist, vollständige Heilung erzielt wird, daß der Percentsatz der Erblindeten im statistischen Ausweise unzweifelhaft sehr herabgesetzt erscheinen würde. Es gäbe dann nicht nur viel weniger sich unglücklich fühlende Menschen, sondern der Staat gewänne ein Capital von erwerbsfähigen, respective steuertragenden Individuen.

260 Radicaloperationen nach Bassini

nebst einer eigenen Methode der conservativen Vorlagerung des Leistenhodens.

Mitgetheilt von **Prof. C. Nicoladoni** in Innsbruck.

(Fortsetzung.)

Von diesen 160 Radicaloperationen sind 35 per secundam geheilt, 123 per primam, die letzten innerhalb 6—15 Tagen vom Datum der Operation an gerechnet. Ein Patient mit Eiterung bekam einen Prostataabsceß, der eine Nachbehandlung von 3 Monaten nothwendig machte.

Leider habe ich unter dieser großen Zahl auch 2 Todesfälle zu verzeichnen.

Ein 35jähriger Mann, Nr. 113, starb 20 Tage nach der Operation an metastasirender Pyämie, welche von einer Venenligatur am oberen Ende des Hautschnittes ausgegangen sein mußte. Es entwickelte sich ein nicht sehr umfänglicher subcutaner Absceß des rechten Hypochondrium und von hier aus durch die Aeste der V. cutanea Halleri eine fortschreitende eitrige Thrombose der linken Vena femoralis, an der der Operation entgegengesetzten Seite, welche durch ihre Verbreitung bis an die Vena cava und durch Metastasen im kleinen Kreislauf den Operirten tödtete.

Ein 28jähriger Mann, Nr. 212, starb 6 Tage nach der Operation an septischer Peritonitis; es mußte bei ihm ein großer Netzklumpen in 6 Portionen abgebunden werden; aber weder an den Netz-, noch an den übrigen Ligaturen konnte eine Eiterung als Ausgangspunkt für die Infection des Peritoneums gefunden werden.

In beiden Fällen war der Verschluß der inneren Bruchpforte und des neugebildeten Leistencanales ein tadellos glatter gewesen.

In einem Falle war der Verlauf durch ein sonst belanglos gebliebenes umfänglicheres Hämatom gestört.

Der jüngste Patient war 2, der älteste 81 Jahre alt, 12 waren weiblichen Geschlechtes, in 12 Fällen war der Bruch angeboren, 9mal wurde beiderseitig operirt, darunter 5mal in Einer Narkose. In 10 Fällen war der Bruch früher incarcerirt.

18mal war das Netz am Bruchsacke adhärent; dieses wurde wie in 7 anderen Fällen, wo es klumpig verdickt angetroffen wurde, resecirt.

3mal war der Bruch entzündet; die dabei vorgenommene Radicaloperation brachte dem Peritoneum keinen Schaden.

In 13 Fällen wurde durch die Präparation eine innere (HESSELBACH'sche) Leistenhernie aufgedeckt, welche 12mal die Unterbindung und Durchtrennung aller epigastrischen Gefäße nothwendig machte.

An ein und demselben Patienten wurden im Anschlusse an die Radicaloperation noch andere Eingriffe ausgeführt:

5mal wurde eine daneben bestehende Hydrocele T. testis,
1mal eine Hydrocele funiculi spermatici radical behandelt,
4mal, darunter bei 2 Weibern, eine Cyste mitexstirpirt,
1mal eine Phimose beseitigt,
1mal ein Blasendivertikel eröffnet und geschlossen,
1mal ein durch Tripper callös entarteter Hode castrirt.

Am Bruchsacke zeigten sich folgende Abnormitäten:

6mal war er Sitz verschieden großer Lipome,
2mal war er mit Narben, nach einer Stichverletzung und nach einer Herniotomie, verlöthet.
1mal trug er viele von angewachsenen Netzlappen erfüllte, 1mal ein seitliches Divertikel, 1mal spaltete er sich in 2 gleich große Sondersäcke.
1mal wurde eine incystirte Hernie beobachtet.
1mal wurde ein Bruchsack mit zwei hintereinander liegenden Höhlen gefunden, wovon die vordere abgeschlossen war, die hintere den Darm enthielt.
9mal enthielt der Bruch das Coecum und den Proc. vermiformis.
4mal letzteren allein.
3mal die Flexura sigmoidea.
1mal war ein über walnußgroßes Divertikel des Dünndarms in einem Divertikel des Bruchsackes festgewachsen.
6mal wurde eine mit interstitiellem Kryptorchismus complicirte Leistenhernie operirt: in einem dieser Fälle wurde castrirt, in 5 anderen wurde die conservative Vorlagerung der Geschlechtsdrüse in das Scrotum nach einem eigenen Verfahren ausgeführt, das im Anschlusse an diesen Bericht des Näheren beleuchtet werden soll.

Es wurde in allen Fällen die Wunde mit Nähten dicht geschlossen und niemals ein Drainrohr verwendet. Wenn man die Vorsicht gebraucht, in der Fortsetzung der Vereinigung des Obliquus externus die beiden sich daranschließenden Cremasterenflügel mit einander durch weit ausgreifende Suturen in Verbindung zu bringen, so begegnet man dadurch auch der Bildung von Hämatomen, welche die Reconvalescenz und Arbeitsfähigkeit beträchtlich verzögern können.

Für Kinder, welche noch nicht bettrein sind, und bei denen trotz aller Rücksichtnahme darauf der Urin leicht in den Verband sich verirrt, ist eine in ihrer ganzen Ausdehnung dicht schließende Hautnaht unentbehrlich. Sie widersteht häufig dem schädlichen Einflusse des Harnes entweder völlig oder doch lange genug, um die tiefen Wundschichten in ihrer Vereinigung zu schützen, so daß ein nachträgliches Auseinanderweichen der Hautwundränder für den festen Verschluß der Muskelschichtnaht und den befriedigenden Ausgang der Operation nicht verhängnißvoll wird.

Unter den 7 Kindern bis zu 6 Jahren, welche operirt wurden, hat die Naht 4mal gut gehalten, in 3 Fällen ging die Hautwunde auseinander und es erfolgte die Vernarbung per granulationem in 20—77 Tagen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

D. HANSEMANN (Berlin): Ueber die Beziehungen des Löffler'schen Bacillus zur Diphtherie.

C. FRAENKEL (Marburg a. L.): Die ätiologische Bedeutung des Löffler'schen Bacillus.

In einem in VIRCHOW'S Archiv (Bd. 139, H. 2) unter obigem Titel erschienenen Artikel beschäftigt sich H., angeregt vor Allem durch die Vorwürfe über seine Stellung zur Heilserumtherapie, mit der ätiologischen Bedeutung des LÖFFLER'schen Bacillus, mit welchem Factor ja die wissenschaftliche Fundamentirung des BEHRING'schen Mittels steht und fällt. Jedenfalls kann das Diphtherieheilserum als Specificum nur dann angesehen werden, wenn der LÖFFLER'sche Bacillus auch wirklich der Erreger der Diphtherie ist. Mit diesem Punkte beschäftigt sich nun H. zunächst. Auf die drei Postulate KOCH's für die ätiologische Bedeutung eines Mikroorganismus zurückgreifend, glaubt H., daß man unter Umständen von der Erfüllung aller drei Postulate absehen könne (Malariaplasmodien, Recurrensspirillen). Die Hauptsache sei das constante Vorkommen der Krankheitserreger zur activen Zeit der Krankheit, d. h. sie müssen jedesmal, und zwar allein vorhanden sein, wenn der Mensch krank ist, und verschwinden, wenn die Krankheit beendet ist. Darnach müßte der LÖFFLER'sche Bacillus als specifischer Erreger der Diphtherie sich in jedem Falle von Diphtherie finden, bei nicht diphtheritischen Erkrankten hingegen fehlen und er müßte nach der Heilung verschwinden. Bei der klinischen Diphtherie nun, d. h. bei der classischen BRETONNEAU'schen Krankheit, fehlt der Bacillus in einem Viertel aller Fälle; und diese Fälle ohne LÖFFLER'schen Bacillus verlaufen ebenso, wie die mit Bacillen. Andererseits findet man den LÖFFLER'schen Bacillus häufig genug im Mundschleim Gesunder, die nicht an Diphtherie erkranken, ferner noch wochenlang nach überstandener Heilung, schließlich bei einer harmlosen, von der Diphtherie vollkommen verschiedenen Krankheit, der Rhinitis fibrinosa. Nach alledem muß H. bestreiten, daß Punkt 1 der KOCH'schen Postulate, die Constanz, erfüllt ist. Punkt 2, Reinzüchtung, kommt für die Frage nicht in Betracht. Was nun die Wiedererzeugung der Krankheit durch Verimpfung betrifft, so ist die Aehnlichkeit der Impfdiphtherie mit der menschlichen nur eine oberflächliche. Auf die intacte Schleimhaut gebracht, verhalten sich die Bacillen wie Saprophyten, d. h. vollkommen inactiv. Auf der verletzten Schleimhaut erzeugen sie aber eine fibrinöse Exsudation, die sich stets auf die nächste Umgebung der Applicationsstelle beschränkt und niemals weiter fortschreitet. H. erinnert bei dieser Gelegenheit an die RITTER'sche Beobachtung, wonach eine Katze durch den Aufenthalt in einem Diphtheriezimmer an typischer klinischer Diphtherie erkrankte, aber ohne LÖFFLER'sche Bacillen. Was die bei Thieren auftretenden Lähmungen betrifft, so zeigen dieselben durchaus nichts Charakteristisches. Während die Lähmungen der menschlichen Diphtherie

sich stets eng an die Infectionsstelle anschließen, beginnen sie bei den geimpften Thieren fast immer an den hinteren Extremitäten. Es ergibt sich also, abgesehen von dieser Differenz der Membranen und Lähmungen bei Thier und Mensch, daß 1. der LÖFFLER'sche Bacillus beim Menschen nicht immer Membranen erzeugt (positiver Bacillenbefund bei fehlender klinischer Diphtherie), 2. Membranbildung ohne LÖFFLER'sche Bacillen vorkommt, 3. nicht immer bei Anwesenheit von LÖFFLER'schen Bacillen Lähmungen eintreten, z. B. bisher in keinem Falle der Rhinitis fibrinosa beschrieben. Allerdings muß zugestanden werden, daß auch noch kein Fall von Diphtherielähmung ohne LÖFFLER'sche Bacillen mit Sicherheit festgestellt worden ist.

Was die praktischen Consequenzen dieser Thatsachen betrifft, will H. auf die Nützlichkeit oder Schädlichkeit der Injection von 10—20 Ccm. Pferdeblutserum nicht näher eingehen. Vielmehr legt er das Hauptgewicht auf die Bekämpfung der Specifität der Serumtherapie, die er nach seinen Erfahrungen mit dem LÖFFLER'schen Bacillus entschieden bestreiten muß. Eine zweite praktische Folgerung ergibt sich aus der bacteriologischen Diagnose der Diphtherie, der gemäß nur jene Fälle als Diphtherie zu betrachten wären, bei welchen der LÖFFLER'sche Bacillus nachgewiesen wird. Hieraus würde sich ergeben: 1. daß ein Theil der Fälle von schwerer klinischer Diphtherie hinwegfällt, weil bei ihnen der LÖFFLER'sche Bacillus fehlt; bei diesen Fällen bedarf es somit keiner Meldung, keiner Isolirung, keiner Desinfection; 2. eine große Zahl leicht Kranker oder Gesunder wird zur Diphtherie gerechnet; sie werden isolirt, auf Diphtheriestationen einer Infection ausgesetzt, vom Schulbesuch abgehalten und als Diphtheriefälle gemeldet, blos weil bei ihnen der LÖFFLER'sche Bacillus gefunden wurde. Es müsse darnach in hohem Grade bedenklich erscheinen, solch einschneidende Maßregeln auf Grund so schlecht fundirter Behauptungen zu ergreifen. Es werde Sache der Bacteriologen sein, diese Behauptungen durch mehr überzeugende Thatsachen zu stützen und mannigfache Widersprüche zu lösen, bevor man den LÖFFLER'schen Bacillus als Diphtheriebacillus anerkennen könne. —

Diese Ausführungen H.'s sucht FRAENKEL in dem oben genannten Artikel („D. med. Wochenschr.“ 1895, Nr. 11) zu entkräften. Was zunächst die Inconstanz des Vorkommens der LÖFFLER'schen Stäbchen betrifft, so glaubt F. die Hauptursache hiefür in der Mangelhaftigkeit unserer Untersuchungsmethoden finden zu können; thatsächlich dürfte der Diphtheriebacillus häufiger sein, als wir zur Zeit annehmen. Dies werde aber erst mit Bestimmtheit zu erweisen sein, wenn wir für den Nachweis des LÖFFLER'schen Bacillus eine entsprechende Verbesserung gefunden haben werden, ähnlich wie für den Choleravibrio die Peptoncultur, für den Rotzbacillus das STRAUS-sche Verfahren. In der That gelingt es heute schon mit zunehmender Uebung und Erfahrung, die Stäbchen immer regelmäßiger nachzuweisen. So findet sie TANGEL unter 473 Fällen 450mal, v. BERGMANN in 46 Fällen stets, PHILIP, beziehungsweise BAGINSKY in 333 Fällen nur ein einziges Mal nicht, und Verf. selbst in circa 100 Fällen mit ganz wenigen Ausnahmen. Wenn H. gleichwohl nur 75% positiver Befunde anführe, so dürfe die schon, von ESCHERICH hervorgehobene Thatsache nicht übersehen werden, daß es jetzt nicht mehr die Bacteriologen sind, die sich mit den Untersuchungen beschäftigen, sondern meist die Kliniker, denen es vor allen Dingen an der erforderlichen Zeit, zuweilen auch an der nöthigen Uebung mangelt, um zu ganz einwandfreien Ergebnissen gelangen zu können. Allerdings müsse zugestanden werden, daß die Diphtherie unter Umständen auch durch andere Mikroorganismen, namentlich Streptococcen, hervorgerufen werden könne. Diese Thatsache sei von allgemeiner, grundsätzlicher Bedeutung, denn sie führe dazu, wenigstens die Gruppe der Infectionskrankheiten nach ätiologischen Gesichtspunkten einzutheilen. Dort, wo die LÖFFLER'schen Stäbchen fehlen, handle es sich eben nicht um eigentliche Diphtherie; die Schwierigkeiten, welche sich aus dieser Anschauung ergeben, seien leicht zu beseitigen; man brauche nur die „Stäbchendiphtherie“ von der „Coccendiphtherie“ zu unterscheiden, sowie man heute schon von einer Streptococcenpleuritis und von einer Pneumococcenpleuritis spreche. Damit zerstöre man allerdings bisher einheitliche Krankheitsbegriffe und trenne Affectionen von einander, die zwar klinisch und anatomisch übereinstimmen, aber in der Aetiologie und in Folge dessen auch hinsichtlich der Prognose und der Therapie differiren.

Was nun die Bedenken H.'s bezüglich des Vorkommens der LÖFFLER'schen Stäbchen außerhalb der Diphtherie und selbst bei Gesunden betrifft, so entspreche das Verhalten der Diphtheriebacillen nur unseren sonstigen Erfahrungen über pathogene Bacterien, die gleichfalls die weitgehendsten Differenzen in ihren Einwirkungen auf den thierischen Körper hervortreten lassen. Ein einfacher Furunkel oder eine eitrige Lymphangioitis haben gewiß keine Aehnlichkeit mit einer Endocarditis ulcerosa, und doch werden diese Affectionen durch die nämlichen Erreger hervorgerufen. Die Leichentuberkel der pathologischen Anatomen unterscheiden sich von einer käsigen Pneumonie und von einer miliaren Tuberculose mindestens ebensoweit, wie die Rhinitis fibrinosa von der Diphtherie, ohne daß man deshalb an ihrer Zusammengehörigkeit oder gar an der ätiologischen Bedeutung des Tuberkelbacillus gezweifelt hätte. Auch das Auftreten eines specifischen Mikroorganismus bei normalen Menschen sei heute etwas ganz Alltägliches geworden; so sei der Pneumococcus im vollvirulenten Zustande ein häufiger Bewohner der Mundhöhle vieler gesunder Individuen; das Gleiche gelte vom Streptococcus pyog., vom Staphylococcus aureus, gelte für den Darmcanal bis zu einem gewissen Grade vom Choleravibrio, und gelte schließlich auch von dem Tuberkelbacillus, der erst jüngst von STRAUS in der Nase völlig gesunder und kräftiger Menschen als virulenter Mikroorganismus angetroffen wurde. Aus solchen Thatsachen erhellt, daß die bloße Gegenwart eines Infectionserregers nicht genügt, um die betreffende Krankheit zustande kommen zu lassen, daß hiezu vielmehr noch besondere Umstände erforderlich sind, die wir mit einem zusammenfassenden Ausdruck als Disposition des Organismus bezeichnen, eine Frage, die allerdings noch des weiteren Studiums bedarf.

Schließlich kommt F. noch auf das Argument H.'s bezüglich des Ausfalls der Thierversuche zu sprechen, welches er im Allgemeinen als nicht stichhältig zu erweisen sucht; im Speciellen sei aber die Behauptung H.'s, auf die er besonderes Gewicht legt, daß der durch die Diphtheriebacillen beim Thiere erzeugte Proceß niemals progredient sei, nach seinen eigenen Erfahrungen einfach unrichtig; wenn man bei etwa zwei Dutzend Kaninchen eine Reincultur der LÖFFLER'schen Stäbchen auf die mit der Platinnadel leicht insultirte Schleimhaut der Trachea bringt, so zeigen wenigstens drei bis vier unter diesen Thieren schon nach kurzer Zeit mächtige Auflagerungen in der Luftröhre, welche die ganze Wand derselben gleichmäßig auskleiden und über die Theilungsstelle hinaus bis in das Anfangsstück der großen Bronchien reichen, somit einen unzweifelhaft fortschreitenden Charakter des Processes erkennen lassen.

Zum Schlusse spricht F. die Befürchtung aus, daß theoretische Erwägungen wie die H.'s und Anderer nur geeignet seien, den ruhigen Gang der Ereignisse zu stören und dadurch unmittelbaren Schaden anzurichten. Ueber die Heilserumtherapie könne nur auf dem Wege praktischer Erfahrungen ein Urtheil gewonnen werden. Der Satz, daß die Wirkung des Diphtherieserums mit der ätiologischen Bedeutung des LÖFFLER'schen Bacillus stehe und falle, sei ein ganz irrthümlicher. Die Frage des Diphtherieheilserums könne nach der Meinung F.'s ganz unabhängig von der des Diphtheriebacillus behandelt werden. Bs.

HAUG (München): **Ein einfaches Verfahren zur mechanischen Behandlung eines Theiles der chronischen, nicht eiterigen Mittelohraffectionen (Massage des Trommelfelles und seiner Adnexe).**

Das Verfahren H.'s („D. med. Woch.“, 1895, Nr. 5), welches sich auf die Erfahrung bei 300 ad hoc ausgewählten Fällen stützt, beruht auf dem Principe der bei absolutem Abschluß des Gehörganges erfolgenden abwechselnden Luftverdünnung und Luftverdichtung. Der zu diesem Zwecke in Anwendung gezogene Apparat besteht aus einem halben Meter Gummischlauch, der an dem einen Ende einen hohlen, hölzernen Zapfen trägt; dieser durchbohrte Zapfen steckt in einem gewöhnlichen Ohrentrichter von Hartgummi, und dieser ist an seinem Gehörgangsende mit einem kleinen Stück Gummischlauch überzogen, zwecks leichterer und festerer Fixirung

im Meatus; das andere Ende trägt eine kleine durchbohrte Holzolive. Der Gummischlauch muß aus sehr derbem, hartwandigem Material gearbeitet sein. Die Anwendung des Apparates findet in der Weise statt, daß der Pat. den mit dem Gummistückchen armirten Ohrtrichter fest in's Ohr hineindreht — er muß absolut luftdicht im Gehörgang sitzen — das andere, mit der kleinen Holzolive versehene Ende in den Mund nimmt und nun zunächst eine ziemlich starke, saugende Bewegung vornimmt, auf die dann eine minimale positive Druckschwankung erfolgt. Dies wird ungefähr 10—20mal hintereinander und zweimal des Tages wiederholt. Die Ansaugung muß immer lang vorgenommen werden, während die Verdichtung nur ganz kurz und sehr schwach erfolgen darf. Ferner darf der Pat. nie so stark anziehen, daß er ein Schmerzgefühl empfindet. Will der Arzt das Verfahren selbst vornehmen, so empfiehlt sich hiezu eine leicht gehende Spritze, wobei aber insbesondere der negative Aspirationszug sehr vorsichtig gemacht werden muß. Außer in diesem Rhythmus können die Druckschwankungen auch noch in einem zweiten Tempo ausgeführt werden, indem ganz kurze Luftverdünnungen und minimale Luftverdichtungen in sehr rascher Reihenfolge, circa 20 positive und negative Wellen, auf das Trommelfell auftreffen (oscillatorische Massage).

Was nun die Indicationen dieses Verfahrens betrifft, so sollen nur solche Fälle in Behandlung gezogen werden, bei welchen es sich um eine thatsächlich bestehende Verminderung der functionellen Beweglichkeit des Hammeramboßgelenkes oder um eine abnorme Fixation des Steigbügels handelt. Insbesondere geeignet erscheinen die Fälle, in welchen die Beweglichkeitsstörungen noch nicht sehr stark ausgeprägt erscheinen, somit die Anfangsformen der sclerosirenden chronischen Otitis media, ferner die Fälle mit beginnender oder ausgesprochener secundärer Retraction der Sehne des Trommelfellspanners und mit nachweisbaren Adhäsionen und adhärenten Narbenbildungen. Hingegen empfiehlt sich das Verfahren nicht bei acuten Entzündungen oder subacuten entzündlichen Nachschüben, bei einfachen catarrhalischen Processen und ihren Residuen, die durch die Luftdouche allein noch ausgeglichen werden können. Dagegen wirkt das Verfahren bei den Erkrankungen, die in einer Druckerhöhung innerhalb des Labyrinthes ihre Ursache haben, zuweilen außerordentlich günstig, indem es hier insbesondere die quälenden subjectiven Geräusche zum dauernden Verschwinden oder zu wesentlicher Besserung bringt. Allerdings muß hier das Verfahren in der Weise modificirt werden, daß lediglich der negative Zug allein in Anwendung kommt; es muß daher in diesen Fällen der Schlauch nach jeder Aspiration vom Munde abgesetzt und gleichzeitig fest comprimirt werden.

Was die eventuellen Gefahren der Methode betrifft, so bestehen dieselben in Blutungen in das Trommelfellgewebe und in der Erschlaffung des Trommelfells. Beide Gefahren lassen sich bei richtiger Anordnung und bei richtiger Ausführung der Methode leicht vermeiden.

Der unmittelbare Effect des Verfahrens auf das Trommelfell ist eine ziemlich starke Hyperämie desselben; die früher bestandene Einwärtswölbung hat einer mehr normalen Wölbung oder sogar einer leichten Convexität Platz gemacht. Im Verlaufe einer halben Stunde ist die Injection auf dem Trommelfell wieder vollständig geschwunden. Diese Reaction des Trommelfelles ist prognostisch für die Therapie von Bedeutung. In älteren Fällen zeigt sich nämlich eine relative Empfindungslosigkeit des Trommelfelles auch bei energischerer Anwendung des Verfahrens, und die hyperämische Röthe bleibt aus. In solchen Fällen ist mit der Massagetherapie überhaupt nichts mehr zu erreichen.

Im Allgemeinen soll das Verfahren, wenn es sich nicht innerhalb der ersten 4 Wochen von Nutzen erweist, unbedingt weggelassen werden. Auch bei der leisesten Spur von Schmerz ist das Verfahren sofort für etliche Tage zu sistiren. Die Gesammtdauer der Behandlung richtet sich nach dem Erfolge; sie kann mehrere Monate währen, soll aber niemals plötzlich suspendirt werden. Die Besserung ist, sobald sie eintritt, eine gleichmäßig progrediente und nicht blos eine temporäre, sondern eine dauernde. s—s.

Die chirurgische Nachbehandlung. Nach klinischen Erfahrungen für praktische Aerzte und Studirende zusammengestellt von **Dr. J. Mathon**, em. Operateur der I. chirurgischen Universitätsklinik des Hofrathes Prof. Albert in Wien. Mit 3 Figuren im Texte. Wien 1894, Josef Šafář.

Das vorliegende Buch soll eine schon lange empfundene Lücke der chirurgischen Fachliteratur ausfüllen. Seit der allgemeinen Einführung des antiseptischen, beziehungsweise aseptischen Verfahrens in die Chirurgie hat auch die chirurgische Nachbehandlung eine so vollständige Umwandlung erfahren, daß eine zusammenhängende Darstellung der jetzt gebräuchlichen Methoden ein dringendes Bedürfniß war.

Die Verhältnisse unseres medicinischen Unterrichtswesens bringen es mit sich, daß der Student über die Nachbehandlung der in der Klinik operirten Patienten nur in den seltensten Fällen und nur oberflächlich informirt wird. Nicht wenige junge Aerzte müssen dann in die Praxis hinaustreten, ohne daß es ihnen möglich gewesen wäre, sich im Laufe eines längeren Spitaldienstes die nöthigen Kenntnisse in dieser Beziehung anzueignen. Ebensowenig wie dem Mediciner in den Vorlesungen ist es dem älteren Arzte möglich, sich aus Handbüchern betreffs Einzelheiten der Nachbehandlung Verwundeter und Operirter Rath zu holen.

Für praktische Aerzte und Studirende ist auch das vorliegende Buch hauptsächlich berechnet. Es ist dem Verfasser fern gelegen, eine streng wissenschaftliche Behandlung des Stoffes geben zu wollen, wie sie der Chirurg vom Fach wünschen würde.

Als Einleitung finden wir die Auseinandersetzung derjenigen Maßnahmen, die vor und während der Operation zur Erreichung eines aseptischen Wundverlaufes nöthig sind. Es folgen dann allgemeine Regeln für die chirurgische Nachbehandlung, wobei auf die Hygiene des Krankenzimmers, die Lagerung und Ernährung Operirter u. s. w. gebührend Rücksicht genommen wurde; weiters allgemeine während der Nachbehandlung auftretende Symptome und ihre Bedeutung, die Beschreibung des normalen und pathologischen Wundverlaufes, endlich eine kurze Beschreibung der wichtigsten Wundinfectionskrankheiten.

Das Buch kann bestens empfohlen werden. R. K.

Lehrbuch der Histologie des Menschen einschließlich der mikroskopischen Technik. Von **A. Böhm** und **M. von Davidoff.** Mit 246 Abbildungen. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Unter den zahlreichen Lehrbüchern der Histologie, über welche der deutsche Büchermarkt verfügt, scheint uns das vorliegende einen ersten Platz zu verdienen. Es thut wohl, ein wirkliches Lehrbuch zu finden, das nicht mehr als ein Lehrbuch sein will und dem Studirenden das reiche Material der Histologie übersichtlich angeordnet und mit instructiven, sich von der Schematisirung glücklich fernhaltenden Abbildungen darbietet. Eine prächtig geschriebene kurze Darstellung der mikroskopischen Technik und technische Bemerkungen innerhalb des Textes geben dem Anfänger eine willkommene Anleitung und Unterstützung bei selbstständigen Arbeiten. und das sichtliche Bemühen der Verfasser, Ueberflüssiges zu vermeiden, kann nur auf das Wärmste begrüßt werden. Möge das Buch beitragen, das Interesse der Mediciner an der Histologie, das in den letzten Jahren bedeutend gesunken ist, wieder zu heben! W.

Histologischer Handatlas für den Gebrauch bei praktischen Uebungen. Von **Dr. C. Benda**, Privatdocent an der Universität Berlin, und **Paula Günther**, wissenschaftliche Zeichnerin. Leipzig und Wien 1895, Franz Deuticke.

Der Umstand, daß die Studirenden sich nicht gewöhnen wollen, das Gesehene sofort in einem Zeichenbuche zu skizziren, hat die Autoren der histologischen Lehrbücher veranlaßt, ihrem Texte eine mehr oder minder große Anzahl von Abbildungen beizugeben; die Sachlage bringt es aber mit sich, daß die Zeichnungen der Lehrbücher wenigstens theilweise schematisirt sind, weil es kaum möglich

ist, jedem Abschnitte mehrere präparatentreue Bilder beizugeben. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, hat Professor MAYER in Prag vor etlichen Jahren ein „histologisches Taschenbuch“ erscheinen lassen, welches leider, in der Anlage nicht ganz glücklich, sich auch bei den Studirenden wegen der Unzulänglichkeit der gebotenen Zeichnungen keiner großen Sympathien erfreute. Der vorliegende Atlas hat die Fehler des histologischen Taschenbuches vermieden; er bringt Viel und Gutes; man sieht es jeder einzelnen Zeichnung an, daß sie nach einem Präparate entworfen ist, und wenn auch einzelne Bilder, wie Tafel VII, Figur 4 (Zellen des Knochenmarks), Tafel XVIII, Figur 4 (Rindermilz), Tafel XXXVI, Figur 8 (HENLE'sche Schleife), als mißlungen bezeichnet werden müssen, so ist doch die große Mehrzahl der Zeichnungen sehr klar und zweckentsprechend, und jedem Leiter histologischer Curse wird es ein Leichtes sein, an der Hand dieser Bilder die Studirenden zu eigener Thätigkeit anzuregen. Bei dem verhältnißmäßig geringen Peise des Buches wird dessen Anschaffung keiner Schwierigkeit unterliegen, zum Nutzen des Schülers und zur Erleichterung des Lehrers. FR.

Feuilleton.

Das Bad Ilidže in Bosnien.

Discussion in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener med. Doctoren-Collegiums“ am 1. April 1895.

I. **Dr. G. KOBLER**, Primarius und Leiter des Landesspitales in Sarajevo:

M. H.! Das Schwefelbad Ilidže in Bosnien war schon in der Römerzeit gekannt und therapeutisch geschätzt. Dafür sprechen als unwiderleglicher Beweis zahlreiche Ausgrabungen, welche bis in die jüngste Zeit gemacht wurden und Ueberreste eines lebhaften Curlebens an der Stelle des heutigen Ilidže zu Tage förderten.

Auch unter türkischer Herrschaft genoß Ilidže im Volke eines gewissen Rufes und wurde gegen die verschiedensten Leiden, natürlich bei primitivsten Einrichtungen, unter großem Vertrauen der einheimischen Bevölkerung in Anwendung gezogen.

Erst die gegenwärtige Verwaltung Bosniens hat indessen in richtiger Erkenntniß des in den Ilidžer Wässern ruhenden Heilschatzes die planvolle Hebung des Curortes in die Hand genommen, und so läßt sich ruhig sagen, daß sich gegenwärtig Ilidže mittelst seiner großartigen, allem Comfort und allen sanitären Anforderungen der Neuzeit entsprechenden Badeeinrichtungen jedem modernen Curorte würdig anreiht.

Unter diesen Umständen nahm die Frequenz des Curortes in außerordentlicher Weise zu, und dementsprechend konnte mit der Wassermenge der einen alten Quelle, welche seit Jahrhunderten in Gebrauch stand, nicht mehr das Auslangen gefunden werden. Es wurde daher nach neuen Quellen gebohrt und hiebei thatsächlich sehr bald auf eine der alten in der Zusammensetzung völlig analoge, an Ergiebigkeit sie aber weit übertreffende Schwefelquelle gestoßen, welche nun bei der Beurtheilung der Ilidžer Heilquellen hauptsächlich in Betracht kommt.

Die Analyse dieses Wassers wurde durch unseren hervorragendsten Fachmann auf diesem Gebiete, Herrn Hofrath Professor LUDWIG, an Ort und Stelle in umsichtigster Weise eingeleitet und in seinem Laboratorium durchgeführt.

Gestatten Sie mir zunächst, meine Herren, daß ich Sie mit den Ergebnissen dieser Analyse in ihren wichtigsten, für uns in Betracht kommenden Momenten bekannt mache.

Das Ilidžer Thermalwasser ist klar und farblos, riecht intensiv nach Schwefelwasserstoff, trübt sich bei längerem Stehen an der Luft und wird weder in frischgeschöpftem Zustande, noch nach dem Abkühlen auf Zusatz von Nitroprussidnatrium blau. Die Temperatur der Therme betrug am 22. August 1885 57·5° bei gleichzeitiger Lufttemperatur von 21° C.

Die quantitative Analyse ergab folgende Resultate:

10.000 Gewichtstheile des Thermalwassers liefern

	Gewichtstheile
Schwefelsäureanhydrid	4·670
Chlor	3·365
Kieselsäureanhydrid	0·497
Borsäureanhydrid	0·039
Phosphorsäureanhydrid	0·002
Unterschweflige Säure	0·014
Schwefelwasserstoff	0·034
Kohlensäure	14·455
Kaliumoxyd	0·185
Natriumoxyd	3·679
Calciumoxyd	6·533
Strontiumoxyd	0·020
Magnesiumoxyd	1·459
Aluminiumoxyd	0·001
Eisenoxyd	0·006
Mangan, Lithium, Ammoniak	Spuren
Organische Substanzen	0·054

Gruppirt man diese Bestandtheile zu Salzen, wobei man die kohlensauren Salze als wasserfreie Bicarbonate in der gebräuchlichen Weise berechnet, so erhält man für 10.000 Gewichtstheile Thermalwasser folgende Quantitäten der Salze:

	Gewichtstheile
Schwefelsaures Kalium	0·342
Borsaures Natrium	0·056
Schwefelsaures Strontium	0·035
Schwefelsaures Natrium	7·984
Chlornatrium	0·333
Chlorcalcium	4·945
Unterschwefligsaures Calcium	0·021
Phosphorsaures Calcium	0·004
Calciumbicarbonat	10·359
Magnesiumbicarbonat	4·669
Eisenbicarbonat	0·012
Aluminiumoxyd	0·001
Kieselsäureanhydrid	0·497
Schwefelwasserstoff	0·034
Freie Kohlensäure	4·909
Lithium, Mangan, Ammoniak	Spuren
Organische Substanzen	0·054

Ich hebe aus diesen analytischen Resultaten neben dem großen Gehalte an Schwefelbestandtheilen die ganz besonders beträchtlichen Mengen von Glaubersalz, Chloriden und freier Kohlensäure hervor.

Bisher war es nun hauptsächlich die Schwefelcomponente, welche der Ilidžer Quelle Bedeutung und Ansehen verlieh. Sie wurde auch schlechtweg als „Schwefelquelle“ bezeichnet und dementsprechend fand sie im Großen und Ganzen auch nur als solche im Volke und auf ärztliche Anordnung therapeutische Verwendung.

Blos hie und da, aber nur nebstbei, hatte übrigens auch schon im Volke eine innere Anwendung platzgegriffen, und bei der vorjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte hatte Hofrath LUDWIG unter Betonung des großen Gehaltes an Glaubersalz und Chloriden auf die Indicationen für den inneren Gebrauch der Ilidžer Wässer hingewiesen.

Der Curarzt von Ilidže, Dr. GRÜNFELD, hat auch bereits im vorigen Jahre bei einer Reihe von Erkrankungen des Magendarmtractes den internen Gebrauch der Ilidžer Quellen versucht und hiebei sehr befriedigende Resultate zu verzeichnen gehabt.

Ich selbst habe nun im Laufe des verflossenen Winters an einer großen Anzahl von Spitalspatienten das von der Ilidžer Badeverwaltung mir in Flaschen zur Verfügung gestellte Wasser der neuen Quelle bezüglich der Möglichkeit und Zweckmäßigkeit für den Trinkgebrauch einer eingehenden Prüfung unterzogen. Selbstverständlich mußte hiebei auf den thermischen Effect, welchen das heiße Wasser hervorbringt, verzichtet und ausschließlich auf die Wirkung der chemischen Bestandtheile gerechnet werden.

Von vornherein war es mir klar, daß in den Indicationen für die interne Anwendung die größte Analogie mit den Marienbader Quellen zu erwarten sein werde. Denn vergleichen wir die Zusammensetzung des Ilidžer Wassers beispielsweise mit dem Marienbader Ferdinandsbrunnen, so zeigt sich bezüglich der wesentlichsten Bestandtheile Folgendes:

	Ilidže	Marienbader Ferdinandsbrunnen
Schwefelsaures Kalium . . .	0·342	0·0492
Schwefelsaures Natrium . . .	7·984	4·7153
Chlornatrium	0·333	1·7112
Magnesiumbicarbonat	4·669	0·3953
Freie Kohlensäure	4·909	—

Aus dieser Zusammenstellung erhellt die grosse Menge von schwefelsaurem Natrium (fast das Doppelte des Marienbader Ferdinandsbrunnens) und der enorme Gehalt an doppeltkohlensaurer Magnesia, sowie an freier Kohlensäure.

Dementsprechend waren es die Krankheiten der Verdauungsorgane, denen sich hauptsächlich meine Aufmerksamkeit zuwendete. Der große Gehalt an Glaubersalz und freier Kohlensäure forderte geradezu zur Anwendung bei den acuten und chronischen Formen der Obstipation auf.

Zunächst konnte ich erfahren, daß das Wasser, trotz seines geringen Schwefelgeschmackes, ausnahmslos gerne genommen wurde. Ueble Nach- oder Nebenerscheinungen bei seiner Anwendung habe ich nie bemerkt. Es trat danach nie Erbrechen auf, und erzeugte es weder Druck im Magen, noch lästiges Aufstoßen.

Es kamen gewöhnlich 2—3 Gläser (circa 300—350 Ccm.) des Wassers bei nüchternem Magen, mitunter etwas erwärmt, zur Anwendung. Diese hatten dann einen dickbreiigen Stuhl zur Folge, welcher ohne Schmerzen nach circa einer halben oder einer Stunde eintrat.

In ungefähr 70 Fällen angewendet, kam es natürlich etlichemale vor, daß es wirkungslos blieb. Dagegen konnte ich wieder einigemale constatiren, daß dort ein Stuhl erfolgte, wo andere übliche leichtere Abführmittel (Karlsbader Salz, pflanzliche Eccoprotica) ohne Effect geblieben waren.

Als einen besonders interessanten Fall möchte ich den eines jungen Mannes mit Trigeminusneuralgie hervorheben, bei dem ich in Erinnerung an die Angaben einzelner Chirurgen, wonach diese Erkrankung unter Umständen durch Abführmittel wirksam bekämpft werden könne, vor irgend welchen operativen Eingriffen eine energische Trinkcur mit Ilidžer Wasser in Angriff nahm. Es bestand eine typische, rechtsseitige Neuralgie im obersten Aste des Trigeminus, und konnten wir uns zu unserer Freude überzeugen, daß nach wenigen Gläsern des Ilidžer Wassers eine mäßige Diarrhoe eintrat und damit auch die recht heftige Neuralgie wich.

In einigen Fällen von Icterus catarrhalis verlief derselbe sehr rasch und ohne Complicationen unter stetiger Anwendung des Ilidžer Wassers.

Natürlich wird Derjenige, welcher das Wasser an der Quelle versuchen kann, eher in der Lage sein, günstige Erfolge zu verzeichnen, weil die hohe Temperatur allein gewisse Wirkungen hervorruft, die bei der Verwendung des gestandenen Wassers entfallen. So hatte der Badearzt von Ilidže, Dr. GRÜNFELD, das Thermalwasser bei Neurosen des Magens, bei chronischem Magen- und Darmcatarrhe, bei Stuhlverstopfung und bei Hämorrhoidalbeschwerden versucht und damit die besten Wirkungen erzielt.

Hier möchte ich auch der Versuche erwähnen, welche mein College, der Primararzt der dermatologischen Abtheilung unseres Spitales, Dr. GLÜCK, bei chronischen Eczemen mit dem Ilidžer Wasser vorgenommen hat. Diese Versuche sind wohl noch nicht gänzlich abgeschlossen, es scheint aber aus ihnen hervorzugehen, daß bei chroischen Eczemen die Anwendung von Umschlägen mit Ilidžer Wasser im Beginne einen entschieden günstigen Einfluß auf den weiteren Verlauf des Processes hat.

Den bedeutendsten Ruf indessen schon seit der Römerzeit und immer anwachsend in der Gegenwart hat die Quelle von Ilidže als Bad bei subacuten und chronischen rheumatischen Affectionen, bei tertiärer Syphilis, Exsudaten der weiblichen Genitalien, kurzum überall dort, wo Thermal- und Schwefelquellen sonst indicirt sind.

Die hohe Temperatur (57° C.), sowie der beträchtliche Schwefelgehalt und die Kohlensäure- und Kochsalzcomponente kommen bei diesen Wirkungen in Betracht.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, einzelne diesbezügliche Krankheitsfälle vorzuführen, ich möchte nur erwähnen, daß ich selbst schon allein im vorigen Jahre in der Lage war, bei verschiedenen rheumatischen Affectionen mich von der oft schon nach wenigen Bädern hervortretenden Wirkung der heißen Schwefelbäder auf die rheumatischen Zustände zu überzeugen. Es handelte sich hiebei mitunter um recht veraltete Fälle.

Ebenso sah ich in Fällen von cerebralen und andersartigen Lähmungen diese, zumeist allerdings unter gleichzeitiger Anwendung von anderen mechanischen therapeutischen Behelfen, wie Elektricität und Massage, auffallend rasch zurückgehen.

Gleich hier möchte ich des ganz besonders wohlthätigen Einflusses des milden, feuchtwarmen Klimas auf das Nervensystem Erwähnung thun. Wir haben es hier mit einem gewiß nicht unwesentlichen Factor zu thun, welcher wohl sehr im Stande ist, unterstützend auf die übrigen Heilpotenzen einzuwirken.

Von diesen erwähne ich, außer den bereits beschriebenen, zunächst die Moorbäder.

Das Moor stammt nicht aus Ilidže selbst, sondern es wird in Žepče, einem kleinen, an der Bahnstrecke Brod-Sarajevo gelegenen Städtchen, einige Monate vor der Saison in großer Reichlichkeit gestochen und getrocknet, um in Ilidže gesiebt und baderecht gemacht zu werden.

Die Moorbäder, welche ganz besonders comfortabel eingerichtet sind, bewährten sich in zahlreichen Fällen von Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, besonders bei Exsudaten nach dem Wochenbette, Peri- und Endometritiden, sowie bei veralteten Rheumatismen, welche selbst den Schwefelbädern Widerstand geleistet hatten, und bei leichteren Neurosen.

Als nicht unwichtig möchte ich das Vorhandensein eines Gebirgsbaches, der Željeznica, bezeichnen, welcher, knapp bei Ilidže vorbeifließend, zwei Reservoire für Männer und Frauen mit einem krystallklaren Wasser von durchschnittlich 16—18° R. speist und wegen seiner prächtigen Einrichtung und erfrischenden Wirkung außerordentlich viel benützt wird.

Damit sind aber die Heilkräfte Ilidžes nicht erschöpft. In der ganzen Umgebung rieselt und springt es von verschiedensten Wässern. Und so hat man im vorigen Jahre wenige Minuten von den Schwefelquellen eine Reihe von Wässern entdeckt, welche nach der Analyse Hofrath LUDWIG's einen nicht unbeträchtlichen Eisengehalt besitzen. Es wird auch bereits daran gedacht, diese Quellen den Curgästen von Ilidže zugänglich zu machen.

Diese Mannigfaltigkeit der in Ilidže vertretenen Heilpotenzen ist im Stande, diesem Curorte eine ganz besondere Bedeutung zu verleihen. Es geht, wie mir scheint, heutzutage die Tendenz durch alle Bestrebungen bezüglich der Organisation der Curorte, diese nicht einseitig auf eine Kategorie von Leidenden zu beschränken, sondern den Kreis der Indicationen durch Heranziehung aller für den Ort in Betracht kommender Hilfsmittel zu erweitern und zu vergrößern. So ist Marienbad schon lange nicht mehr, wie noch vor wenigen Jahren, ausschließlich das Eldorado der Fettleibigen und Unterleibskranken; seine Coniferenwälder und deren staubfreie Luft und der Gebrauch einzelner der dortigen Mineralwässer lassen auch zahlreiche Respirationskranke, Anämische u. s. w. mit Nutzen dahin pilgern und Heilung finden.

In diesem Sinne erscheint mir Ilidže gewissermaßen als eine Heilstätte κατ᾽ ἐξοχήν ganz besonders berufen, Gruppen von Kranken befriedigende Gelegenheit zu gemeinsamer Cur zu geben. Um das mit einem Beispiele zu illustriren, so denke ich mir, daß unter Umständen der pater familias in den Ilidžer Schwefelthermen gegen seine Gicht, die Mutter in den Moorbädern gegen ihr gynäkologisches Leiden Heilung suchen würden, während die anämische Tochter die Eisenquellen von Blažnj bei Ilidže gebrauchen und der von seinen Prüfungen erschöpfte Sohn in der milden Luft Ilidžes Erholung finden könnte, wobei ihm ein vorsichtiger innerlicher Gebrauch des Quellwassers eine Obstipation beheben würde. Bezüglich der letztgenannten zwei Gruppen von Patienten betone ich nochmals die für neurotische Individuen ganz besonders wohlthätige Wirkung der Atmosphäre von und um Ilidže für neurasthenische Individuen, was wohl theilweise auf den Feuchtigkeitsgehalt, theilweise aber auf andere Factoren der Luft zu beziehen ist.

Bei allen südlicher gelegenen Orten erscheint die Frage des Auftretens der Malaria an denselben von Wichtigkeit. Nach dieser

Richtung hin läßt sich wohl sagen, daß Ilidže seit Menschengedenken malariafrei war und auch noch gegenwärtig ist. Mir wenigstens ist während des ganzen vorigen Jahres kein Malariafall aus Ilidže untergekommen, wie überhaupt auch in dem benachbarten Sarajevo die Diagnose Malaria nur höchst selten gemacht werden kann. Dann aber handelt es sich um von den Grenzen des Landes eingeschleppte Fälle.

Zum Schlusse erwähne ich daß für die Unterkunft der Curgäste in ausgiebigster Weise durch drei äußerst reinlich gehaltene, sehr billige, neue Hôtels, welche allen modernen Anforderungen entsprechen, gesorgt ist. Diese sind untereinander, mit der Restauration und der Eisenbahnstation durch gedeckte Wandelbahnen verbunden. Die Bäder sind außerordentlich comfortabel und reinlich gehalten, ein prächtiger Park und andere Ausflüge geben Gelegenheit zu Promenaden, eine Curmusik, Spielplatz u. s. w. sorgen für Zerstreuung, so daß für alle leiblichen und geistigen Bedürfnisse reichlich vorgesorgt erscheint.

(Schluß der Discussion folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— In den Fünfziger Jahren beschrieb FRÉDERICQ am Zahnfleische Tuberculöser einen Saum, der bei der acuten Phthise eine ausgesprochen rothe Farbe, in den chronischen Fällen eine mehr bläuliche und bei ausgeprägter Scrophulose eine weiße Farbe haben sollte. Dieser Saum sollte um so röther sein, je acuter die Krankheit, während die Abnahme der Röthe ein prognostisch günstiges Zeichen darstellen sollte. Diese Angaben wurden in der Folge theils bestätigt, theils bestritten, bis STICKER auf Grund der Untersuchung von 1000 Kranken verschiedener Art zu dem Schlusse kam, daß der scharfbegrenzte rothe Zahnfleischsaum bei der Phthise fast ausnahmslos vorhanden sei und namentlich im Jünglingsalter unter den ersten Zeichen der Krankheit auftrete. Nach ihm sind die Krankheitserscheinungen, welche erfahrungsgemäß der ausgesprochenen Tuberculose vorausgehen können (Pseudochlorose, Erethismus cordis, Dyspepsien), mit großer Wahrscheinlichkeit als Ausdruck latenter Tuberculose aufzufassen, wenn gleichzeitig ein rother Zahnfleischsaum besteht, mit Sicherheit bei jugendlichen Individuen. Das Fehlen dieses Saumes unter jenen Umständen sei, wenn es sich um weibliche Individuen handelt, für die Diagnose bedeutungslos; bei jüngeren, männlichen Individuen hingegen sei der Verdacht auf latente Tuberculose sehr zurückzuhalten, wenn der rothe Saum fehle. Neuerdings hat nun Dr. ANDREESEN in Jalta („St. Petersb. med. Wochenschr." 1895, Nr. 10) seine Aufmerksamkeit auf **die Bedeutung des Zahnfleischsaumes bei Lungentuberculose** in diagnostischer und prognostischer Beziehung gerichtet. Von 800 Untersuchten zeigten den Saum 92 Kranke, von denen 69 notorisch tuberculös (Bacillen im Auswurf), 23 der Tuberculose verdächtig waren. Im Ganzen waren unter 800 Kranken 83 mit Lungentuberculose und 56 der Tuberculose Verdächtige, somit 139 Kranke, von welchen 92 den Schleimhautsaum zeigten. Was den Verlauf der Krankheit in diesen Fällen betrifft, so war derselbe bei 69 Tuberculösen mit Saum 38mal günstig, 31mal ungünstig, bei 14 Tuberculösen ohne Saum stets günstig. Von den der Tuberculose verdächtigen Patienten war der Verlauf bei 23 Kranken mit Saum 17mal günstig, 6mal ungünstig; bei 33 Patienten ohne Saum 29mal günstig, 4mal ungünstig. Aus diesen Zahlen schließt A., daß der größte Theil seiner Kranken mit Lungentuberculose den Zahnfleischsaum aufwies und sämmtliche Kranke ohne Saum einen günstigen Verlauf ihrer Krankheit zeigten. Es scheine daher dieses Zeichen für die Diagnose und Prognose der Tuberculose eine gewisse Bedeutung beanspruchen zu können. Ein Verschwinden des Saumes hat A. nie beobachten können, häufig aber ein Blasserwerden desselben bei Besserung des Allgemeinbefindens, ein Rötherwerden bei Fieber und Exacerbation der Krankheit.

— Wie wir seinerzeit berichtet haben [1]), konnte BRUNS auf der Wiener Naturforscherversammlung bezüglich der **Kropfbehandlung mit Schilddrüsenfütterung** den Satz aufstellen, daß die Schilddrüsenfütterung auf manche Kröpfe eine specifische Wirkung ausübt und deren rasche Verkleinerung oder vollständige Beseitigung bewirkt. Die consequente Fortsetzung jener Versuche an einem Material von 60 Fällen („Beitr. zur klin. Chir.", Bd. XIII, H. 1) hat zu einer wesentlichen Klärung der Anschauungen über die Grenzen und die Wirkungsweise der neuen Behandlungsmethode geführt. Ausgeschlossen sind nur die Fälle von Cystenkropf und von bösartigem Kropf, sowie die von BASEDOW'scher Krankheit, bei welchen eher eine Verschlimmerung der Krankheit gesehen wurde. Die Dosirung wurde auf 10 Grm. frischer Drüse innerhalb 8 Tagen für Erwachsene, 5 Grm. für Kinder normirt. Bei höheren Dosen traten zuweilen die von verschiedenen Autoren beschriebenen Vergiftungserscheinungen auf. Später wurden nur noch Schilddrüsentabletten nach WHITE verabreicht, Erwachsenen 2, Kindern 1 Stück pro die. Wenn überhaupt ein Erfolg eintritt, so wird er auch durch kleine Dosen sicher erreicht. Von den 60 Pat. sind 14 völlig geheilt, 20 von ihrem Kropf größtentheils und von den Beschwerden ganz befreit, 9 erheblich gebessert, 17 ohne Erfolg behandelt. Die vollständige Rückbildung des Kropfes tritt umso sicherer ein, je jünger der Kranke ist. Die Wirkung der Therapie macht sich sehr rasch, schon nach 8 Tagen, bemerkbar. Bei großen Kröpfen wurde eine Verkleinerung des Halsumfanges um 4—7 Cm. erzielt. Aber selbst die unvollkommenen Heilungen sind von großer praktischer Bedeutung, welche in der Beseitigung der Beschwerden, speciell der Athemnoth, liegt. Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Vortheil der Methode bei unvollständigem Erfolg ist darin zu suchen, daß die Enucleation der bleibenden Knoten aus dem spärlichen schlaffen Zwischengewebe außerordentlich erleichtert ist. Die Grenzen der Wirksamkeit anlangend, bietet die einfach hyperplastische Form des Kropfes die größten Chancen. Zahlenmäßig sind die Aussichten des Erfolges umso günstiger, je kürzere Zeit der Kropf besteht, und je jünger der Kranke ist. Recidiven wurden bisher in 3 Fällen beobachtet. Die Beschränkung der Wirkung auf hyperplastische Kröpfe, namentlich des jugendlichen Alters, fällt wohl bei dem Umstande, als weitaus die meisten Kröpfe im ersten oder zweiten Decennium entstehen, nicht besonders schwer in's Gewicht.

— Im August 1884 publicirte AUFRECHT einen Fall von durch lauwarme Bäder geheilter Meningitis cerebrospinalis, dessen günstiger Ausgang bei dem verzweifelten Zustand des Pat. geradezu überraschen mußte. VOROSCHILSKY berichtet nun („Gaz. hebd. Russe", 1895, Nr. 4) über zwei weitere **mit warmen Bädern behandelte Fälle von Cerebrospinalmeningitis**, die gleichfalls in Heilung übergingen. In dem ersten Falle handelte es sich um einen 25jähr. Pat. von tuberculösem Habitus, der aber bis zum September 1894 vollkommen gesund war, zu welcher Zeit er mit heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen erkrankte. V. fand bei der Untersuchung die charakteristischen Zeichen der Meningitis. Intensive Kopfschmerzen, Erbrechen, Nackenstarre, allgemeine Hyperästhesie, P. 60, T. 37·8, von Seite der Augen keine Erscheinungen. Im Verlaufe der nächsten Tage verschlimmerten sich diese Symptome, der Puls wurde irregulär und langsamer, die Schwäche hochgradig. In diesem Zustande wurde das erste warme Bad gegeben, welches eine geringe Besserung des Allgemeinbefindens zur Folge hatte. Diese Besserung machte sich bei den folgenden Bädern an allen einzelnen Krankheitssymptomen deutlich bemerkbar, und nach dem achten Bade war die Heilung fast eine vollständige. Die Bäder wurden täglich gegeben, hatten eine Temperatur von 32° R. und eine Dauer von ungefähr zehn Minuten. Der zweite Fall verhielt sich ganz analog, nur bot er wegen der vorhandenen Herzschwäche womöglich ein noch schwereres Krankheitsbild. V. legt auf diese Behandlung ein um so größeres Gewicht, als er in beiden Fällen durch mehrere Tage die herkömmliche Medication angewendet hatte, ohne den Verlauf der Krankheit irgendwie zu beeinflussen.

— Eine der Argyrie mancher Schleimhäute analoge Affection der Zähne beschreibt Prof. J. SCHEFF in der „Oesterr.-ung. Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde" (1895, I. H.) unter dem Namen **Argyria dentium**, d. i. eine tiefblaue oder schwarze Färbung aller in die Mundhöhle hineinragenden Flächen der Zähne, eine Veränderung, wie sie SCH. bisher nur in einem einzigen Falle, welchen er näher beschreibt, gesehen hat. Es handelt sich um einen 22jähr. Mann, dessen Anamnese ergab, daß er seit einem Jahr an einer

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1894, pag. 1532.

schmerzhaften Entzündung des Zahnfleisches litt und deshalb das Zahnfleisch täglich zweimal mit einer ihm von einem Arzte verschriebenen Lösung bepinselte. Erst als die Zähne schwarz wurden, setzte er das Bepinseln aus. Jeder nachträgliche Versuch von Seiten des Pat., den Zähnen die ursprüngliche Farbe wiederzugeben, mißlang. Das Recept des verwendeten Mittels konnte Pat. nicht vorweisen, weshalb es SCH. unwahrscheinlich ist, daß derselbe von einem Arzte behandelt wurde. Um nun zu eruiren, was für ein Medicament verwendet worden sei, machte SCH. Versuche mit Silbernitratlösung an todten und lebenden Zähnen und erhielt bei letzteren nach wiederholten energischen Einpinselungen ähnliche Verfärbungen. Es war somit anzunehmen, daß die schwarze Färbung der Zähne durch übermäßigen und langen Gebrauch von Silbersalpeter entstanden war. An einem extrahirten Zahne ließ sich nachweisen, daß das Metall nur von den obersten Schichten aufgenommen worden war. Da der Versuch, auf chemischem Wege mittelst Jodkali die Schwarzfärbung zu beseitigen, kein befriedigendes Resultat ergab, wurde dieses Ziel auf mechanischem Wege zu erreichen versucht, was auch vollständig gelang. Allerdings ging hiebei der den Zähnen eigenthümliche Glanz verloren, ein Beweis, daß die oberste Schichte des Emails mechanisch entfernt worden war.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XIII. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu München vom 2.—5. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

II.

Die Eisentherapie.

BUNGE (Basel), Referent, betont zunächst die Wichtigkeit des Hämoglobins als Eisenverbindung des Organismus. Es fragt sich, in welcher Weise entsteht dieser Körper im Organismus? Die Annahme, daß eingeführtes unorganisches Eisen durch Synthese im Körper Hämoglobin bilde, wird durch diesbezügliche physiologisch-chemische Untersuchungen unwahrscheinlich gemacht. Die Untersuchungen von GLYCINSKI, HAMBURGER, SCHMIEDEBERG, F. VOIT haben gezeigt, daß eine Resorption von anorganischem Eisen in irgend welchem erheblichen Grade vom Magendarmcanal aus nicht nachgewiesen werden kann. Eigene Versuche haben ferner gezeigt, daß dagegen aus resorbirbaren organischen Eisenverbindungen der Körper Eisen zugeführt erhält. Derartige resorbirbare organische Eisenverbindungen sind im Eidotter, in Gestalt der sogenannten Nucleoalbumine enthalten, aus denen das sogenannte Hämatogen hervorgeht. In der Milch finden sich mehrere Eisenverbindungen, ebenso wie in den vegetabilischen Nahrungsmitteln, aus welchen der Körper Eiweiß zu assimiliren im Stande ist. Während die letzteren außerordentlich reich an Fe sind, enthält die Milch sehr geringe Mengen Fe, was gerade im Hinblick auf ihre ätiologische Bestimmung, alle zum Aufbau eines jungen Organismus nothwendigen Stoffe in möglichst günstigem Verhältniß zu enthalten, im Widerspruch zu stehen scheint. Dieses Manco wird aber für das neugeborene Individuum dadurch gedeckt, daß es bei seiner Geburt einen außerordentlich reichen Reservevorrath an Fe, welches dem mütterlichen Placentarkreislaufe entstammt, mit auf die Welt bringt. Sobald dieser Fe-Vorrath zur Deckung der entsprechenden Ausgaben verbraucht ist, geht das Thier instinctiv zur Pflanzennahrung über. Der Analogieschluß auf den neugeborenen Menschen erscheine berechtigt. Es ist aber nicht anzunehmen, daß der mütterliche Organismus beim Menschen erst in der Zeit der Gravidität denjenigen Eisenvorrath aufzuspeichern beginnt, den er dem Neugeborenen bei der Geburt mitgibt, es erscheint vielmehr wahrscheinlicher anzunehmen, daß der weibliche Organismus schon in der Zeit der Pubertät beginnt, mit Rücksicht auf diese einst an ihn herantretenden Anforderungen einen Eisenvorrath aufzuspeichern. Referent gibt zu erwägen, ob nicht vielleicht das so häufige Auftreten der Chlorose gerade in der Pubertätszeit damit zusammenhänge, daß der Organismus Fe aufzuspeichern trachte und dem Blute entnähme, wogegen, wenn nur irgendwie die Fähigkeit des Körpers, Nahrung zu assimiliren, gestört wäre, der entsprechende Ersatz von Fe dem Körper nicht wieder zugeführt würde. Betreffs der Frage nun, wie Eisenmangel dem Körper durch Zufuhr von Fe von außen her ersetzt werden könne, betont BUNGE nochmals, daß für die Resorbirbarkeit unorganischer Eisenverbindungen keine experimentellen Anhaltspunkte gegeben seien. Anders stehe es mit den organischen Eisenverbindungen. Dieselben würden thatsächlich resorbirt, es sei aber die große Frage, ob sie auch assimilirt würden. Als die günstigste Art, dem Körper Fe zuzuführen, erscheine ihm der Modus, einer passenden, Fe reichen Nahrung, d. h. vorzugsweise der Darreichung der Vegetabilien. Er ist geneigt, die Erfolge der Eisenpräparattherapie in das Gebiet der Suggestion zu verweisen.

QUINCKE (Kiel), Correferent, erinnert einleitend daran, daß die mikrochemische Untersuchung der Organe (am besten mit Schwefelammonium) eine wesentliche Ergänzung der quantitativen Analyse für die Kenntniß des Verhaltens des Eiweißes sei. Er erläutert den inneren Fe-Stoffwechsel, wie er sich betreffs der rothen Blutkörper in Milz, Knochenmark, Lymphdrüsen und Leber vollziehe. Derselbe führt pathologisch zu erheblicher Fe-Anhäufung, die in der Leber bis 1% der Trockensubstanz betragen könne. Er theilt das Eisen des Körpers ein in Organeisen, Vorrathseisen und circulirendes Eisen. Die Fe-Präparate bespricht QUINCKE in 6 Gruppen:

1. Ferricyanverbindungen und Ferridverbindungen, welche keine Eisenwirkung enthalten.
2. Gleichartiges Blut, welches mehr als Vorrathseisen aufgespeichert wird, aber bei Anämischen vorübergehend auch vitale Functionen übernehmen kann.
3. Gelöstes Hämoglobin.
4. Citronensaure und pflanzensaure Fe-Salze. Sie coaguliren Eiweiß nicht und zeigen dadurch auch ein abweichendes Verhalten im Körper.
5. Unlösliche Fe-Salze, welche indeß, subcutan injicirt, nach und nach doch eine gewisse Resorption erfahren.
6. Die übrigen Eisenoxyd- und -Oxydulsalze. Sie bilden im Magen und Darm Albuminate. Dieselben kommen im normalen Körper nur in geringer Menge zur Resorption, vielleicht mehr im anämischen Körper, wo sie direct resorbirt und assimilirt werden. Dies beweisen die Thierversuche und noch mehr die therapeutischen Erfahrungen beim Menschen.

Die Theorie von der Schutzwirkung der einzelnen Salze für die sogenannten Eiweißverbindungen der Nahrung gegenüber dem Schwefelwasserstoff des Darms verwirft QUINCKE. Therapeutisch hält er nach wie vor die gebräuchlichen Fe-Salze, namentlich die Oxydulsalze, für sehr brauchbare Präparate, daneben die Eisenalbuminate. Er hebt ferner hervor, daß bei der Dosirung der wirkliche Eisengehalt der verschiedenen Präparate mehr als oft üblich berücksichtigt werden müsse.

Betreff der Hämoglobinpräparate sind die Erfahrungen noch nicht sicher genug für ein definitives Urtheil. Eine Reihe von Eisenpräparaten, Ferr. citr., F. hydricum und F. peptonatum, kann auch subcutan angewendet werden.

In der Discussion trat STIFLER (Steben) für die günstige Wirkung der Stahlquellen ein. — HEUBNER (Berlin) erwähnte, daß er persönlich den Eindruck gehabt habe, daß man Säuglinge, vor Allem anämische, nicht übertrieben lange bei der Milchernährung belassen solle. — SIEGFRIED (Rippoldsau) macht auf den günstigen Einfluß eines mäßigen Höhenklimas (etwa 500 M.) in Verbindung mit gleichzeitiger Eisendarreichung bei Chlorotischen aufmerksam. — IMMERMANN (Basel) hebt hervor, daß noch so eisenhaltige Nahrung allein nicht zur Behandlung der Chlorose ausreiche, sondern daß als Anregungsmittel für die Besserung der Blutbeschaffenheit geeignete Eisenpräparate hinzukommen müssen. — NOTHNAGEL (Wien) legt besonderen Werth auf eine mehrwöchentliche Bettruhe Chlorotischer. — v. ZIEMSSEN (München) und BÄUMLER (Freiburg) treten ebenfalls für geeignete Eisenbehandlung ein. — EDLEFSEN (Hamburg) empfiehlt neben Fe gleichzeitige Darreichung von HCl; demgegenüber betont EWALD (Berlin), daß letztere Medication nur für diejenigen Fälle wirklich indicirt erscheine, wo directe Verminderung des HCl-Gehaltes im Magensaft nachgewiesen sei.

Discussion über die Heilserumbehandlung der Diphtherie.

(Schluß.)

TREUPEL (Freiburg) berichtet über Thierversuche an Kaninchen und Hunden, die mit BEHRING'schem Heilserum subcutan injicirt wurden. Es kamen je 200, 600, 1000, 1500 Antitoxin-Normal-

einheiten dabei zur Anwendung. Das Allgemeinbefinden, die normale Körpertemperatur wurde nicht beeinflußt; Hautausschläge oder Veränderungen an der Injectionsstelle wurden nicht constatirt, Athmung und Blutdruck im großen Ganzen nicht wesentlich beeinflußt. — Besondere Beachtung verdient das Verhalten des Harns. Zunächst ist zu bemerken, daß es im Anschluß an die Injectionen zu geringen vorübergehenden Albuminurien kam. Es liegt aber durchaus kein Grund vor, hiebei an eine pathologische Schädigung der Nierenepithelien zu denken, da mikroskopische Formbestandtheile (Cylinder, Blutkörperchen und Nierenepithelien) bis jetzt nicht constatirt werden konnten. Was das Auftreten von Albumosen, respective Pepton, im Harn betrifft, so haben die Untersuchungen TREUPEL's, der nach STADELMANN's Vorschrift arbeitete, es wahrscheinlich gemacht, daß Albumose, respective Pepton, nach den Injectionen erscheinen kann. Es sei nun in Zukunft zu prüfen, ob diese Erscheinung eine constante nach den Injectionen sei, ob sie eine specifische für das Heilserum oder überhaupt die Folge der Einverleibung von Blutserum sei. Auf keinen Fall sprechen die Untersuchungen T.'s gegen die Anwendung des Heilserums.

SIEGERT (Straßburg) spricht über die Albuminurien nach Injectionen des BEHRING'schen Heilserums, nach Versuchen an der gesunden und entzündlich gereizten Niere des Hundes und Kaninchens. Die in Straßburg, wie ziemlich überall, wo das Heilserum angewendet wird, so häufig beobachtete Albuminurie wurde von den verschiedenen Autoren theils als Folge der Injection angesehen, theils unabhängig von derselben aufgefaßt. Von dritter Seite wird sogar behauptet, eine bedeutende Steigerung der Heilseruminjection beseitige jene allein von der Diphtherie bedingte Albuminurie. Unter diesen Umständen war es interessant, die Einwirkung des Serums auf die gesunde und entzündlich gereizte Niere experimentell festzustellen. Die Versuche des Vortr. erlauben folgende Schlüsse: 1. Die subcutane Injection des Heilserums erzeugt bei der gesunden, in höherem Grade bei der entzündlich gereizten Niere Albuminurie, Verringerung der Diurese, Steigerung des specifischen Gewichtes des Harns. 2. Die subcutane Injection von 0·05 Carbolsäure bedingt keine Albuminurie, dagegen Steigerung der Diurese, Verminderung des specifischen Gewichtes. 3. Kurz vorausgegangene Injection von 0·05 Carbolsäure setzt die Wirkung der 1—2 Tage später erfolgenden subcutanen Injection von Heilserum sehr herab oder hebt sie auf. 4. Intravenöse Injection von 10 Ccm. BEHRING Nr. II wird vom gesunden Kaninchen ertragen. Die Wirkung ist ähnlich der bei subcutaner Injection. 5. Subcutane Injection von 10 Ccm. defibrinirtem und centrifugirtem Pferdeserum tödtet das gesunde Kaninchen in 2—4 Tagen. Die Veränderungen der Diurese sind ähnlich denen bei Injection von Heilserum. 6. Subcutane Injection von 10 Ccm. Pferdeserum plus 0·05 Carbolsäure hat die analogen Veränderungen der Diurese zur Folge; die Thiere sterben nicht. S. bezeichnet das Gesagte nur als vorläufige Mittheilung und verweist auf die spätere ausführliche Veröffentlichung seiner Untersuchungen. Er erklärt ausdrücklich, daß er Schlüsse vom Thier auf den Menschen aus seinen Versuchen nicht zieht.

HAHN (Berlin) macht ebenfalls darauf aufmerksam, daß man erst sorgfältig durch Beobachtung trennen müsse, was beim Heilserum wirklich antitoxische und was Albumosenwirkung sei.

V. MERING (Halle) berichtet über erhebliches Herabgehen der Mortalität und Ausbleiben aller schädlichen Nebenwirkungen der Heilserumanwendung.

VIERORDT (Heidelberg) leugnet einen bestimmten Fiebertypus der Diphtherie, wie ihn HEUBNER zu geben versucht habe und glaubt nochmals hervorheben zu müssen, daß man in der Beurtheilung einer Beeinflussung der Mortalität durch das Heilserum sehr mit den örtlichen, wie überhaupt den Charakterverschiedenheiten der Diphtherie-Epidemien rechnen müsse.

V. JAKSCH (Prag) betont, daß das Auftreten von Albumose im Harn überhaupt ein Charakteristicum schwerer Infectionskrankheiten, besonders schwerer Diphtherie sei, und bemerkt ferner, daß das Fehlen der Phenolreaction im Harn noch lange kein Beweis dafür sei, daß nicht doch eine Carbolvergiftung vorliegen könne.

HEUBNER faßt in seinem Schlußworte nochmals die Gesichtspunkte, wie sie sich aus der ganzen Heilserumtherapie-Discussion ergeben hätten, folgendermaßen zusammen:

1. Von keiner Seite seien schädigende Wirkungen des BEHRING'schen Heilserums hervorgehoben worden.

2. Alle Beobachter, denen großes Material zur Verfügung gestanden, hätten von der Zeit der Anwendung dieses Serums an ein auffallendes Heruntergehen der Mortalität constatiren können.

3. Die Art, wie das Heilserum wirkt und inwieweit ihm immunisirende Eigenschaften zukommen, bedürfe noch der weiteren Klärung.

4. Eine Weiterprüfung des Heilserums erscheine geradezu als Pflicht. D.

Balneologen-Congreß.

XVI. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft Gehalten zu Berlin, 7.—11. März 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

V.

A. STRASSER (Wien): **Ueber Diagnostik und Hydrotherapie der Magenkrankheiten.**

Die physikalischen Heilmethoden, insbesondere die Hydrotherapie, finden bei Behandlung der Magenkrankheiten noch weit aus nicht die ihrer Bedeutung entsprechende Anwendung. Und gerade die neue, auf Grundlage der excessiv entwickelten chemischen Diagnostik so schwankend gewordene medicamentöse Behandlung drängt jetzt förmlich dazu, die Nothwendigkeit der physikalischen mit besonderem Nachdruck zu empfehlen. Vortr. bespricht die Entwicklung der chemischen Diagnostik der Magenkrankheiten, welche kaum in einem Punkte als sicher gestützt erscheint. Die chemischen Prüfungen des Speichels entbehren eines jeden semiotischen Werthes; das Verhalten der Magensalzsäure und die Prüfung darauf ist unverläßlich, weil dem Prüfer nur die äußeren Bedingungen bekannt sind, während die inneren, d. h. die individuellen Bedingungen von Seiten des Patienten, in einem und demselben Falle zu verschiedenen Zeiten in unberechenbarer Weise differiren können. Vortr. weist auf die vielfachen Widersprüche in der Literatur nur des letztverflossenen Jahres hin, aus welchen ersichtlich ist, daß das Verhalten der Salzsäure allein für keine Art von Magenerkrankung pathogenetisch ist. Auch bezüglich der Milchsäure waren unsere Kenntnisse bis in die letzte Zeit sehr geringe, und erst die Angabe von BOAS, daß die Milchsäurevermehrung ein Frühsymptom des Carcinoms sei, kann uns den Milchsäurebefund als verwerthbar erscheinen lassen. Es ist übrigens auch dieser Angabe vielfach widersprochen worden. Auch entsprechen die Befunde bei Fäulniß nicht unseren gewöhnlichen Vorstellungen, denn z. B. findet man Schwefelwasserstoff, ein exquisites Fäulnißproduct, im Magen niemals bei Carcinom, dagegen häufig bei gutartigen Ectasien, auch bei hohem Salzsäuregehalt. Die Reaction dieser Strömung auf die Therapie bestand in einer Art Ideenassociation von Hyperacidität und Alkali, Anacidität und Salzsäure. Für Salzsäure ist wohl noch die Indicationsstellung eine einfachere; man gibt sie als Stimulans, Pepticum und Digestivum und kennt die Art ihrer Wirkung ganz genau, was von den Alkalien nicht gesagt werden kann; vielmehr differiren die Angaben über die Wirkung, besonders über die Dauerwirkung der Alkalien, in sehr bedeutender Weise. Vortr. weist auf die colossale Entwicklung der Alkalitherapie in Frankreich hin, der jede Berechtigung abzusprechen ist.

Die Hydrotherapie ist bei allen Arten von Magenkrankheiten mit einem bestimmten Erfolge anwendbar. Von circa 1500 in Kaltenleutgeben in den Jahren 1865—1890 behandelten Magenkranken mußten nur 4% die Anstalt als ungeheilt verlassen, dagegen wurden 56% vollständig geheilt. Für die Behandlung des Einzelfalles ist es schwer, stricte Vorschriften zu geben; es ist keine Procedur, welche bei Magenkrankheiten nicht anwendbar wäre, nur muß man nach Bestimmung der Reactionscapacität des zu behandelnden Individuums die Temperatur des Wassers, die Anwendungsweise und die Dauer der Procedur genau bestimmen. Man gibt gewöhnlich allgemeine und locale Proceduren, theils um auf die Krankheit selbst, theils auf die durch die Krankheit erzeugte Unterernährung und nervöse Depression oder erhöhte Irritabilität einzu-

wirken. Vortr. bespricht die einzelnen Proceduren und die Wirkungsweise der hydriatischen Therapie, welche die Magenkrankheiten, seien sie anatomische oder functionelle, auf dem Wege der Hebung der Circulation, der Innervation und mittelbar auch der secretorischen Functionen in günstigstem Sinne zu beeinflussen vermag. Für die hydriatische Therapie sprechen jetzt nur die vielen klinischen Erfolge; theoretische Erklärungen zu suchen, ist jetzt bei der schwankenden Anschauung über die Magenkrankheiten und über unsere Aufgaben bei der Therapie derselben sehr schwer. A.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. März 1895.

Vorsitzender: Dr. MAX HERZ.

Prof. KOLISKO: Ueber einige seltenere Gelenkserkrankungen.

M. H.! Die Veranlassung meiner heutigen Demonstration ist jener Fall syphilitischer Gelenksaffection, den Herr College Dr. WEISS vor einigen Wochen hier vorgestellt hat.

Da im hiesigen pathologisch-anatomischen Museum das seltene Präparat einer syphilitischen Gelenksentzündung sich befindet, möchte ich mir erlauben, Ihnen das Präparat zu zeigen. Im Anschluß daran will ich aber auch noch einige andere Gelenksaffectionen, welche für Sie Interesse haben dürften, an Präparaten unseres Museums Ihnen demonstriren.

Bezüglich der syphilitischen Gelenksaffectionen muß ich vorausschicken, daß zweierlei Formen zu unterscheiden sind, eine acute und eine chronische. Die acute Form, auch als syphilitischer Gelenksrheumatismus bezeichnet, tritt meist zur Zeit des Eruptionsfiebers, nur selten in späteren Stadien der Erkrankung (der Fall des Collegen Dr. WEISS gehört wohl hieher) mit serösem Erguß in's Gelenk und Entzündungserscheinungen auf. Von dieser acuten Form sind kaum Obductionsbefunde vorhanden; auch dürfte die Veränderung eine ziemlich geringfügige sein.

Die chronische Form, ohne Entzündungserscheinung verlaufend, gibt ein sehr charakteristisches anatomisches Bild, das mehrmals gesehen und beschrieben worden ist, und wovon auch der vorliegende Fall unseres Museums ein Beispiel ist.

Das Präparat unseres Museums betrifft das linke Kniegelenk eines Mannes in mittleren Jahren, dessen Extremität amputirt worden war. Der Mann hatte angegeben, daß seine Mutter während der Gravidität von ihrem Manne inficirt wurde, so daß seine älteren Geschwister gesund waren, die jüngeren bald nach der Geburt starben. Es selbst soll nie inficirt worden sein und habe gesunde Kinder erzeugt.

Das Kniegelenk ist in stumpfwinkeliger Beugung anchylosirt, stark verdickt; der Oberschenkel ist handbreit ober dem Kniegelenke fast rechtwinkelig geknickt und durch eine bei der Operation entstandene frische Fractur abnorm beweglich.

Sämmtliche Weichtheile des Kniegelenkes und des unteren Unterschenkeldrittels sind in den peripheren Antheilen substituirt durch eine fibröse oder schwartig-sulzige, stellenweise käsige Massen einschließende Schwiele, durch welche die Gelenkflächen bis auf wenige kleine Spalträume verwachsen sind.

Die erhaltenen centralen Reste des Oberschenkelknochens sind, wie an der macerirten Hälfte des Präparates ersichtlich ist, von einer, das schwammige Gewebe substituirenden, aus anscheinend sklerotischem Zustande porös gewordenen Knochenmasse gebildet, welche besonders an der Oberfläche vielfach angenagt und zerfressen ist, verzweigte, sinuöse, von jenen Schwielen erfüllte Buchten aufweist. Der Oberschenkelknochen ist aber auch, wie aus den in größerer Ausdehnung erhaltenen Theilen seiner vorderen Peripherie oberhalb der Fractur ersichtlich ist, verdickt, warzig, höckerig, in der Oberfläche sklerosirt und im Marke von porotischer Masse durchsetzt.

Tibia und Fibula sind stark porotisch.

In dem vorliegenden Falle sind die schwielig-sulzigen Gewebsmassen, die streifige Verkäsungen einschließen, die Art der Sklerosirung des Knochens, das sinuöse Zerfressensein, wo die Buchten von der Schwiele ausgefüllt sind, makroskopisch sehr charakteristisch für Syphilis, was auch seinerzeit durch mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde. Es ist das Kniegelenk aber wohl nur secundär von einer syphilitischen Osteomyelitis und Periostitis des Femurs aus ergriffen, wenigtens spricht das Freibleiben des Unterschenkelknochens dafür.

Als eine zweite, seltenere Form einer Gelenkserkrankung will ich Ihnen einige Präparate von jener interessanten Gelenksaffection demonstriren, wie sie bei Tabes vorkommt und unter dem Namen der tabetischen Arthropathie oder neuropathischen Gelenksaffection bekannt ist.

Bekanntlich wird wegen der Verschiedenheit der Veränderung der knöchernen Gelenkenden ein atrophischer und ein hypertrophischer Typus unterschieden, die sich aber auch miteinander combiniren können.

Von beiden Typen stehen mir Präparate zur Verfügung.

Das Schultergelenk, welches ich demonstrire, stammt von einer Tabetikerin, die ich im Versorgungshause obducirt habe. Es zeigt den atrophischen Typus, die Pfanne der Scapula ist vollkommen ausgeschliffen bis auf spärlichste Reste, der Kopf ist bis an die Diaphyse weggeschliffen.

Dasselbe zeigt dieses von einem Tabetiker stammende Hüftgelenk, dessen Pfanne ebenso ausgeschliffen ist und dessen Kopf und Hals vollkommen fehlen.

In beiden Fällen sind jene knorpeligen, späteren Randwucherungen, wie sie der Arthritis deformans eigenthümlich sind, nur geringgradig entwickelt.

Zum Unterschiede bitte ich Sie, diese Präparate von gewöhnlicher Arthritis deformans zu betrachten, wo neben mäßiger Abschleifung der Gelenkflächen starke Randwucherungen ausgebildet erscheinen.

Ein besonders schönes Präparat des atrophischen Typus ist dieses Hüftgelenk, ausgezeichnet durch mächtige Wucherungen der Synovialis und durch die Combination mit tabetischen Fracturen.

Es stammt von einem 59jährigen, plötzlich verstorbenen Tabetiker her, bei welchem man, durch die Art der Arthritis aufmerksam gemacht, im Rückenmarke die tabetische Hinterstrangdegeneration fand.

Das Präparat stellt das linke Hüftgelenk dar. Die Gelenkskapsel ist auf über Kindskopfgröße erweitert, stark verdickt, fibrös verdichtet, mit groh dendritischen papillären, am hinteren Umfange vielfach mit bis Haselnuß- und selbst darüber großen, drusighöckerigen, knorpeligknöchernen Wucherungen besetzt, namentlich in der Umgebung der Pfanne.

Dagegen ist die Pfanne vertieft, ihr Knorpel abgeschliffen. Als freier Körper findet sich im Gelenke der an der Halsbasis abgebrochene Kopf mit mehreren Schliffflächen und conisch abgerundetem Bruchende. Auch der in die Höhle frei hinausragende Schaftbruch ist conisch abgerundet; diese Abschleifungen, Abrundungen entsprechen dem atrophischen Typus.

Dem hypertrophischen Typus dagegen gehört dieses Kniegelenk eines 42jährigen Tabetikers an, welches ebenfalls durch Combination mit tabetischen Fracturen ausgezeichnet ist.

Der Mann hatte seit 5 Jahren allmäliges Dickerwerden seines linken Kniegelenkes, hie und da auftretende reißende Schmerzen beobachtet, wobei die Beweglichkeit vollkommen frei geblieben war und sich allmälig ein Genu valgum entwickelt hatte. Seit einem Jahre habe sich ein rasches Zunehmen des Gelenksumfanges zu endlich geradezu monströser Größe eingestellt, immerhin habe er noch gehen können, bis er plötzlich auf der Straße ein Krachen im linken Beine verspürt hatte, worauf er, ohne Schmerzen zu haben, nicht mehr auftreten konnte. Auch die Untersuchung auf der Klinik, wo er Hilfe suchte, war weder im Gelenke, noch in der zu constatirenden Continuitätstrennung des Unterschenkelknochens schmerzhaft.

Das Bein wurde, weil die Diagnose auf Knochensarcom mit Spontanfractur gestellt worden war, amputirt. Prof. KUNDRAT stellte dann aus der Hochgradigkeit der deformirenden Arthritis und der Art der Spontanfractur die Diagnose auf Tabes, was auch nachträglich durch eine einschlägige klinische Untersuchung bestätigt werden konnte.

An dem frischen Präparate war die Kapsel des Kniegelenkes riesig ausgedehnt, innen mit mächtigen Wucherungen besetzt. Die knorpeligen Randwucherungen der Arthritis deformans sind in einem so enormen Grade entwickelt, wie sie bei gewöhnlicher Arthritis deformans niemals vorkommen, auch die Ausschleifung der Gelenksflächen ist eine sehr beträchtliche; in der Kapsel sind knorpelig-knöcherne Einlagerungen von mächtiger Ausdehnung; den Adductorensehnen entsprechend findet sich ein langer Sehnenknochen.

Ferner ist in dem oberen Fibulaende ein ausgeheilter Knochenbruch mit mächtiger Callusbildung, in der Mitte der Tibia ein frischer Bruch zu constatiren. Auch an dem Tibiabruche war, wie die im Alkohol conservirte Hälfte zeigt, die Callusbildung bereits eine mächtige, aber noch nicht consolidirte. Dabei ist der Knochen nicht porös und brüchig, sondern compact und sehr fest.

Vom anatomischen Standpunkte sind als Charakteristica der neuropathischen Gelenksaffection folgende Merkmale aufzustellen:

1. Beträchtliche Gelenksausdehnung durch starken serösen Erguß mit Erweiterung der Kapsel, die häufig einreißt, mit der Nachbarschaft verwachsen ist, ausgedehnt zerstört sein kann, häufig auch kalkige Einlagerungen besitzt.

2. Wucherungen der Synovialis in Form vielgestaltiger, zottiger, papillarer, knolliger Massen, welche verkalken und verknöchern können, von ihren Stielen häufig abreißen und viele freie Körper des Gelenkes bilden können.

3. Auszerrungen und Abreißungen der intraarticulären Ligamente.

4. Hochgradigster subchondraler Schwund der knöchernen Gelenksenden unter Abschleifung der Gelenksflächen bis zum Verschwinden der zur Articulation bestimmten Knochenvorsprünge, dabei entweder vollkommenes Fehlen der knorpeligen Randwucherungen, die später verknöchern, oder eine übermächtige Entwicklung derselben. Zweifellos ist die bei Tabes und seltener bei anderen Rückenmarksaffectionen (z. B. Syringomyelitis) vorkommende Gelenkserkrankung durch diese anatomischen Merkmale sehr wohl charakterisirt und von anderen Gelenkskrankheiten zu unterscheiden, so daß man sie mit vollem Rechte als eine neuropathische bezeichnet.

(Schluß folgt.)

Notizen.

Wien, 13. April 1895.

(Wiener medicinische Facultät.) Der soeben zur Ausgabe gelangte Lectionskatalog für das Sommersemester 1895 kündigt 226 Vorlesungen und Curse an, welche von 29 ordentlichen, 34 außerordentlichen Professoren und 76 Privatdocenten und Assistenten abgehalten werden. Die angekündigten Vorlesungen etc. vertheilen sich auf die einzelnen Disciplinen wie folgt:

Disciplin	Vorlesungen	O. Prof.	A. o. Prof.	Privatdoc. u. Assist.
Geschichte d. Medicin	2	1	—	—
Anatomie	10	2	2	—
Physiologie	13	2	2	1
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	12	2	2	4
Heilmittellehre	4	1	—	1
Innere Medicin	50	4	7	25
Chirurgie	38	2	8	12
Ohrenheilkunde	9	2	1	3
Augenheilkunde	18	2	2	4
Gynäkologie u. Pädiatrie	32	4	5	15
Hautkrankheiten u. Syphilis	17	2	2	9
Psychiatrie	8	2	2	2
Staatsarzneikunde u. Hygiene	8	2	1	—
Ang. med. Chemie	5	1	—	—
Summe	226	29	34	76

Zwei Extraordinarii und drei Privatdocenten werden im kommenden Semester nicht lesen. — Die Facultät war im Wintersemester 1894/95 von 3207 Hörern (1881 ordentlichen und 1326 außerordentlichen) frequentirt, und betrug die Zahl der Mediciner auch in diesem Semester mehr als die Hälfte der Gesammtzahl der Studirenden unserer Hochschule. Die Zahl der Mediciner hat gegenüber dem Wintersemester 1893/94 eine nicht unerhebliche Abnahme erfahren, welche fast vollständig auf Rechnung der ordentlichen Hörer zu setzen ist, deren Zahl um 158 abgenommen hat. Bezüglich der Landes- und Staatsangehörigkeit der Hörer zeigen die statistischen Angaben des Kataloges keinerlei Veränderungen im Vergleiche mit den Vorjahren. — Zum ersten Male seit mehreren Semestern weist der Lectionskatalog keine Vacanz auf, da mit Beginn des Sommersemesters alle systemisirten ordentlichen Lehrkanzeln besetzt sind. — Dr. MAXIMILIAN SALZMANN hat sich als Privatdocent für Augenheilkunde habilitirt.

(Die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes in Wien) bildete den Gegenstand der Berathung des Landes-Sanitätsrathes in dessen Sitzung vom 1. d. M. Derselbe nahm das vom Obersten Sanitätsrathe erstattete Gutachten über die Organisation des Sanitätsdienstes in Wien zur Kenntniß und gab dem Wunsche Ausdruck, die Gemeinde Wien möge mit Rücksicht auf die Dringlichkeit der Reform des städtischen öffentlichen Sanitätsdienstes, welche nunmehr schon seit 4 Jahren in Verhandlung steht, innerhalb einer nicht zu überschreitenden Frist zur Vorlage eines Organisations-Entwurfes veranlaßt werden, welcher nach erfolgter Begutachtung durch den Landes-Sanitätsrath die Grundlage für ein zu erlassendes Landesgesetz zu bilden hätte.

(XII. Internationaler medicinischer Congreß.) Das Comité des nächsten medicinischen Weltcongresses in Moskau (1897) ist bereits in Thätigkeit. Um der babylonischen Sprachenverwirrung des letzten Congresses zu Rom — derselbe verhandelte in vier officiellen Sprachen — vorzubeugen, wird der sicherlich praktische Vorschlag in Erwägung gezogen, für diesen Congreß nur eine einzige officielle Sprache zuzulassen, nämlich die in Europa verbreitetste französische. Gleichzeitig werden im Schoße des vorbereitenden Comités schon jetzt die Mittel und Wege berathen, durch welche den Gästen die größtmögliche Bequemlichkeit garantirt werden könnte. Man beabsichtigt, mehrere Hundert junger Russen, und zwar Aerzte, Studirende und sonstige gebildete Jünglinge, zu einer Art Führer-Comité zu organisiren, dessen Mitglieder berufen wären, die Gäste zu empfangen, sie in der alten russischen Hauptstadt umherzuführen und ihnen jedwede Auskunft zu ertheilen. Ein mehrwöchentlicher Cursus soll die zum Führerdienste Auserwählten mit ihren Obliegenheiten vertraut machen. — Wie man sieht, nimmt das Comité seine Aufgabe ernst und will sich die Erfahrungen früherer Congresse zu Nutze machen. Wenn es hält, was es verspricht, wird der Moskauer Congreß, dessen Devise „Große Antworten auf große Fragen" ist, seinem Ziele, eine neue Aera, die Aera der Organisation der Wissenschaft, der Organisation eines internationalen Aerztecorps und der medicinischen Arbeit im Interesse der Humanität zu inauguriren, nahezukommen vermögen.

(Ernennung.) Der Stabsarzt Dr. ANTON STENZL, vom Activstande der k. k. Landwehr, ist zum Sanitäts-Referenten des Landesvertheidigungs-Ministeriums ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Dem Generalstabsarzt Dr. HERMANN RIEDL, Chef des militärärztlichen Officierscorps, ist der Orden der eisernen Krone III. Classe, den Mitgliedern des Militär-Sanitäts-Comité, und zwar dem Oberstabsarzt II. Cl. Dr. EMIL JANCHEN und den Regimentsärzten I. Cl. Dr. JOHANN SCHÖFER und Dr. PAUL MYRDACZ das Ritterkreuz des Franz Josefs-Ordens und dem Vorsitzenden des Landes-Sanitätsrathes für Tirol und Vorarlberg, emer. Universitätsprofessor Dr. ANTON Edlen TSCHURTSCHENTHALER VON HELMHEIM der Titel eines Hofrathes verliehen worden.

(Militärärztliches Officierscorps.) Der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. ALOIS BRUNNER, Sanitätschef des 1. Corps, wurde als invalid in den Ruhestand versetzt und demselben bei diesem Anlasse der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen.

(Aerztlicher Nachtdienst in Paris.) Die Zahl der im ärztlichen Nachtdienste gemachten Besuche betrug im Jahre 1894 nicht weniger als 12.493 gegen 3616 im Jahre 1876, dem Gründungsjahre dieser ausgezeichneten Institution, deren Nachahmung in Wien an der Indolenz der betheiligten Factoren zu scheitern droht.

(Statistik.) Vom 31. März bis inclusive 6. April 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 7069 Personen behandelt. Hievon wurden 1549 entlassen; 194 sind gestorben (11·13% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 80, egyptischer Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 68, Scharlach 105, Masern 156, Keuchhusten 38, Wundrothlauf 38, Wochenbettfieber 8, Mumps 22, Influenza 30. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 827 Personen gestorben (— 44 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Prag der Professor der Physiologie an der czechischen Universität, Dr. WLADIMIR TOMSA; in Preßburg der Oberstabsarzt I. Cl. d. R. Dr. CARL BAUMGARTNER, 65 Jahre alt; in Blasewitz der San.-R. Dr. THEODOR KNAUTHE, früher Curarzt in Meran; in Budapest der Besitzer des Salvator-Sauerbrunnen, AUGUST SCHULTES, 68 Jahre alt, ein Mann von seltener Thatkraft und eisernem Fleiße, der sich allenthalben größter Achtung erfreute.

besten, wenn dasselbe nüchtern genommen wurde. Erwachsene beginnen die Cur — welche, wenn sie erfolgreich sein soll, 6—8 Wochen in Anspruch nimmt — mit 2 Eßlöffel voll pro Tag, steigen auf 3 und dann auf 4 Eßlöffel, um gegen Ende der Cur wieder auf 3, resp. 2 Eßlöffel herabzugehen. Kinder über 6 Jahre beginnen mit 1 Eßlöffel voll, steigen auf 2, eventuell auf 3 Eßlöffel voll pro Tag und gehen gegen Ende der Cur allmälig auf 2, resp. 1 Eßlöffel voll herab. Bei Kindern unter 6 Jahren nimmt man statt Eßlöffel Theelöffel voll.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Biesalski K., Die Entstehungsweise der verschiedenen Formen der Peritonitis. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Kraus J. sen., Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit. II. Auflage. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Pistor M., Das Gesundheitswesen in Preußen. I. Band, 1. Abtheilung. Berlin 1895, R. Schoetz.

Munk und Uffelmann, Ernährung des gesunden und kranken Menschen. III. Auflage. Bearbeitet von I. Munk und C. A. Ewald. 1. Hälfte. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Stadelmann H., Der acute Gelenksrheumatismus und dessen psychische Behandlung. Würzburg 1895, Stahel.

Hirsch W., Betrachtungen über die Jungfrau v. Orleans vom Standpunkte der Irrenheilkunde. Berlin 1895, O. Coblentz.

F. W., 365 Speisezettel für Zuckerkranke. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Schilling F., Diättherapie. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Löhlein H., Gynäkologische Tagesfragen. IV. Heft. Wiesbaden 1895. J. F. Bergmann.

Brügelmann W., Ueber Asthma. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das April-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Das Verhalten des Stoffwechsels bei hydriatischer Therapie."** Von **Dr. Alois Strasser**, Assistent der Abtheilung des Prof. W. Winternitz an der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 16. Sonntag den 21. April 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Histologie des Centralnervensystems kritisch beleuchtet.

Von **Prof. H. Obersteiner** in Wien. *)

M. H.! Auf dem Gebiete der feineren Anatomie des Nervensystems hat sich in den letzten Jahren ein derartig gewaltiger Umschwung vollzogen, daß es auch für jene Aerzte, welche diese Fragen nicht zum Specialstudium gemacht haben, von Interesse sein wird, über die Grundzüge dieser neueren Anschauungen und deren physiologische Anwendung instruirt zu sein.

Als Gewebe, welche sich an dem Aufbau des Centralnervensystems betheiligen, bezeichneten wir vor wenigen Jahren folgende:

1. Nervöse Bestandtheile:
   a) Nervenfasern,
   b) Nervenzellen.
2. Nicht nervöse Bestandtheile:
   a) Epithelien,
   b) Gefäße,
   c) Stützsubstanzen.
      1. Bindegewebe,
      2. Neuroglia.

Heutzutage ist diese Eintheilung vollständig über den Haufen geworfen und eine andere auf entwicklungsgeschichtlicher Basis an ihre Stelle getreten.

Nach den heutigen Anschauungen finden wir im Inneren des Centralnervensystems:

1. Gewebe ektodermalen Ursprunges:
   a) Neuronen.
      1. Neurocit,
      2. Neurit.
   b) Glia,
   c) Epithelien.
2. Gewebe mesodermalen Ursprunges.
   Blutgefäße.

Wir sehen also, daß mit Ausnahme der Blutgefäße sämmtliche Bestandtheile der Cerebrospinalaxe sich aus dem Ektoderm entwickeln. Wirkliches mesodermales Bindegewebe kommt im Inneren der Centralorgane nicht vor, wenn wir absehen von einzelnen Falten der Pia mater, wie z. B. in der Fissura anterior des Rückenmarkes.

Das, was wir früher bindegewebigen Antheil der Stützsubstanz nannten, setzt sich ausschließlich zusammen aus Gliazellen mit ihren Fortsätzen, und diese Gliazellen sind Derivate des ursprünglichen Neuroepithels.

Ich habe mich längere Zeit dieser Auffassung gegenüber skeptisch verhalten, da man bei den verschiedensten Färbemethoden Bilder bekommt, welche einen oder mehrere Fortsätze solcher Gliazellen in Zusammenhang mit der adventitiellen Scheide der Gefäße zu zeigen scheinen. Da die Adventitia entschieden bindegewebig ist, so mußte auch für die Gliazellen die gleiche Natur mindestens sehr wahrscheinlich sein. Auffallend war mir übrigens seit Langem, daß man intracerebrale Gefäßbäumchen mit ihrer Adventitia leicht ohne Zerrung herauspräpariren kann, und daß dabei niemals die Spur eines abgerissenen Gliafortsatzes an ihnen entdeckt werden kann. Thatsächlich hat es sich nun in letzterer Zeit erwiesen, daß diese Gliafasern sich nicht an die Adventitia selbst anheften, sondern an der peripheren Wand des perivasculären Lymphraumes sich ausbreiten, diesen gleichsam auskleiden. Es ist damit einer der wichtigsten Beweise für die bindegewebige Natur der Glia gefallen.

*) Vortrag, gehalten im „Wiener medicinischen Club" am 6. März 1895.

Von dem Epithel des Centralcanales und der Ventrikel möchte ich nur ganz kurz erwähnen, daß es gewissermaßen den Rest jener Zellen darstellt, die anfänglich ausschließlich das Medullarrohr bilden und die Matrix abgeben für die Bildung aller Nervenzellen und aller Gliazellen.

Ich gehe nun zu dem Hauptbestandtheil des Nervensystems über, der uns am meisten interessirt, nämlich zu dem, was wir früher Nervenfaser und Nervenzelle genannt haben. Beide zusammen bilden das, was man jetzt als Neuron bezeichnet. Es geht eine rein theoretische Frage dahin, ob wir das Recht haben, von Nervenfasern und Nervenzellen zu sprechen, da die Nervenfaser nichts Anderes ist, als ein sehr langer Fortsatz einer Nervenzelle. Auf anderen Gebieten pflegen wir die Fortsätze von den Zellen nicht zu trennen. Unter Neuron versteht man also die Gesammtheit einer Nervenzelle mit ihrem Hauptfortsatz, der weiterhin meist zu einer Nervenfaser wird. Außerdem haben wir zu berücksichtigen, daß die Nervenfaser ein zweites Ende hat, welches dadurch charakterisirt ist, daß sie sich aufsplittert, ein sogenanntes Endbäumchen bildet. Dazu kommt noch, daß die Nervenzelle meist noch andere Fortsätze hat, die gleichfalls zum Neuron zu rechnen sind.

Diese Theorie der Neuronen ist das, was gegenwärtig die ganze Histologie des Nervensystems beherrscht. Von den Neuronen ausgehend, kommen dann alle diejenigen Complicationen zur Ausbildung, die uns gestatten, einen so verwirrenden Mechanismus, wie wir ihn im Nervensysteme haben, verstehen zu wollen.

Ferner wäre zu bemerken, daß man angegeben hat, jede Nervenfaser habe in ihrem Verlaufe noch Nebenäste, die direct seitlich abgehen und sich wieder in Endbäumchen theilen, die sogenannten Collateralen. Auch diese spielen jetzt eine sehr große Rolle. In einigen Arbeiten, die sich mit dieser Frage beschäftigen, haben die Autoren sich ausschließlich auf die Ergebnisse der Silberimprägnation nach Golgi und Cajal beschränkt und vergessen, den anderen Methoden zur Controle den ihnen gebührenden Werth zuzumessen. Unbestreitbar ist der große Werth der Silbermethode; sie hat uns ganz neue Gesichtspunkte eröffnet, uns Dinge gezeigt, von denen wir vor wenig Jahren noch so viel wie nichts wußten. Aber es darf wohl verlangt werden, daß auch an die wunderbaren Silberbilder derselbe Maßstab einer strengen Kritik angelegt werde, wie wir dies anderen Methoden gegenüber gewöhnt sind.

Ein, wenn auch geringer Nachtheil der Silberimprägnation besteht darin, daß sich immer nur ein Theil der Elemente schwärzt, was aber weniger mit anatomischen oder physiologischen Differenzen, als mit noch unbekannten technischen Feinheiten zusammenhängt.

Auch sind wir fast immer darauf angewiesen, an Embryonen oder ganz jungen Thieren zu arbeiten. Wir können aber das, was wir am Embryo sehen, nicht unbedingt auf den Erwachsenen übertragen; das gilt z. B. von den Collateralen. Man sieht sie beim Embryo sehr deutlich und schön, aber beim Erwachsenen kann man sie an Längsfasern des Rückenmarkes bei noch so gelungener Carmin- oder Nigrosinfärbung gewiß nur sehr selten sehen. Ich will nicht leugnen, daß sie beim Erwachsenen auch vorkommen, ich glaube aber nicht mit jener Allgemeinheit, wie beim Embryo. Auch von Benda und Anderen sind neuestens Bedenken gegen die Unfehlbarkeit der Silbermethode geltend gemacht worden.

Die Neuronen stehen mit einander in Beziehung, und in der Erklärung der Art dieser Verbindung besteht ein sehr wichtiger Fortschritt unserer Erkenntniß. Früher dachten wir uns, die Nervenfaser komme von der Nervenzelle her, gehe in eine zweite Zelle über, von hier aus ginge eine andere Faser ab u. s. f. Man stellte sich somit eine Verbindung von einer Nervenzelle zur anderen und von da weiter etwa zur Peripherie, beispielsweise zum Muskel, vor. Gegenwärtig aber meint man, daß die einzelnen Nervenzellen mit einander nicht durch Continuität, sondern durch bloße Contiguität in Verbindung stehen, und zwar beispielsweise in der Art, daß das Endbäumchen des ersten Neurons die Zelle des zweiten Neurons gewissermaßen umklammert, ohne in dieselbe wirklich überzugehen. Nun gibt es verschiedene Modificationen in der Art dieser Wechselbeziehung zwischen mehreren Neuronen. Es kann geschehen, daß ein Neuron mit dem zweiten Neuron nicht durch die Zelle selbst in Verbindung tritt, sondern dadurch, daß beide Endbäumchen auf einander einwirken u. s. w.

Jenen Zellfortsatz, der in die Nervenfaser übergeht, hat man Axencylinderfortsatz, Neurit, Axon, Nervenfortsatz, Hauptfortsatz u. s. w., die anderen Protoplasmafortsätze, Dendriten u. a genannt.

Ersterer ist dadurch charakterisirt, daß er scharf conturirt ist, wie ein feiner Draht, während die Protoplasmafortsätze rauh und knorrig erscheinen. Man hat gesagt: Jede Zelle hat einen Nervenfortsatz, der in die Nervenfaser übergeht. Nur bei den sogenannten Golgi'schen Zellen löst sich der Neurit alsbald in ein Gewirr von feinen Fasern auf, ist also kein eigentlicher Achsencylinderfortsatz. Es gibt aber auch Nervenzellen, die gar keinen Hauptfortsatz haben, die sogenannten Anaxonen (Lenhossék). Auch steht fest, daß es Zellen gibt, die mehrere Achsencylinderfortsätze haben.

Man hat ferner dem feineren Bau der Ganglienzellen in letzter Zeit sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt, und namentlich Nissl hat gezeigt, daß das Protoplasma der Ganglienzellen eine eigenthümliche Structur habe, welche bei verschiedenen Zellen zwar ganz verschieden ist, an den homologen Zellen aber immer die gleiche ist; er hat danach eine Eintheilung der Nervenzellen getroffen und eine eigene Nomenclatur geschaffen.

Wichtig ist, daß wir über die physiologische Bedeutung der Ganglienzellen und ihrer Bestandtheile klar werden. Es kann nicht geleugnet werden, daß die Nervenfasern in erster Linie nur Leitorgane sind, und daß die Ganglienzelle das eigentlich nervöse Organ sei. Man hat gesagt: Die Protoplasmafortsätze der Ganglienzellen hätten mit der nervösen Leitung gar nichts zu thun, — eine Anschauung, der man sich durchaus nicht anschließen kann. Jedenfalls kommt ihnen die Bedeutung zu, die Oberfläche der Zellen zu vermehren. Diese Vergrößerung wird nun allerdings beitragen, die Ernährung der Zellen zu befördern, gewiß aber auch dazu, um die Aufnahme von Reizen von außen her zu ermöglichen und zu erleichtern. Ich glaube ferner, daß die Dendriten immer noch zu stiefmütterlich behandelt werden. Es gibt Zellen, an denen die einzelnen Dendriten sehr verschieden aussehen, verschieden in ihrer Structur und in ihrem Verlaufe. So verhalten sich beispielsweise die Mitralzellen im Bulbus olfactorius oder die Pyramidenzellen der Hirnrinde. Bei beiden ist ein Protoplasmafortsatz ganz verschieden von den anderen, ja es kommt ihm auch, wie wir an den Mitralzellen deutlich nachweisen können, auch eine ganz andere physiologische Bedeutung zu. Ich will also betonen, daß die Protoplasmafortsätze einer Zelle nicht einfach alle als gleichwerthig angesehen werden dürfen, sondern daß wir im Bereiche derselben oft sehr wichtige Unterschiede machen müssen.

Ich wende mich nun zum Achsencylinderfortsatz. Derselbe leitet, und zwar in nahezu allen Fällen, von der Zelle weg, cellifugal, während die Protoplasmafortsätze cellipetal leiten. Die Spinalganglienzellen haben aber zwei Achsencylinderfortsätze, einen cellifugalen und einen cellipetalen. In welcher Abhängigkeit steht nun der Achsencylinderfortsatz von der Nervenzelle, d. h. inwieweit ist die Existenz des Achsencylinderfortsatzes an die Zelle gebunden? Wir wissen, daß nach dem Waller'schen Gesetze diejenigen Theile der Nervenfaser, welche von der Zelle abgetrennt werden, degeneriren; und wir sagten immer, die Zelle hat einen trophischen Einfluß auf die Faser. Allein wir haben in letzter Zeit gelernt, daß der sogenannte centrale Stumpf, der mit der Zelle zusammenhängt, auch degenerirt, wenn die Faser durchschnitten wird.

Diese Erscheinung, welche wenigstens für eine Reihe von Fällen als vollkommen feststehend gilt, ist schwer zu erklären. Manche haben gesagt, die cellipetale Degeneration sei dadurch zu erklären, daß das ganze Neuron als solches eine Einheit bildet, dessen Integrität nicht gestört werden dürfe. Man hat diese Degeneration früher nicht gekannt, weil die Methode von MARCHI nicht bekannt war, welche über die ersten Anfänge eines Degenerationsprocesses in den Nervenfasern Aufschluß gibt. Ferner hat uns aber die Methode von NISSL gezeigt, daß auch die Zellen zu Grunde gehen bei Durchschneidung eines peripheren motorischen Nerven. Man hat sich den Zusammenhang auch in der Weise gedacht, daß man annahm, die Zelle, deren Nerv durchschnitten ist, habe ihr Endbäumchen nicht mehr und könne nun die sich immer an sie herandrängenden Reize nicht mehr los werden. Und das sei der Grund, warum sie functionell und anatomisch geschädigt würde. Auch das ist nur eine Hypothese, Thatsachen liegen darüber nicht vor. Die Degeneration vorderer Wurzelfasern nach Amputationen hat man sogar auf die entgegengesetzte Weise zu erklären versucht; man nahm an, die motorische Vorderhornzelle bedürfe zu ihrer Erhaltung gewisser von dem betreffenden sensiblen Nerven ausgehender Reize. Bei der Amputation des Gliedes seien diese weggefallen und daher degenerire auch die motorische Zelle mit ihrer Nervenfaser.

Wenn wir weiter übergehen auf die Frage, ob die functionirende Zelle sich von der ruhenden Zelle unterscheidet, so sind in dieser Richtung verschiedene Versuche gemacht worden, die Forscher aber nicht zu denselben Resultaten gelangt.

HODGE fand eine Schrumpfung des Kernes bei Zellen in der Function, Andere eine Vergrößerung des Kernes. Also das gerade Gegentheil. Immerhin ist der Hinweis gegeben, daß die functionirende Zelle auch anatomisch Veränderungen aufweist, die wir vielleicht später einmal genauer kennen lernen werden.

Die neueste Zeit hat uns auch eine Reihe von anatomischen Hypothesen, die Function der Nervenfasern betreffend, gebracht, auf die ich hier kurz eingehen muß. So hat CAJAL in einer Arbeit, die mir im Originale noch nicht bekannt ist, angegeben, daß die Endbäumchen der Neuronen bei geistiger Uebung und geistiger Arbeit zunehmen, sich vermehren. Vom Muskel wissen wir allerdings, daß er, wenn er geübt wird, stärker wird. Aber mit den Nervenzellen verhält es sich anders; ist ja doch die Arbeit eines Muskels in keiner Weise in Vergleich zu bringen mit der Thätigkeit einer Nervenzelle. Ich kann mir nicht gut vorstellen, wie aus einer Zelle, z. B. in der Hirnrinde, dadurch, daß ich mich geistig übe, neue Fortsätze herausgetrieben werden oder die bestehenden neue Theiläste erhalten können. Wo sollen denn diese neuen Sprossen unterkommen, nachdem für sie kein Platz vorhanden ist? Es hat wohl auch noch Niemand das Auswachsen solcher Fortsätze gesehen. Ich habe aber schon vor vielen Jahren darauf aufmerksam gemacht, daß die Nervenzellen an homologen Stellen des Centralnervensystems bei höheren Thieren eine relativ bessere Ausbildung aufweisen, welche sich namentlich durch die größere Anzahl der Fortsätze und die Reichhaltigkeit ihrer Verästelungen documentirt. Ich will also annehmen, daß ein Nervensystem, das zu höheren Leistungen befähigt ist, auch feiner organisirte Ganglienzellen mit zahlreicheren Fortsätzen aufweisen wird. Diese sind aber bereits in der Anlage vorhanden, und es ist nicht anzunehmen, daß sie sich erst später durch die Uebung entwickeln. Ich glaube, daß in der Ausbildung der nervösen Elemente die Anlage zu complicirteren Leistungen gegeben ist und nicht umgekehrt, daß erst durch höhere geistige Leistung die Structur der Elemente verfeinert, deren Fortsätze vermehrt werden.

Bereits vor längerer Zeit hat RABL-RÜCKHART angenommen, daß die Protoplasmafortsätze der Ganglienzellen amöboide Bewegungen ausführen können, und daß dadurch die psychischen Vorgänge zu erklären seien. Ein abgerissener Protoplasmafaden sei ein abgerissener Gedankenfaden. Dieser abgerissene Gedankenfaden ist in letzter Zeit wieder aufgenommen worden. DUVAL und LÉPINE sprachen die Meinung aus, daß die Endbäumchen im Schlafe sich retrahiren, daß dadurch der Contact der Neuronen untereinander unterbrochen oder erschwert werde und erklären damit den Schlaf. Selbstverständlich konnten die genannten Autoren diese Vorgänge nicht direct beobachten und stellten daher ihre Anschauung lediglich als Hypothese hin.

Ich möchte aber glauben, daß derartige Versuche durchwegs recht fruchtlos bleiben müssen; denn wenn wir uns den Vorgang bei der psychischen Thätigkeit klar machen wollen, läßt uns die Anatomie vollständig im Stich. Alles das, was wir als höhere geistige Thätigkeit, als Bewußtseinsvorgänge bezeichnen, das können wir anatomisch nicht mehr verstehen. Wir sehen dies z. B. recht deutlich bei den partiellen Amnesien, wie sie etwa in der Aphasie beobachtet werden. Hier reichen wir mit der Anatomie nicht mehr aus. Gegenwärtig gibt *uns* auch die feinste Anatomie für psychische Vorgänge keine genügenden Erklärungen, und so dürfte es wohl noch sehr lange bleiben. Etwas Anderes ist es mit der Physiologie. Ich bin der Meinung, daß dieselben Gesetze, die in der Physiologie für die anderen Organe gelten, auch für das Gehirn und für dessen Leistung Geltung haben, somit auch für die psychische Leistung. Aber bezüglich der Anatomie muß ich ernstlich davor warnen, zu große Hoffnungen auf dieselbe zu setzen. Es ist besser, wir gestehen nach dieser Richtung hin unsere Unzulänglichkeit ein.

Methode und Werth der Blutdruckmessung für die Praxis.

Von **Prof. S. R. v. Basch** in Wien.

(Schluß.)

Sie sehen, welche Kette von Betrachtungen sich an die Zahl, die Sie bei der Messung des Blutdruckes erfahren, knüpft. Sie sehen aber auch zugleich, wie diese Betrachtungen sich mit unseren therapeutischen Erwägungen so innig durchkreuzen und mit einander verknüpfen, daß die einen nur schwer von den anderen gesondert werden können.

Zum Aufbaue dieser Vorstellungen genügt allerdings die Messung allein nicht, hiezu gehört innige Vertrautheit mit dem wechselvollen Spiel der Reactionen des Herzens und der Gefäße. Wer die Kenntnisse dieser Reactionen erst mühsam aus seinem Gedächtnisse oder aus Büchern hervorholen muß, dem wird wohl diese Verknüpfung und ihre Verwerthung für die Praxis sehr schwer fallen. Er wird es vorziehen, ohne langes Kopfzerbrechen symptomatisch zu behandeln, d. i. unter Beachtung jener Symptome, die ihm in die Augen springen.

In der That, es geht auch so, das lehrt die Praxis, und es geht vielleicht gerade so gut, denn der ärztliche Instinct hilft über ungekannte Schwierigkeiten mit Leichtigkeit hinweg und die Erfahrung ist die beste und sicherste Correctur für begangene Irrthümer.

Daraus aber, daß es in der Praxis auch ohne Blutdruckmessung gut geht, darf man nicht folgern, daß sie unnütz, daß sie entbehrlich ist. Hier muß der Satz zur Geltung kommen: g u t ist g u t, aber b e s s e r ist b e s s e r. Und wenn die Kenntniß des Blutdruckes uns nur in einer kleinen Minderzahl von Fällen zu neuen Ueberlegungen führt, uns den richtigen Weg erkennen läßt, den wir in der Behandlung einzuschlagen haben oder uns davon abhält, schablonenmäßig zu verfahren, ja wenn die Kenntniß des Blutdruckes nicht mehr bietet, als daß sie eine sichere Art des Individualisirens ermöglicht, dann muß man schlechterdings ihren praktischen Werth anerkennen.

Der allgemeine praktische Werth der Blutdruckmessung besteht also, um es kurz zu wiederholen, darin, daß sie uns-

veranlaßt, uns eingehend über die Bedingungen zu informiren, welche die Zu- und Abflüsse des Blutes reguliren. Halten Sie sich doch vor Augen, daß das Herz mit seinen flüssigen Armen, den Blutgefäßen, sämmtliche Organe des Körpers umfaßt, und daß von der Art und Weise des Umfassens das Wohl und Wehe der einzelnen Organe abhängt. Ein enges, ich möchte sagen liebevolles Umfassen und Anschmiegen entspricht jener Harmonie, wie sie sich in der Gesundheit ausspricht.

Doch manchmal umklammern sie den Körper mit fester Gewalt, und manchmal wieder umarmen sie ihn nur ganz leise, so leise, daß er jeden Augenblick Gefahr läuft, ihnen zu entsinken. Der Blutdruck gibt uns eine Vorstellung über das Wirken der flüssigen Arme des Herzens und mit dieser Vorstellung ergeben sich wichtige Winke für unser Eingreifen in den Fällen, wo die Harmonie gestört erscheint und die Gefahr des Erdrückens oder des Loslassens herannaht.

Diesen allgemeinen Betrachtungen, welche, soweit ich sehe, wohl im Stande sind, die praktische Bedeutung der Blutmessung in das günstigste Licht zu stellen, will ich noch zum Schlusse einige specielle Betrachtungen über den Werth der Blutdruckmessung in der Praxis beifügen.

Unsere Aufgabe als Aerzte besteht nicht blos darin, schwer Kranke zu behandeln, wir müssen auch dem leichtesten Unwohlsein unsere volle Aufmerksamkeit widmen, ja noch mehr, der Arzt, der ganz von der Aufgabe seines schweren und verantwortungsvollen Berufes erfüllt ist, muß, wie der Erzieher die Entwicklung des Geistes, die Entwicklung des Körpers überwachen. In dieser Aufgabe unterstützt ihn sehr wesentlich die Blutdruckmessung. Durch den steten Vergleich erfährt er die normalen Grenzen des Blutdruckes, dem die verschiedenen Altersepochen entsprechen. Durch den Blutdruck erfährt man, wenn ich mich so ausdrücken darf, das wirkliche Alter desjenigen, der unserer Obhut anvertraut ist. Denn die Altersveränderungen des Herzens und der Gefäße halten nicht immer gleichen Schritt mit dem wirklichen Alter. Man kann alt sein mit einem jungen Herzen und weichen jugendlichen Gefäßen, und man kann jung sein mit einem alten Herzen und starren brüchigen Gefäßen. Denken Sie doch hier an den Nutzen, den Sie stiften, wenn Sie das frühe Altwerden bemerken und die Lebensweise, die dieses Altern verschuldet, ändern. Ihre volle Aufmerksamkeit wird aber nicht blos die Thatsache in Anspruch nehmen, daß der Blutdruck in Jahren stetig steigt, was auf eine Alterung der Gefäße hindeutet, Sie werden auch wachsam sein müssen, wenn Sie ihn stetig sinken sehen, denn es muß dadurch der Verdacht erweckt werden, daß allgemeine Ernährungsstörungen, durch tiefere Leiden bedingt, im Anzuge sind.

Derartige Erfahrungen macht man aber nicht in einem Zeitraum von einigen Wochen. Man muß sich Jahre lang mit der Blutdruckmessung beschäftigt haben, um der Ueberzeugung inne zu werden, wie wichtig es sei, die B i o g r a p h i e des Blutdruckes zu studiren.

In gleicher Weise werden die seltsamen Sprünge, die der Blutdruck macht, Ihr Interesse wachrufen und Sie werden dadurch aufgefordert, den Ursachen derselben gründlich nachzuforschen.

Das Alles gilt für scheinbar Gesunde. Bei wirklich Kranken — ich habe nur vorläufig die chronischen im Sinne — versteht es sich von selbst, daß Sie unausgesetzt den Zahlen folgen, die Sie die Messung kennen lehrt. Und nun erst da, wo Sie es mit ausgesprochenen Herzerkrankungen zu thun haben. Die genaue Beurtheilung der Entstehung, des Verlaufes, der Prognose und der Behandlung bei Herzerkrankungen halte ich ohne Blutdruckmessung überhaupt für unmöglich, zum Mindesten ist sie unvollständig. Zum größten Theile deshalb, weil ich Jahre lang Herzkranke unter steter Blutdruckmessung beobachtete, bin ich ein Gegner der Compensationslehre geworden, die ein Schema schafft, das der oberflächlichen Betrachtung genügt, aber nicht der eingehenden. Die Compensationslehre spricht geradezu dem wichtigsten Principe, dem des sorgfältigen Individualisirens, Hohn.

Durch die Blutdruckmessung schaffen Sie für jede Herzerkrankung sich ein bestimmtes Bild, eine bestimmte Vorstellung und indem Sie den einzelnen Fall an der Hand der Blutdruckmessung verfolgen, bekommen Sie einen Einblick in die verschiedenen Stadien einer solchen. Das ist etwas ganz Anderes, als wenn Sie sich mit der ganz allgemeinen Vorstellung Compensation, Compensationsstörung zufriedengeben.

Durch die Blutdruckmessung erweitern Sie aber den Begriff der Herzerkrankung. Sie beschränken ihn nicht auf die markanten Fälle von Krankheiten des Peri-, Endo und Myocardium, sondern Sie dehnen ihn weiter aus, indem Sie für jede Art von Erkrankung die Frage aufwerfen und zu beantworten suchen: Wie steht es hier mit dem Herzen und den Gefäßen und dem Kreislaufe überhaupt? Während also einerseits die Blutdruckmessung Ihre Aufmerksamkeit an den einzelnen Fall fesselt, erweitert sie zugleich Ihren Blick, sie lehrt Sie nämlich dort Circulationsstörungen finden, wo Sie sonst nicht gewohnt sind, sie direct zu suchen.

Hieraus erhellt ohne weiters, daß es praktisch wichtig sei, bei allen acuten Krankheiten den Verlauf der Blutdrucksschwankungen zu verfolgen.

Wohl könnte man die Messung des Blutdruckes hier entbehrlich halten, weil wir hier ja einerseits in der Temperatur, in der Harnuntersuchung, ein vortreffliches Maß für die Stoffwechselvorgänge besitzen, und weil andererseits das, was wir sonst am Kranken beobachteten, so markante Orientirungsmerkmale liefert, daß wir uns mit dem begnügen könnten, was der Finger über den Puls erfährt. Wenn wir aber bedenken, daß gerade die Art und Weise, wie die Circulationsorgane auf das Fieber reagiren, uns einen Einblick in die Schwere des letzteren gewähren, wenn wir ferner bedenken, daß einerseits die Hauptgefahr in dem Darniederliegen der Herzarbeit und andererseits die Aussicht auf Erhaltung des Organismus darin liegt, daß das Herz seine Contractionskraft bewahre, und daß die Gefäße nicht vollkommen erschlaffen, so werden wir kaum im Zweifel sein, daß wir wegen der Sicherung der Prognose stetig den Blutdruck messen sollen, und wäre es auch nur deshalb, um auch bei den kleinsten Schwankungen, über die uns der Finger nicht belehren kann, auf der Hut zu sein. Ich möchte hier daran erinnern, daß vor einer langen Reihe von Jahren ein rußischer Arzt, Dr. ARNHEIM, mittelst der Blutdruckmessung den Satz aufstellte, daß die Lysis sich schon 24 Stunden vor dem Temperaturabfall durch eine deutliche Drucksteigerung offenbare, und in letzter Zeit hat Dr. FRIEDMANN unter den Augen Prof. HEUBNER's gezeigt, daß man bei der Diphtheritis durch die Blutdruckmessung wichtige prognostische Anhaltspunkte gewinne. Die schwereren Fälle kennzeichneten sich durch ein sofortiges rapides Absinken des Blutdruckes, während bei den leichteren der Druck nur in geringem Grade absank.

Der allergrößte praktische Werth der Blutdruckmessung besteht aber, wie meine Erfahrung mich lehrt, darin, daß sie nicht nur die Diagnose Arteriosklerose gewährleistet, sondern daß sie sie in Stadien erkennen läßt, wo gar kein krankhaftes Symptom auf sie hinweist. Ich habe nach dieser Richtung in der Praxis die merkwürdigsten Ueberraschungen erlebt. Da ich mich schon über dieses Thema in meiner Abhandlung über latente Arteriosklerose ausgesprochen habe, kann ich dasselbe hier nur streifen.

Seit 13 Jahren ist mir der Sphygmomanometer ein treuer und bewährter Begleiter in der Praxis, der mich Manches gelehrt, mich vor manchem Irrthum geschützt, mich vor mancher Ueberraschung bewahrt hat.

Mit dieser meiner Ansicht stehe ich nicht vereinzelt. Abgesehen davon, daß bereits seit der Construction meines Sphygmomanometers, soweit mir bekannt geworden, 64 Publicationen meiner Methode gewidmet sind, hat auf der letzten Naturforscherversammlung Prof. v. ZIEMSSEN den Aerzten den

Gebrauch des Instrumentes am Krankenbette empfohlen. Hier in Wien mißt, so viel ich weiß, Herr Primarius Freiherr v. PFUNGEN sehr fleißig, ebenso Dr. FEDERN, der letzthin seine Erfahrungen und Ansichten in einer sehr interessanten Monographie niedergelegt hat.

So hoch ich auch die Methode der Blutdruckmessung halte, so muß ich doch davor warnen, daß man den Blutdruck als alleinige Richtschnur ärztlichen Handelns betrachte. Der Organismus ist keine Marionette, deren Thätigkeit allein von den Fäden der Gefäß- und Herznerven gelenkt wird. Die Blutdruckmessung soll nicht zur Einseitigkeit führen, sie soll vielmehr die Vielseitigkeit fördern helfen.

260 Radicaloperationen nach Bassini

nebst einer eigenen Methode der conservativen Vorlagerung des Leistenhodens.

Mitgetheilt von **Prof. C. Nicoladoni** in Innsbruck.

(Fortsetzung.)

Ueber Radicaloperationen der Hernien sind im Jahre 1893 und 1894 von deutschen Autoren zwei auf eine größere Anzahl von Fällen gestützte Publicationen erschienen: die Radicaloperationen der nicht eingeklemmten Hernien in der Berner Klinik von Dr. C. LEUW[3]) mit 123 Fällen und die Radicaloperationen der Hernien der Marburger Klinik von Dr. O. von BÜNGNER[4]) mit 84 Hernien. Von beiden Autoren wird die Complicirtheit des BASSINI'schen Verfahrens betont und an der Hand der eigenen Erfahrungen darauf hingewiesen, daß die Spaltung des Obliquus externus für eine erfolgreiche Radicaloperation nicht nothwendig sei. An beiden Kliniken wird nach diesen vorliegenden Berichten eine ziemlich gleiche Methode geübt, welche in Deutschland derzeit als KOCHER'sches Verfahren bezeichnet wird, das darin besteht, daß von einem parallel mit dem POUPART'schen Bande geführten Schnitte aus an der Apertura externa der rein bloßgelegte seröse Bruchsack stumpf vom Samenstrang und von der Wandung des Leistencanales losgelöst wird, in der Art, daß man mit dem Zeigefinger zwischen letzterer und dem Bruchsacke, d. i. zwischen Fascia transversa und Tunica vaginalis communis ablösend vordringt.

„Nun erfolgt die Eröffnung des Sackes. Ist Inhalt da, so wird dieser zu reponiren versucht. Liegt viel Netz vor, oder ist dieses degenerirt, so wird es mit seidenen Durchstichligaturen unterbunden, peripher davon abgetragen und der bewegliche Stumpf in die Bauchhöhle versenkt. Durch die Incisionsöffnung des Sackes geht nun der linke Zeigefinger des Operateurs in die Bauchhöhle vor, um etwa vordringende Bauchcontenta zurückzuhalten und während der Assistent den freigelegten Sack faßt und sehr stark herunterzieht, wird der Bruchsackhals so hoch wie möglich mit doppelten Seidenfäden, hart an der Zeigefingerkuppe vorbei, durchstochen und doppelt unterbunden, der Bruchsack peripher davon abgetragen. So ist die Durchstechungsligatur möglichst hoch angelegt und doch vor Abrutschen gesichert. Der Sackhals zieht sich bis hinter den inneren Leistenring zurück. Der Leistencanal ist jetzt ganz frei und wird in der Weise geschlossen, daß der linke Zeigefinger in denselben eingeht, die vordere Wand des Canals emporhebt, so daß die Nadel unter dem Finger und über dem zurückgedrängten Samenstrang durchgeführt werden kann, ohne den letzteren zu verletzen. Auf diese Weise wird an der inneren Bruchpforte anfangend in der ganzen Länge des Canals bis zur äußeren Pforte successive eine Reihe tiefgehender Seidenknopfnähte angelegt. Dadurch entsteht eine Naht, welche den ganzen Canal verengert; eine Methode, welche, im Gegensatze zu der von BASSINI und MAC EWEN, den Vortheil großer Einfachheit besitzt."

[3]) v. Langenbecks Archiv, Bd. XLVI, 1 H., 1893.
[4]) Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXXVIII, 6 H., 1894.

Ueber das an der Marburger Klinik geübte Verfahren Prof. KÜSTER's berichtet v. BÜNGNER:

„Nachdem die Bruchhüllen einschließlich des Bruchsackes in üblicher Weise durchtrennt sind, wird der Bruchinhalt reponirt, der Bruchsack gut isolirt, stark angezogen, möglichst hoch am Halse unterbunden, exstirpirt und der übernähte Stumpf versenkt. Darauf wird die Bruchpforte unter Leitung des Fingers durch tiefe, die ganze Dicke ihrer Pfeiler oder beiderseitigen Begrenzungen fassende Seiden- oder Silberdrahtnähte geschlossen. . ." Obwohl nun in dem über 48 Inguinalhernien sich verbreitenden Berichte in den Operationsbeschreibungen stets nur der Terminus: „Naht der Bruchpforte" oder der „Pfeiler der Bruchpforte" mit 2—6 Seidennähten gebraucht wird und nur einmal, im Fall Nr. 57, von einem Verschlusse des Leistencanales mit Seide die Rede ist, heißt es doch im letzten Abschnitte der S. 555: „Wir begnügen uns freilich auch nicht mit der Naht der äußeren Bruchpforte, sondern legen — wie KOCHER — tiefgreifende Nähte durch den ganzen Leistencanal hindurch, um ihn in seiner ganzen Länge, also nicht blos im Bereiche des äußeren, sondern namentlich auch im Bereiche des inneren Leistenringes zu verschließen." — Es folgt dann eine Beschreibung des dem KOCHER'schen ganz analogen Verfahrens der Anlegung der sog. „Canalnaht", von welcher KOCHER sagt: „Eine vollkommene Canalnaht des Leistencanales in ganzer Länge finden wir aber ausführbar, ohne daß derselbe aufgeschlitzt wird, und ohne daß der an Ort und Stelle bleibende Samenstrang ein Hinderniß bilden würde."

In beiden Abhandlungen, denen unser Sammelbericht unbekannt geblieben war, wird die Einfachheit des Verfahrens gegenüber dem complicirten Eingriffe der Methode BASSINI's hervorgehoben.

Nach den in beiden Berichten mitgetheilten Dauererfolgen unterliegt es keinem Zweifel, daß die KOCHER'sche Methode in den dort angewendeten Fällen das leistet, was man von einer Radicaloperation fordern kann. Es kommt ja bei einer solchen sehr viel auf die hohe Abbindung des Bruchsackes an, und die Autopsien von an intercurrenten Krankheiten Verstorbenen ergaben, daß es gelungen war, durch Anlegen von Ligaturen am weit hervorgezogenen Bruchhalse diesen ohne Hinterlassung einer trichterförmigen Vertiefung mit glatter Narbe zum Verschlusse zu bringen.

Es ist aber die Frage, ob dies immer gelinge? —

Mir macht es, nach meinen Erfahrungen, den Eindruck, daß diese Absicht nicht immer erreicht werden könne. Bei dem von mir befolgten BASSINI'schen Verfahren trachte ich den Bruchhals an seinem Ansatze am Peritoneum schön frei zu präpariren, bis zum Sichtbarwerden der Art. epigastrica; dann erst läßt sich der Bruchsackhals gut herausheben, so daß seinem Zuge selbst das benachbarte Peritoneum mitfolgt. Bindet man einen so entblößten Bruchsackhals ab, so zieht sich sein Stumpf, hinter der musculären Begrenzung der Apertura interna verschwindend, weit zurück und man hat derartig vorgehend die beruhigende Befriedigung, daß die innere peritoneale Bruchpforte glatt und straff geschlossen ist.

Die Mehrzahl der Bruchhälse läßt sich in der Nähe der Apertura interna gewöhnlich leicht vom Samenstrang und der Umgebung lösen; in einer geringeren Minderzahl jedoch ist die Losschälung schwieriger und es bedarf eines sorgsamen, recht sachkundigen Präparirens, um den Bruchsackhals bis zur Epigastrica hinauf so sauber freizulegen, daß man durch seine manchmal recht zarte Wandung die zurückgleitenden Intestina hindurchscheinen sieht.

Wenn man bedenkt, welch einer aufmerksamen, aber niemals complicirten oder übermäßig schwierigen, in meiner ersten Abhandlung geschilderten Präparirkunst es bedarf, um den ganzen Bruchsack bis an den Beginn seines Halses hinauf als leicht entleerbaren Schlauch frei zu bekommen, so kann ich mir nicht vorstellen, daß es immer gelingen müsse, durch starkes Anziehen des an der äußeren Bruchpforte bloßgelegten

serösen Sackes und durch wühlende Nachhilfe des in den Leistencanal eingebohrten Zeigefingers eine Arbeit zu leisten, welche zu ihrer sauberen Vollendung der scharfen Controle des Auges nicht leicht entrathen kann. — Wie oft ist der seröse Bruchhals gerade an seiner hinteren Partie und nicht blos bei jungen, sondern auch bei alten Hernien so ungemein zart, daß ich es nicht unternehmen möchte, eine Arbeit, die nur durch delicates Präpariren hart am deutlichst sichtbar gemachten Samenstrange zu lösen ist, im Dunklen mit dem Finger grabend zu verrichten.

Jede saubere und sichere Operationsmethode erzeugt ein lebhaftes Gefühl hoher Befriedigung. Die einfache Spaltung der Aponeurose des Obliquus externus und die des darunterliegenden Cremasters erleichtert sofort, unter freiem Einblick, das angestrebte Ziel, und ich muß gestehen, daß ich niemals in diesem Klarlegen des Operationsfeldes eine lästige Complication gefunden habe, sondern vielmehr trotz der oftmaligen Ausführung immer noch in der Ordnung und der Schönheit der Bassini'schen Methode einen hohen Genuß empfinde.

Und was soll mit den kleinen Hernien geschehen, welche noch im Leistencanal stecken, bei denen man keinen Bruchsack aus dem Scrotum, jenseits der Apertura externa herauspräpariren kann, um mit ihm den Hals weit vor diese Oeffnung hervorzuziehen und seine innere Pforte für die Ligatur erreichbar zu machen? Soll man interstitielle Hernien wegen dieses Umstandes nicht operiren, soll man sie warten lassen, bis sie scrotale geworden sind, um sie bequemer nach dem Schema operiren zu können? Sind sie vielleicht ihrem Träger weniger unangenehm und weniger gefährlich? Diese kleinen Hernien, bei denen die Lösung des Bruchsackes vom Samenstrange nach Spaltung des Obliquus externus gewöhnlich so anstandslos und schnell gelingt?

Ich habe nie angestanden, kleine Leistenhernien, die erst bei starkem Pressen und aufrechter Stellung zum Vorschein kommen, ihren Trägern aber schon lange durch gelegentliche leichte Einklemmungserscheinungen bemerkbar geworden waren, radical zu operiren und war meist befriedigt durch die glatte saubere Lösung der, so zu sagen, noch sehr compendiösen topographischen Verhältnisse.

Ich kann mir ferner nach meinen Erfahrungen nicht vorstellen, daß man in der nach obiger Angabe ausgeführten Canalnaht eine Methode befolge, die sich mit der sicheren Art des Vorgehens Bassini's entfernt vergleichen ließe.

Wie ärmlich und dünn ist ferner manchmal die fleischige Begrenzung des inneren Bruchringes, wie weit ist oft dieser! Wie sorgfältig muß man den tiefsten hinteren Rand des Poupart'schen Bandes in einer Falte zurechtrichten, um gegen diesen Halt die Musculatur des Obl. internus und transversus heranzuführen. Ist ihre Fleischmasse auch manchmal zart und schwach, so gelingt es doch durch abwechselnden Ein- und Ausstich einen genügend dicken zusammengeschobenen Fleischwulst in die Naht zu bekommen, der eine prächtige, starke, hintere Neuwand des Leistencanals bildet, mit der man seine Freude haben kann. Und wie schön schließt eine in knapper Nähe an die Apertura int. gelegte Naht die erwähnte Musculatur um den hervortauchenden Samenstrang ringförmig zusammen, ohne ihn zu drücken und seine Circulation zu gefährden!

Ich halte mich nicht für geschickt genug, einen solchen, die relativen Verhältnisse wiederherstellenden Verschluß im Finstern hinter dem im Leistencanal steckenden Zeigefinger, durch die uneröffnete Aponeurose des Obl. ext. hindurch auszuführen. Ich müßte fürchten, an der Apertura interna die Epigastrica oder das Peritoneum anzustechen und im weiteren Verlaufe des Leistencanales besorgen, von dem zurückgewichenen Fleische des Obl. int. und transv. nur wenig in die Nadel zu bekommen, so daß meine Canalnaht eigentlich nur durch Bildung einer stehenden Falte des Obl. externus den Leistencanal verengern würde. Von einer Heranziehung des Poupart'schen Bandes als Fixation für diese blinde Naht kann doch nicht ernstlich die Rede sein. Wer würde es wagen, blindlings in die Tiefe dieses Bandes zu stechen, dessen Rand man auf's Deutlichste freigelegt haben muß, bevor man ihn ohne Gefahr für die großen Gefäße in die Bassini'sche Muskelnaht fassen darf.

Allen diesen Bedenken begegnet auf's Einfachste das Verfahren des Paduaner Chirurgen, welches anscheinend complicirte Aufgaben in einer so klaren Anatomie, ohne besonderen Aufwand von Mühe und Zeit löst. Es gelingt bei einiger Uebung eine selbst große Leistenhernie von gewöhnlichen Verhältnissen in $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden zu bewältigen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

G. Ledderhose (Straßburg i. E.): Ueber Folgen und Behandlung von Fingerverletzungen.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf gewisse, nach Fingerverletzungen häufig vorkommende Veränderungen der Fingerhaut, die er im Allgemeinen unter dem Begriff „Glanzhaut nach Fingerverletzungen" im Gegensatze zur Glanzhaut nach Nervenverletzungen (Glossy skin), nach Lähmungen, bei Sklerodermie, Syringomyelie etc. zusammenfaßt (Sammlung kl. Vortr. Nr. 121). Diese Veränderung ist um so wichtiger, als sie in der Regel mit schweren Functionsstörungen, besonders Gelenksteifigkeit, einhergeht.

Die Glanzhaut der Finger kann in verschiedener Form auftreten: Die Finger sind erheblich abgemagert, die Haut ist glatt, glänzend, stark verdünnt, blaß, in dünnen Falten abhebbar — atrophische Glanzhaut; oder es besteht Zunahme des Fingerumfangs, die glänzende Haut ist rosa oder blauroth gefärbt, leicht geschwollen und läßt sich nur unvollkommen oder gar nicht in Falten aufheben — hypertrophische Form; oder es besteht endlich wohl Abmagerung der Finger, die Haut ist aber außer durch Glätte und Glanz durch auffallende Spannung und Derbheit ausgezeichnet — sklerotische Glanzhaut. Wenn sich auch diese verschiedenen Formen in vielen Fällen gut differenziren lassen, existiren doch zahlreiche Uebergänge. Die Glanzhaut ist im Allgemeinen von den am Periphersten gelegenen Theilen der Finger am deutlichsten ausgeprägt und nimmt nach der Basis der Finger hin ab. Sie geht in der Regel mit Schmerzen in den erkrankten Fingern einher, welche oft einen ausgesprochen neuralgischen Charakter haben und sich auf die Armnerven erstrecken.

Histologische Untersuchungen der hypertrophisch-sklerotischen Glanzhaut an 16 intra vitam durch Amputationen und Exarticulationen gewonnenen Fingertheilen ergaben hypertrophische und sklerotische Veränderungen der Haut mit ausgesprochener Endarteritis, als deren Ursache Verf. für die Fälle von verstümmelnden Verletzungen Circulationsstörungen durch mit dem Knochenstumpf adhärente Narben ansieht, wozu noch chronische, entzündlich-hypertrophische Processe in der Umgebung der nur langsam vernarbenden Wunde kommen. Endlich trägt eine zu lange fortgesetzte Fixation des betreffenden Fingers nicht wenig zur Entstehung chronischer Circulations- und Ernährungsstörungen bei. Aehnliche Verhältnisse bestehen bei Panaritien und Phlegmonen.

Die atrophische Glanzhaut findet man in besonders ausgesprochener Form als Folge von Inactivität, zumal nach lange fortgesetzter Fixation durch Verbände. In fünf hiehergehörigen Fällen konnte histologisch die vorwiegende atrophische Umwandlung der Haut constatirt werden.

Was die Prognose der Glanzhaut nach Fingerverletzungen betrifft, so lehrt die Erfahrung, daß eine theilweise oder vollständige Rückkehr zur Norm häufiger und leichter eintritt, als man erwarten sollte, wenn auch oft erst nach langer Zeit. Sobald die Ursachen der Erkrankung, wie Narben und Entzündungen, beseitigt sind, sieht man oft, vorausgesetzt daß der Proceß der Glanzhaut nicht bereits zu weit fortgeschritten war, schnellen Rückgang der Erscheinungen und Beschwerden. In anderen Fällen erfolgt trotz Fortbestehens der wirksamen Ursachen in allerdings meist sehr langer Zeit Rückkehr zur Norm. In einer ganzen An-

zahl von Fällen besteht die sklerotische Glanzhaut während des **ganzen Lebens** fort und erzeugt dauernd die charakteristischen **Beschwerden**. In ähnlicher Weise gestaltet sich die Prognose der **atrophischen** Glanzhaut.

Da für das Zustandekommen der Glanzhaut die ungenügende **Hautbedeckung** des Stumpfes, die dabei kaum vermeidliche lange **Entzündung**, die Fixation durch Verbände, sowie gewisse Folgezustände der Narbe in Betracht kommen, verwirft Verf. vom prophylactischen Standpunkte das übertrieben conservative Verfahren bei **Fingerverletzungen**. Besonders der arbeitenden Classe bringt das so gerühmte conservative Verfahren keinen Vortheil, sondern nur **Schaden**, nämlich schwere functionelle Störungen. Als Grundsatz müsse vielmehr gelten, dem Knochen adhärente Narben zu **vermeiden** und dafür zu sorgen, daß die Knochenstümpfe mit reichlicher normaler Haut und Subcutangewebe bedeckt werden. Für die Vermeidung der Glanzhaut ist ferner ein möglichst aseptischer Verlauf der Fingerverletzungen und Wunden von großer Wichtigkeit. Endlich legt Verf. gebührendes Gewicht auf die Nachtheile einer überlangen Fixation durch Verbände und Schienen, welche nirgends soviel Schaden stiftet, wie gerade an den Fingern. Ba.

MYNTER: **Abdominalsarcom, geheilt mittelst Injectionen von Erysipeltoxin.**

Ein 12jähriges, gesunden Eltern entstammendes Mädchen klagt seit fünf Monaten nach einem erlittenen Trauma über heftige Schmerzen und Schwellung in der linken Inguinalgegend. Bei allmäliger Zunahme der Schwellung, welche sich in's Abdomen zog, kam Pat. immer mehr herunter. Schließlich stellten sich Fieber, Dyspnoe, Appetitlosigkeit ein, die Beine wurden ödematös. Es wurde nun eine Paracentese, aber ohne Erfolg gemacht. M. (Medical Record, 1895), zum Consilium gerufen, fand Pat. hochgradig dyspnoisch, stark abgemagert. Lunge und Herz zeigten nichts Abnormes. Das colossal aufgetriebene Abdomen schien freie Flüssigkeit und einen festen Tumor zu beherbergen, wahrscheinlich eine maligne Dermoidcyste. Er rieth daher zur Probelaparotomie, zu welcher auch gleich geschritten wurde. Nach Eröffnung des Abdomens stürzte eine große Quantität chocoladefarbiger Flüssigkeit heraus, worauf ein mit Peritoneum, Mesenterium, Coecum und den Beckenorganen verwachsener, inoperabler Tumor zum Vorschein kam, von dem unter heftiger Blutung ein Stück behufs mikroskopischer Untersuchung excidirt wurde. Naht der Bauchwunde bis zum Jodoformgazestreifen, welcher zur Incisionsstelle des Tumors führte.

Gelegentlich des nach drei Tagen vorgenommenen Verbandwechsels wird die Jodoformgaze mit einem Drain vertauscht. Am selben Tage wurden zum ersten Male 5 Ccm. Erysipeltoxin injicirt. Schon in der ersten Woche nach diesen täglich fortgesetzten Injectionen stießen sich größere necrotische Gewebsfetzen ab, so daß das Drain entfernt werden mußte. Die Injectionen wurden fortgesetzt, bis ein completes Verschwinden des Tumors und eine vollständige Genesung der Pat. erfolgte.

Der mikroskopische Befund des excidirten Stückes lautete auf reines Sarcom. J. F—r.

S. CHOLMOGOROFF (Moskau): **Die vaginale Totalexstirpation des Uterus.**

CH. berichtet über 35 Totalexstirpationen, welche in der Moskauer Gebäranstalt ausgeführt wurden. Mit Ausnahme eines Falles, in welchem eines Fibroms wegen der Uterus per vaginam exstirpirt wurde, gaben maligne Neoplasmen (meist Cervixcarcinom) die Indication zur Operation. In ausführlichen Tabellen (VOLKMANN's Sammlung, Nr. 108) sind die einzelnen Fälle übersichtlich geordnet. Alle Patientinnen genasen von dem Eingriffe bis auf eine, welche an Embolie zu Grunde gegangen zu sein scheint, als sie schon die Anstalt verlassen sollte. Was die Dauererfolge anbelangt, so waren 2 Operirte noch nach 4 Jahren, 1 nach 3 Jahren, 3 noch nach 1 Jahr und 4 noch nach 5 Monaten post operationem recidivfrei. Dagegen traten Recidiven 1mal nach 2 Monaten, 2mal nach 3 Monaten und 4mal nach 6 Monaten auf.

Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt CH. schließen zu dürfen, daß die Totalexstirpation zu den fast ungefährlichen Operationen gerechnet werden dürfe. Sie sei daher nicht nur bei malignen Tumoren auszuführen. Auch kleine, blutende Myome und sonstige profuse Blutungen auf unerklärter Basis können als Indication gelten, wenn alle anderen Mittel fehlschlagen. Läßt der Uterusprolaps sich durch andere Verfahren nicht beseitigen, so sei auch hier die Totalexstirpation am Platze als ultimum refugium.

C. BREUS.

Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. Nach den Ergebnissen meiner 24jährigen statistischen Beobachtung. Von **Dr. Friedrich Bezold**, Professor der Ohrenheilkunde an der Universität München. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Zu den fleißigsten und tüchtigsten Arbeitern auf dem Felde der Ohrenheilkunde zählt BEZOLD schon seit langen Jahren. In dem uns hier beschäftigenden Werke zeigt der Autor die Summe seiner 24jährigen Thätigkeit als Ohrenarzt. Das Beobachtungsmaterial, das dem Buche zu Grunde liegt — es umfaßt mehr denn 20.000 Fälle — ist in Anbetracht seiner gründlichen Verwerthung als ein sehr großes zu bezeichnen.

Es ist kein ermüdender Bericht, welchen endlose Zahlencolonnen ausfüllen, sondern seine Zahlen führen eine beredte Sprache, weil ihnen der Verfasser einen klaren Commentar leiht. Fast über alle Capitel der Otiatrie wirft dieser Bericht helle Lichter. Darum wird ihn auch der Nichtspecialist mit vielem Nutzen lesen und aus dem reichen Erfahrungsschatze, den er birgt, so manches für die tägliche Praxis Verwendbare sich zu eigen machen.

EITELBERG.

Feuilleton.

Das Bad Ilidže in Bosnien.

Discussion in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener med. Doctoren-Collegiums" am 1. April 1895.

(Schluß.)

Hofrath Prof. E. LUDWIG:

Obwohl Herr Director Dr. KOBLER schon alles Wesentliche über die Therme und die sonstigen Curmittel in Ilidže mitgetheilt hat, so will ich doch, da ich mich seit mehreren Jahren eingehend mit Untersuchungen beschäftigt habe, die sich auf Wässer in und um Ilidže und auf den dort verwendeten Moor beziehen, noch einige Bemerkungen anschließen.

Das Thermalgebiet von Ilidže ist sehr ausgedehnt und im Stande, mächtige Wassermassen zu liefern; man erhält davon eine Vorstellung, wenn man die immensen Sintermassen sieht, welche das Thermalwasser im Laufe der Zeit abgesetzt hat, welche in Form und Bildung dem Karlsbader Sprudelstein zu vergleichen sind. Zweifellos haben, wie durch die in letzter Zeit bei Ausgrabungen gemachten Funde beweisen, die Römer das Thermalwasser von Ilidže in großem Maßstabe zu Badezwecken verwendet.

Vor etwas mehr als zwei Jahren ist es gelungen, durch rationelle, auf Grund wissenschaftlicher Forschung basirte Arbeiten eine mächtige Ader des Thermalwassers zu erschließen, welche nun ungefähr 10.000 Hektoliter Wasser von 57° C. in einem Tage liefert. Der Eindruck, welchen die großen Wassermengen der neuen Quelle und der mit denselben zu Tage tretenden Kohlensäuremassen machen, ist ein geradezu überwältigender. Die Ilidžer Therme gehört zweifellos zu den großartigsten Naturerscheinungen ihrer Art.

In der Nähe von Ilidže kommen auf einem vulcanischen Terrain noch eine große Anzahl anderer zum Theile warmer, zum Theile kalter Quellen vor, von denen eine und die andere durch einen ganz beträchtlichen Eisengehalt ausgezeichnet ist. Auch ausgedehnte Moorlager finden sich daselbst. Ein ganz vortrefflicher Moor,

der zu den Bädern in Ilidže verwendet wird, kommt aus der quellenreichen Gegend von Žepče, einer an der Bosnabahn gelegenen Stadt. Dieser Moor zeichnet sich ganz besonders durch die Feinheit seiner Partikelchen aus; er kann mittelst der Eisenbahn leicht nach Ilidže transportirt werden.

Ilidže ist auch reich an reinem, gesundem Trink- und Nutzwasser, und da ferner ein klarer Gebirgsbach an Ilidže vorüberfließt, so war auch die Anlage eines großen Schwimmbades möglich, das im Sommer außerordentlich frequentirt wird.

Man sieht also, daß Ilidže alle Bedingungen für einen Curort in sich schließt, da überdies das Klima gut und der Wald in der Nähe ist.

Die Einrichtungen der Bäder, die Zuleitung des Thermalwassers, die Anlage von Kühlbassins, das Alles ist auf das Rationellste durchgeführt.

Wer Ilidže in seiner heutigen Verfassung sieht, wie es sich als eine Schöpfung Sr. Excellenz des Herrn Reichs-Finanzministers v. Kallay darstellt, wird die Ueberzeugung gewinnen, daß hier etwas Großes zum Heile der Menschheit geschaffen wurde und daß Ilidže mit seinen heutigen Einrichtungen den besten Curorten würdig an die Seite gestellt werden muß.

Hofrath Prof. I. Neumann:

Einen besonderen Ruf in der Therapie der Syphilis, zumal wenn die Krankheit vorher mit Quecksilber behandelt wurde, genießen von Alters her die Schwefelthermen. Man unterscheidet kalte und warme. In die erste Gruppe gehören z. B. Abbach in Niederbayern, Alvaune, 5 Stunden von Chur, Flühli im Canton Luzern, Bentheim in Hannover, Eilsen in Schaumburg-Lippe; doch werden die kalten wegen ihrer geringen Wirksamkeit selten therapeutisch gebraucht. Unter den warmen sind die bekanntesten die Quellen von Aachen mit einer Temperatur von 45—55° C. In Aachen, welches derzeit gewiß die Führerrolle übernommen, wohin jährlich Tausende Kranke aus aller Herren Länder ziehen, werden die Bäder mit Douchen, Massage und Dampfbädern verbunden, ebenso stehen Dampfkästen in Verwendung, welche direct von den Quellen eingeleitetes Schwefelwasserstoffgas enthalten.

Warme Schwefelquellen besitzt ferner das schon den Römern bekannte Baden bei Wien (27—35° C.), Baden bei Zürich (48°), das Kaiserbad bei Budapest (27—64°), ferner Herkulesbad, welches seinen Namen von der glücklichen Cur eines Feldherrn erhalten, der dort wahre Herkuleskraft gewonnen haben soll.

Ehedem war man der Ansicht, daß die Schwefelbäder gewissermaßen den Probirstein für die völlige Heilung der Syphilis abgäben; das Syphilisvirus sei an Quecksilber gebunden und werde durch die Einwirkung des Schwefels aus seiner Verbindung wieder frei. Diese Ansicht erscheint jedoch weder durch Erfahrung, noch durch die Theorie gestützt. Im Gegensatz hiezu räth Richter in seiner Arzneimittellehre (1828) davon ab, Mercur und Schwefel bei der Behandlung Syphiliskranker gleichzeitig anzuwenden, da dadurch die Wirkung des Hg nur abgeschwächt werde, eine Ansicht, welcher Behrend unter Hinweis auf die Erfolge der Aachener Thermen bei Syphilis widerspricht. Baizeau (1854) sprach sich in der Pariser Akademie dahin aus, daß Schwefelbäder syphilitische Hautexantheme oft beseitigen, manchmal aber verschlimmern, ja hie und da Syphilissymptome hervorrufen; gegen Mercurialkachexie seien sie wirksam, und insbesondere hätten sie in Verbindung mit anderen antisyphilitischen Mitteln eine raschere Wirkung.

Neuere Autoren haben den Schwefelquellen die Eigenschaft zugeschrieben, daß sie den Stoffwechsel erhöhen und den Organismus befähigen, während ihres Gebrauches weit größere Gaben von Quecksilber in sich aufzunehmen, wodurch dann die Heilung der Krankheit rascher erfolge und eine definitive sei. Diese Annahme wird jedoch durch die Thatsache widerlegt, daß das Quecksilber über eine gewisse Menge von der Haut aus nicht resorbirt wird, da eine eventuell angewandte größere Menge desselben an den Mündungen der Drüsen sich ansammelt, mit dem Schwefel eine unlösliche Verbindung eingeht und in Folge dessen in den Organismus gar nicht eindringen kann. Dagegen lehrt die Erfahrung, daß eine Saturation gegen Quecksilber einzutreten pflegt, welche jede weitere Anwendung dieses Mittels erfolglos macht. Nach einem mehr oder minder langen Zeitraum schwindet diese Saturation spontan und es läßt sich dann mit kleineren Dosen Mercurs ein größerer Erfolg erzielen, als früher mit den großen Dosen. Diese Saturation soll durch den Gebrauch der Schwefelthermen beseitigt werden können. Wenn hiefür der einwandfreie Beweis geliefert würde, dann hätten wir in den Schwefelthermen eine werthvolle Bereicherung der therapeutischen Mittel gegen die Lues.

Wenngleich die theoretischen Voraussetzungen nicht zu Gunsten jener Ansicht sprechen, lehrt doch die Erfahrung, daß die Schwefelbäder bei einzelnen Formen der Syphilis gleichwie bei manchen nicht syphilitischen Erkrankungen von eminenter Wirkung sind. Hieher gehören namentlich die syphilitischen Affectionen der Gelenke, der Muskeln, der Sehnen, der Schleimbeutel, die universelle Drüsenschwellung, insbesondere in jenen Fällen, wo der ungünstige Verlauf der Syphilis durch eine scrophulöse Diathese beeinflußt ist. Aeußerst wirksam erweisen sich nach meiner eigenen Beobachtung die Schwefelthermen gegen die mit rheumatoiden, bisweilen äußerst heftigen Schmerzen, Unbeweglichkeit, ja sogar spastischen Contracturen verbundenen syphilitischen Muskelentzündungen, sowie bei jenen Gelenksaffectionen, welche in Gestalt der deformirenden Gelenksentzündungen auftreten, wo auch der rein thermische Einfluß in die Wagschale fällt und, wie bei allen Badecuren, die besseren hygienischen Bedingungen, Aufenthalt in guter Luft, gute Nahrung bei geregelter Diät, Möglichkeit ausreichender Bewegung im Freien und zweckmäßige Pflege in Betracht kommen. Daß hiebei, durch die verschiedenen Proceduren, wie Douche, Massage, Kneten und Reiben der Haut, die Resorption vorhandener Krankheitsproducte unterstützt und befördert wird, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Von nicht luetischen Affectionen sind es namentlich chronische Eczeme, Prurigo, Ichthyosis, Lupus, Lichen scrophulosorum, auf welche die Schwefelthermen günstig einwirken. Ihre Wirkung ist zum Theil eine rein specifische, worauf ich bereits vor Jahren, als der causale Zusammenhang zwischen Scrophulose und Tuberculose mit Lupus noch nicht anerkannt war, hinwies, zum Theil eine rein chemische durch Maceration der Epidermis und Resorption der in die Haut gesetzten Entzündungsproducte.

Immerhin wird man außer diesen Kranken unter den Besuchern eine große Zahl solcher finden, welche (im Sinne der früher sehr verbreiteten Ansicht) etwaige latente Reste von Lues an die Oberfläche bringen zu können glauben. So Syphilophoben, Hypochonder, Heiratscandidaten etc. Sie kommen ohne Syphilissymptome in's Bad, machen alle Proceduren durch, um, wenn nach 4 Wochen nichts zum Vorschein gekommen, beruhigt ihre weiteren Ziele zu verfolgen, insbesondere die Ehecandidaten mit Beruhigung in die Ehe zu treten.

Haben wir somit die Wirkung der Schwefelquellen in wenigen Worten skizzirt, und zwar in der wichtigsten, der Syphilis und anderen Hautkrankheiten gegenüber, möchten wir die Aufmerksamkeit der Aerzte auf einen Badeort lenken, der in jüngster Zeit, eminenten Thätigkeit der Verwaltung unseres Occupationsgebietes, dank der dem europäischen Verkehr eröffnet worden ist.

Wir haben nämlich durch die Untersuchungen Hofrath Prof. Ludwig's und durch eigene Anschauung eine neue höchst wirksame Schwefeltherme in Ilidže in Bosnien kennen gelernt, die alle Bedingungen und alle Anforderungen, die an eine wirksame Schwefeltherme und einen modernen Curort gestellt werden können, vereint. Das Wasser tritt in einem mächtigen Strahle an die Oberfläche in einer Tagesmenge von 13.800 Hektolitern. Die Temperatur beträgt, an der Austrittsstelle gemessen, 58°; dieselbe muß mithin im Vergleich mit dem Wärmegrad der bekannten Schwefelthermen als eine sehr hohe bezeichnet werden. Der Schwefelgehalt ist ein beträchtlicher; zu Trinkcuren ist das Wasser um so mehr geeignet, als es freien Schwefelwasserstoff nur in geringer, Glaubersalz, Chloride und Bicarbonate des Calciums und Magnesiums dagegen in großer Menge enthält. In Anbetracht dieser Vorzüge wird der Curort anderen Schwefelbädern nicht nur gleichgestellt, sondern in vielen Fällen über dieselben gestellt werden müssen. Moorbäder und andere Cur-

behelfe, als Massage, elektrische Bäder, Milchcur, vervollständigen den Heilerfolg des Curortes, welchem auch eine herrliche Lage und ein günstiges Klima schon eine Zukunft prognosticiren lassen.

Erwägt man weiters, daß die Syphilis und zahlreiche Hautkrankheiten eine beträchtliche Abnahme des Blutfarbstoffes bis zu 35 in ihrem Gefolge haben, so wird Ilidže auch durch seine Moorbäder gewiß nicht ohne günstigen Einfluß auf den Verlauf dieser Affectionen bleiben.

Prof. R. Chrobak:

Nach den Darstellungen meiner verehrten Vorredner erscheint es fast müßig, noch etwas bemerken zu wollen; doch fühle ich mich zu solchen Bemerkungen geradezu verpflichtet, da ich von dem Standpunkte des nüchtern beurtheilenden Arztes aus die Güte der Sache zu bestätigen im Stande bin. Freilich bin ich nicht in der Lage, Ziffermäßiges vorzubringen, weil ich erst gestern erfuhr, daß über Ilidže gesprochen werden würde.

Vor vielen Jahren hat mich mein verehrter Freund Ludwig auf das in colossaler Menge in Srebrenica hervorquellende Arsen-Eisenwasser aufmerksam gemacht, welches heute unter dem Namen „Guber"quelle eine hervorragende Stelle einnimmt. Ich habe gleich damals die Vorzüge dieses Wassers schätzen gelernt und seit dieser Zeit habe ich mit Interesse die Aufschließung des so großen Mineralwasserschatzes von Bosnien verfolgt. Nunmehr kann ich wohl behaupten, daß ich über die früher erörterten Verhältnisse orientirt bin, weil ich oft Gelegenheit hatte, die Heilerfolge von Ilidže an Kranken zu beobachten, weil ich aber auch selbst dort war und einige Tage da verlebte, die zu den interessantesten und genußreichsten meines Lebens gehörten.

Ueberwältigend ist der Eindruck, den die riesige, aufbrodelnde Wassermasse erzeugt, welche aus einem 5 Meter im Durchmesser haltenden Schachte hervorquillt, größer war dieser Eindruck bei mir als bei dem Karlsbader Sprudel — so ähnlich, natürlich noch großartiger, muß der Geyser in Island sein.

Gestatten Sie einem wohl ziemlich Erfahrenen in wenig Worten eine Meinung über die Indicationen zu Bädern in der Behandlung von Frauenkrankheiten auszusprechen, so lautet diese dahin, daß zwei Hauptgruppen von Anomalien sich für Bäder eignen: die herabgekommenen, durch Blutverluste geschwächten, anämischen, die chlorotischen, überreizten und überarbeiteten Menschen und dann Jene, welche an chronischen Entzündungen und ihren Folgen leiden. Für die eine und die andere Gruppe sind gewisse Heilpotenzen nothwendig, doch kommt es dabei viel weniger auf die feinen Unterschiede dieser Potenzen an, als auf das, was d'rum und d'ran ist, auf die Möglichkeit, verschiedene Einwirkungen gleichzeitig oder abwechselnd geschehen zu lassen, ferner auf das Klima, die Höhenlage, auf die Gesellschaft, auf die Lebensgewohnheiten im Bade, auf die all dies berücksichtigende ärztliche Leitung etc. So haben für mich manche Bäder mit fast gleichen Heilmitteln ganz verschiedene, stricte Indicationen und Contraindicationen — ich nenne da z. B. nur Franzensbad und Marienbad.

Nicht leicht hat irgend ein anderer Ort — ich kenne wenigstens keinen — so verschiedene Heilpotenzen zur Verfügung, wie Ilidže, das, annähernd unter gleichem Breitegrade wie Florenz gelegen, zu gleicher Zeit durch einen italienischen Himmel und durch die Vorzüge des alpinen Klimas entzückt.

Was aber diese Heilmittel selbst anlangt, so entsprechen dieselben in hervorragender Weise den eben angeführten Krankheitsgruppen, welche die kräftigende, roborirende und die resorbirende Behandlung verlangen.

Haben uns die verschiedenen Arbeiten über Bäder sehr werthvolle Annahmen, doch noch keine für alle Fälle genügende Erklärung ihrer Wirkung gebracht, so steht es bei mir fest, daß die Akratothermen, wie auch die Schwefelbäder, bei denen ich von der Wirkung des Schwefels absehen will, in Rücksicht auf die Resorption einen ersten Platz einnehmen. Und neben diesen mit elementarer Gewalt aus dem Erdboden strömenden Quellen finden sich gleich die Heilmittel für die andere Gruppe: die Eisenmoorbäder und Eisentrinkwässer.

Sind, wie schon Hofrath Ludwig hervorgehoben hat, die Badeeinrichtungen für das Ilidžer Wasser vorzüglich, so gilt das Gleiche für die Moorbäder. Ich habe dieselben selbst versucht; sie sind in hervorragend zweckmäßiger Weise eingerichtet und auch so elegant ausgestattet, daß ich, der ich viele Moorbäder kenne, wohl behaupten kann, dieselben stellten sich in gleiche Reihe mit unseren besten Moorbädern. Ueber die Eigenschaften des Moores von Zepče ist Ihnen ja heute auch schon berichtet worden; dasselbe läßt sich sehr gut und vollkommen verarbeiten; der einzige Unterschied gegen andere Moorbäder bestand darin, daß weniger kohlensäurereiches Wasser zum Anmachen des Bades verwendet wurde, ein Unterschied, der aber wegfällt, sobald das Wasser der Eisenquelle hiezu gebraucht wird.

Erlauben Sie mir noch mit Beziehung auf das, was ich über die äußeren Verhältnisse der Bäder gesagt habe, zu bemerken, daß ich auch in dieser Richtung Ilidže ein günstiges Prognostikon stelle. Trotz meiner wiederholten Abmahnungen haben sich in so manchen Bädern Gewohnheiten bei verschiedenen Collegen eingestellt, die geeignet sind, die Bäder zu discreditiren, ja viele derselben sind schon unheilbar discreditirt worden. Ich habe die sichere Hoffnung, daß jene zielbewußte, starke Hand, welche in die Geschicke Bosniens eingriff, ebenso wie der Umstand, daß jene jüngeren, tüchtigen Collegen, welche, am Landesspitale in Sarajevo wirkend, wohl eine gewisse Ingerenz auf die ärztliche Führung von Ilidže haben, es verhüten werden, daß auch hier eine solche Discreditirung des Bades Platz greife.

Ich will auch hoffen, daß Ilidže der Bestimmung erhalten bleibe, für die es von der Natur in so hervorragender Weise prädestinirt ist, daß es ein wirkliches Heilbad sei, von dem ich wohl aussagen zu können glaube, es bedürfe nur noch mehrfacher Verbindungen, um dasselbe für die östlichen Länder zu einem Segen, vielleicht in absehbarer Zeit zu einem Weltbade zu gestalten.

Docent R.-A. Dr. J. Habart:

M. H.! Als Militärarzt hatte ich Gelegenheit, Bosnien und Hercegovina durch mehrjährigen Aufenthalt kennen zu lernen und habe kurz nach der Einnahme von Sarajevo durch die k. und k. Truppen im Jahre 1878 in der kaum eine Stunde von dem Orte Ilidže gelegenen Villa des Doy Aga Čengić, welche von Insurgenten geplündert und hierauf zur Etablirung einer Section des Feldspitales Nr. XV ausersehen worden ist, als Chirurg gewirkt. Wir standen damals unter dem Eindrucke der erfochtenen Siege und hatten mit der Unterbringung von Verwundeten und Kranken vollauf zu thun, nachdem die Evacuation derselben auf den grundlosen Straßen nicht den erwünschten Erfolg hatte. Es war ein glücklicher Gedanke, diese Gegend für ein Feldlazareth ausgenützt zu haben, welche, reich an gutem Trinkwasser, üppigen Wiesen und fruchtbaren Feldern, diesem Zwecke vollkommen entsprach. Der kleine Friedhof hinter der Villa beherbergt die Helden aus den Gefechten von Visoka, Sarajevo, Mokro und Bandin Odžiak, welche während des Transportes oder kurz nach der Spitalsaufnahme ihren Wunden erlegen sind, während der größte Theil der Schwerblessirten geheilt wurde, in Folge des strengen Winters 1878—79 aber nicht gänzlich abtransportirt werden konnte. Da ich gleichzeitig den ärztlichen Dienst bei den Artillerie-Batterien im Dorfe Ilidže und Bačić versah und nach einem günstig geheilten Blasenleiden bei einem Popen bald von der Bevölkerung der Umgebung — sowohl Türken als auch Christen — zu Rathe gezogen wurde, so fand ich hinlängliche Gelegenheit, aus dem Volksmund die Eigenthümlichkeiten von Ilidže kennen zu lernen. Hat man Kobila glava überschritten, so liegt das viel besungene Sarajevsko polje vor uns, welches von kleinen Hügelketten umsäumt wird, in deren Hintergrunde der bewaldete Igman sein Haupt erhebt. Während an der einen Lehne desselben die Ortschaft Blažuj sich ausbreitet und ostwärts die Bosnaquelle aus den Tiefen mit mächtigem Sprudel hervorstürzt, schlängeln sich Miljačka und Železnica in der Ebene wie Silberadern, und zwischen diesen drei Flüssen liegt Ilidže, von dem allerlei Sagen in der Bevölkerung herrschen. In den unterirdischen Höhlen soll hier ein Schatz begraben sein, den schon die Römer zu heben bemüht waren, und hier, wo einstens mächtige Türkenschaaren lagerten,

stand 1878 ein armseliges türkisches Gendarmerie-Wachhaus, während die hier zu Tage tretenden heißen Schwefelquellen sofort unsere Aufmerksamkeit fesselten. Man bemerkte brunnenartige Vertiefungen, in denen unsere Artilleristen und Sanitätssoldaten nach Zulässigkeit der Temperaturverhältnisse badeten, und als ich im Frühjahre 1879 selbst die Wirkung des Bades zu erproben versuchte, ward es mir klar, daß dieses der vergrabene Schatz der Hochebene von Sarajevo sein müsse.

Von competenter militärärztlicher Seite wurde denn auch auf die Vorzüge von Ilidže in hygienischer Richtung schon damals hingewiesen und später an dieser Stelle ein Reconvalescentenhaus in Verbindung mit einer provisorischen Badeheilanstalt errichtet.

Die Ausführungen des Herrn Collegen KOBLER erlaube ich mir dahin zu ergänzen, daß sich die Heilpotenzen von Ilidže auch bei chronischen Gelenks- und Muskelrheumatismen, Sehnenleiden, Gelenkssteifheit und den Folgezuständen nach Knochenschußwunden (Neuralgien) als wirksam erweisen, wie ich an Kranken meines Feldlazarethes zu beobachten Gelegenheit hatte, für welche die Bäder von besonderem Nutzen waren. Besonders hervorheben will ich die Einwirkung dieser Therme auf die Hautthätigkeit als Schönheitsmittel bei Hautkrankheiten, weshalb dieselben bei dem schönen Geschlecht der bosnischen Frauen seit jeher in hohem Ansehen gestanden sind. Als ich anläßlich des Vormarsches unserer Truppen nach dem Sandschak von Novi Bazar die Umgebung von Ilidže verlassen habe, begannen die ersten Park- und Häuseranlagen daselbst und wurde auch unsererseits der Verwerthung der Heilquellen schon mehr Aufmerksamkeit zugewendet. Nach meiner Rückkehr 1880 fand man dort schöne Baumvegetation, und bei Gelegenheit einer Dienstesreise 1884 konnte ich schon ein gedeihliches Entwickeln des Bades wahrnehmen. Ich halte dafür, daß sich auch die Gegend am Eingange in das Thal Lukavica, sowie die angrenzenden Abhänge im Süden vortheilhaft für Ansiedlungen eignen und möchte noch mit Nachdruck den Eisensäuerling von Kiseljak und den unübertroffenen Kohlensäuerling von Bjelalovac (zahlreiche Sprudel im Walde und in der Nähe des Hans) der Aufmerksamkeit des Herrn Hofrathes LUDWIG empfehlen. Es wird ferner unsere Aufgabe sein, die Terrainformationen dieses an Mineralreichthum und Heilquellen unerschöpflichen Landes in geologischer Richtung durchforschen zu lassen, denn Bosnien beherbergt mehr Schätze, als man auf den ersten Blick anzunehmen glaubt, in welcher Richtung ich auf die Werke von V. STERNECK, V. THOEMMEL u. A. hinweise.

Welch ein schönes Land bei Sonnenschein und wie unheimlich, wenn, durch Leidenschaften entfesselt, die Rajahs zu den Waffen greifen!

Wenn ich auch kein Landeskind von Bosnien bin, so haben sich mir die empfangenen Eindrücke mit lebhaften Farben eingeprägt und es erfüllt mich mit Freude, heute von so autoritativer Seite, wie es die Herren Vorredner sind, an dieser Stelle meine Vorhersagen über die Zukunft von Ilidže verwirklicht zu sehen, welches den Markstein unserer Cultur im weiten Osten bildet. Es möge wachsen, gedeihen und weiter aufblühen!

Kleine Mittheilungen.

— Bisher wurden drei Fälle von chronischer Trionalvergiftung veröffentlicht. Diesen reiht Dr. REINICKE in Osnabrück („D. med. Wochenschr.", 1895, Nr. 13) einen dritten **Fall von chronischer Trionalvergiftung** an, den er in der dortigen Provinzial-Irrenanstalt beobachtet hat. Der Fall zeichnet sich von vornherein dadurch aus, daß den von verschiedenen Seiten aufgestellten Forderungen: bei längerer Anwendung des Mittels genügende Pausen eintreten zu lassen, Diät, Nierensecretion und Stuhlgang genau im Auge zu behalten, sorgfältig Rechnung getragen wurde. Der Fall betraf eine 26jährige, an acuter hallucinatorischer Verrücktheit leidende Kranke, welche wegen andauernd hochgradiger Schlaflosigkeit vom 15. October 1894 bis 29. Januar 1895 Trional erhielt, und zwar jeden zweiten Abend 1 Grm. Vom 1. bis 22. December wurde vollkommen pausirt, ebenso vom 14. bis 22. Januar. Im Ganzen erhielt die Kranke in 107 Tagen 40 Grm. Trional. Die letzte Gabe bei anscheinend ungetrübtem Wohlbefinden am 29. Januar. Am 30. Januar Klagen über Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Augenflimmern, Appetitlosigkeit, epigastrischem Schmerz und Leibschneiden. Temperatur 38·5. Kein Stuhlgang. Urin makroskopisch nicht verändert. Am 31. Januar dieselben Klagen verstärkt. Abendtemperatur 39°, schlechte Gesichtsfarbe, schneller, kleiner Puls, Brechreiz, Entleerung von fünf fast geruchlosen, ganz dünnen, fleischwasserfarbenen Stühlen. Urin wird gesondert nicht entleert. Am 1. Februar, bei mäßiger Temperaturerhöhung, Entleerung von drei ähnlich aussehenden Stühlen und von 250 Ccm. eines in dicken Schichten beinahe schwarz, in dünneren Schichten tief dunkelroth gefärbten Urins von saurer Reaction, nicht riechend, mit reichlichem Sediment. Die chemische Untersuchung dieses Urins ergab 2% Eiweiß in nicht filtrirtem, ½% in filtrirtem Zustande. HELLER'sche und Guajakprobe positiv, anderweitige Reactionen boten nichts Besonderes. Bei der mikroskopischen Untersuchung spärliche rothe und weiße Blutkörperchen, Blasenepithelien, zahlreiche hyaline und granulirte Cylinder, viel körniger Detritus. Am 10. Februar war der Urin wieder normal, die Kranke erschien außer Gefahr, aber in sehr geschwächtem, anämischem Zustande. Es handelte sich also um einen Fall, in welchem trotz einzelner längerer und regelmäßiger kurzer Unterbrechungen, trotz sorgfältiger Vermeidung aller etwa complicirenden Schädlichkeiten der Eintritt einer schweren Vergiftung sich nicht vermeiden ließ. Demnach bleibt es abzuwarten, ob das Trional sich von der großen Menge der neueren und neuesten Schlafmittel nach dieser Richtung hin unterscheidet.

— COPPER berichtet im „Journ. de Bruxelles" (1895, Nr. 4) über die **Heilung eines Falles von Augendiphtherie mittelst Heilserum** bei einem Säuglinge. Die Diphtheritis, welche bacteriologisch festgestellt worden war, heilte in 4 Tagen, obgleich die Injection von BEHRING'schem Serum erst 2 Tage nach dem Erscheinen der Pseudomembranen gemacht wurde.

— In einer der letzten Sitzungen der Pariser „Soc. méd. des hôp." sprach Dr. MATHIEU über die Verwendung der **Alkalien in hohen Dosen** und deren üble Nebenwirkungen bei Erkrankungen des Magens. Bekanntlich wurden Alkalien in hohen Dosen, besonders des doppeltkohlensauren Natron, bei den acuten Krisen der Hyperchlorhydrie und bei Ulcus rotundum empfohlen. Das Verfahren, dessen sich M. bedient, besteht in Folgendem: Absolute Milchdiät, ⅓ bis ½ Liter Milch alle drei Stunden, mittelst kleinen Löffels im Verlaufe einer halben Stunde zu nehmen. Als Medicament erhalten die Kranken: Magnesia 5 Grm., Natr. bicarbon. 20 Grm., und zwar in der Weise, daß sie, wenn schmerzhafte Symptome auftreten, einen Kaffeelöffel voll von dieser Mischung nehmen und diese Dosis wiederholt wird, so oft neuerliche Schmerzen auftreten. Die schmerzstillende Wirkung, welche unmittelbar folgt, ist unverkennbar. Meist kommen die Kranken in einem Tage mit der Hälfte oder zwei Dritteln der oben angegebenen Menge aus. Dieser Behandlungsmodus führt meist rasch zu einem Verschwinden der Schmerzen und des Erbrechens, wodurch es möglich wird, die Gabe der Alkalien zu vermindern und zu einem ausgiebigeren Nahrungsregime zurückzukehren. Allerdings hat M. bei diesem Verfahren bisweilen gewisse unangenehme Nebenerscheinungen von Seiten der Blase beobachtet, bestehend in häufigem Uriniren und Schmerzen am Ende der Harnentleerung, welche Symptome aber mit dem Aussetzen des Medicaments verschwanden. Speciell erwähnt M. eines Falles, in welchem es sich um Hyperchlorhydrie mit Ulcus rotundum und Hämatemesis handelte. Pat. bekam neben absoluter Milchdiät 12 Grm Natr. bicarbon. und 3 Grm. Magnesia in dosi refracta. Am zweiten Tage dieser Behandlung stellte sich eine reichliche Hämaturie ein, welche 36 Stunden dauerte. Bei einer Medication von Magnesia 4 Grm. und Creta praep. 6 Grm. schwand die Hämaturie gänzlich. Es hatte sich allerdings in diesem Falle um ein Individuum gehandelt, welches seit seiner Kindheit eine gewisse Schwierigkeit beim Uriniren aufwies. Immerhin deutet der Fall darauf hin, daß man bei Kranken, welche Blasenstörungen aufweisen, mit der Darreichung von Alkalien vorsichtig sein müsse oder sie am besten gänzlich meidet. Aber auch bei Individuen mit gesunder Blase bedürfe es der Vorsicht und der Controle des Harnes. In der dieser Mittheilung folgenden Discussion bemerkte DU CAZAL, **daß** er oft

genug die Alkalien in hohen Dosen (Natr. bicarbon. 20—30 Grm.) **bei Nephritis** und Gelenksrheumatismus anwende, ohne jemals **Complicationen** von Seite der Blase beobachtet zu haben. HAYEM sprach **sich in** demselben Sinne aus. Letzterer hat übrigens mit Vortheil **bei Gastritis**, schmerzhaftem Ulcus u. s. w. das Natr. bicarbon. durch **Magisterium** Bismuthi in hohen Dosen ersetzt und damit auch in **Fällen** Erfolge erzielt, welche den übrigen Behandlungsmethoden **trotzten**.

— In letzter Zeit findet das Guajacol mannigfache **therapeutische** Anwendung. Es mag daher von Nutzen sein, unsere Leser **über einige Gebrauchsweisen des Guajacol** zu informiren. Die **temperaturherabsetzende** Wirkung des Guajacol wurde von CORMICK („The med. News", 1895, 19. Januar) bei der **Behandlung** des **Abdominaltyphus** verwerthet. Zu diesem Zwecke **wurden** 20 Tropfen Guajacol auf der vorher mit Seife gereinigten **Regio** iliaca dextra verrieben, worauf die Haut mit wasserdichtem **Stoff** bedeckt wurde. Nach 30 Minuten war die Temperatur gefallen **und die** Pulsfrequenz herabgesetzt. Diese Wirkung hielt 3—4 Stunden **an**. Manchmal bewirkte das Guajacol Frösteln, die einzige **unangenehme** Nebenerscheinung dieser Methode. Analoge Resultate gibt **Eucalyptol**, doch wirkt letzteres weniger exact und irritirt oft die **Haut**. Im Allgemeinen ist die locale Application von Guajacol bei **Abdominaltyphus** ein sicheres Mittel, um die Temperatur herabzusetzen. **Bei** genügender Vorsicht sind üble Zufälle ausgeschlossen. Zudem **kann** die Dosis bei lang fortgesetztem Gebrauche nach Bedarf **erhöht** oder herabgesetzt werden. Guajacoleinpinselungen wurden **ferner** zu **analgesirenden** Zwecken verwendet, doch erwiesen sich ihre Wirkungen hier als unzulänglich und rasch vorübergehend. Prof. ANDERS in Philadelphia (l. c. „La sem. méd.", 1895, Nr. 17) hat eine rasche Heilwirkung des Guajacols bei **Ischias** gesehen, wenn er dasselbe in Form von subcutanen Injectionen 2 Tropfen Guajacol auf 10 Tropfen Chloroform in die Nähe des erkrankten Nerven injicirte. Einer seiner Kranken wurde durch 2 Injectionen in einem Zwischenraume von 36 Stunden vollkommen geheilt. In einem Falle von Supraorbital-Neuralgie trat nach drei solchen Injectionen in der Gegend des Austrittes des Nerven vollständige Heilung ein. Endlich bediente sich ANDERS mit Vortheil des internen Gebrauches des Guajacols in 5 Fällen von **Gastralgie**. Er verordnete:

Rp. Guajacol.
Glycerin puri . . . . aa. 5·0
Aq. menth. pip. . . . . 100·0
S. Alle 4 Stunden ein Kaffeelöffel voll bis zum Schwinden des Schmerzes.

— Als empfehlenswerthe Verordnungen **zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum** empfehlen sich nach einer Zusammenstellung der „Nouv. remèdes" (1895, Nr. 7) folgende Verschreibweisen:

1. Rp. Cocain. hydrochlor. . . . . 0·03
Antipyrin . . . . 1·00
Aq. dest. . . . . 120·00
S. Alle halbe Stunden ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Chloroform. . . . . 60·0
Tinct. jod. . . . . 7·50
S. Morgens und Abends 5 Tropfen in einem Glas Wasser zu nehmen.

3. Rp. Cocain. hydrochlor. . . . . 1·00
Extract. Belladonn. . . . . 0·25
Vaselin . . . . 15·00
S. Salbe zum Bepinseln des Cervix.

4. Rp. Tinct. jod. X—XII gtt.
Aq. dest. . . . . 120—150·0
S. Alle 2 Stunden 1 Eßlöffel voll in einem halben Glas Zuckerwasser zu nehmen.

In Fällen von Gastralgie fügt man Morphin oder Aqua laurocerasi bei. Diese Mixtur findet mit Vortheil auch Verwendung bei dem Erbrechen der Hysterischen und der Alkoholiker.

— Nach Dr. S. GROZE in Melksham empfiehlt sich **zur Behandlung ausgebreiteter Verbrennungen** eine Salbe aus 1 Theil pulverisirter **Galläpfel** und 8 Theilen Borvaselin. Dieselbe setzt einerseits die Secretion der Wundflächen herab, desodorisirt und verhütet andererseits die Entwicklung von wuchernden Granulationen und Narbenretractionen. Die Anwendung dieser Salbe, über welche ein energisch comprimirender Watteverband anzulegen ist, erzielt ebenso günstige Resultate, wie Argentum nitricum-Salbe, ohne die Unzukömmlichkeiten und Gefahren der letzteren zu bieten.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XIII. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu München vom 2.—5. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

III.

Die Pathologie und Therapie der Typhlitiden.

SAHLI (Bern), **Referent**, charakterisirt zunächst den Begriff der Typhlitis und Perityphlitis als Entzündungen, welche vom Darm aus die Wand des Coecums, des Proc. vermiformis und deren Umgebung ergreifen. Er negirt den Begriff der stercoralen Typhlitis und läßt nur den der Appendicitis und Periappendicitis gelten. Die Infection komme durch Retention von Entzündungserregern im Coecum zu Stande. Die großen Tumoren, welche eine ausgeprägte Perityphlitis charakterisiren, lassen sich aus dem alleinigen Vorliegen eines sero fibrinösen Exsudates nicht erklären. Den größten Antheil an denselben hat, wofern nicht schon ein großer Eitersack vorliege, die Infiltration der Gewebe, der Darmwand, der Peritonealblätter, des großen Netzes, der Fascia transversa. Weiterhin wird der Tumor noch durch Stagnation des Darminhaltes vergrößert. Vortr. spricht den Satz aus, daß jede Typhlitis, sobald sie einen nachweisbaren Tumor erzeugt, auf eiteriger Basis beruht. Die Verschiedenheit des klinischen Verlaufes sei durch die wechselnden Bedingungen der anatomischen, wie der pathologischen Verhältnisse gegeben. Die trotzdem so überaus häufige Selbstheilung von Typhlitiden und Perityphlitiden beruhe einmal auf den Vorgängen der Eiterresorption, ferner auf der Selbstentleerung der Abscesse.

Bezüglich der **Behandlung** empfiehlt SAHLI für die ersten Tage der Krankheit Ruhe und Opium, vollkommene Abstinenz der Nahrung. Gehe nach drei, längstens nach acht Tagen die Affection nicht ganz erheblich zurück, so sei der operative Eingriff: Entleerung des Eiters, Entfernung des Wurmfortsatzes etc., unbedingt vorzunehmen.

Als weitere Indicationen zur Operation gibt er 2. an: Anhaltendes Fieber oder Schüttelfröste gleich im Beginne der Krankheit; 3. Wiederauftreten von Fieber und Schmerzen nach anfänglich scheinbar benignem Verlauf; 4. Nachträgliche Exstirpation des Wurmfortsatzes, selbst wenn spontane Entleerung des Eiters in den Darm etc. stattgefunden habe.

Bezüglich der Typhlitis-Recidive sei die Indication zur Operation bei Häufung der Recidive, besonders wenn dieselben einen schweren Verlauf gehabt hätten, durch Exstirpation des Wurmfortsatzes gegeben.

HELFERICH (Greifswald), **Correferent**, bespricht zunächst kurz die anatomischen Verhältnisse der Lage des Wurmfortsatzes, seinen Charakter als Diverticulum und die ersten Anfänge einer Typhlitis in Gestalt eines Stauungscatarrhes in Folge Abknickung des Appendix etc. Bei Gegenwart von Eitererregern kommt es zu schweren Formen des eiterigen Catarrhs; die Folgen eines solchen werden noch wesentlich schwerer, wenn Erosionen der Schleimhaut und der Wand durch Kothsteine bereits vorliegen. Der entzündliche Proceß greift auf die Umgebung des Proc. vermiformis, besonders auch auf das extraperitoneale Bindegewebe leicht über. Sobald die klinischen Symptome: Fieber, Schmerz (besonders am MAC BURN'schen Punkt), starke Schweiße etc. darauf deuten, daß ausgedehntere eiterige Entzündung vorliege, sei nicht erst abzuwarten — trotz zugegebener Möglichkeit der Selbstheilung oder Selbstentleerung von Abscessen — bis etwa ein größerer peri-, bezw. paratyphlitischer Absceß ausgebildet sei, sondern so frühzeitig als möglich der Eiter auf operativem Wege zu entleeren. Je nach den gegebenen Verhältnissen könne dabei gleich die Exstirpation des Proc. vermiformis statthaben. Lagen von vornherein Symptome diffuser Peritonitis auf dem Boden perforativer Peritonitis vor, dann sei sofort der operative

Eingriff indicirt. Die Indication zur Operation bei der recidivirenden Perityphlitis sei gegeben, wenn dadurch ein Individuum schwer in seiner ganzen Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei. Zum Schlusse gibt H. noch der Meinung Ausdruck, daß eine Appendicitis eine zeitlang vollkommen symptomlos verlaufen könne, bis plötzliche Eiterung eintritt.

SONNENBURG (Berlin) hält auf Grund seiner gerade an der Hand der Frühoperationen von Appendicitis gewonnenen Erfahrungen daran fest, und hebt dies ganz ausdrücklich hervor, daß es eine wirkliche Appendicitis simplex non purulenta gebe. Unter 120 diesbezüglichen Autopsien in vivo waren 12 derartige Fälle. Die pathologischen Befunde bei denselben waren hauptsächlich drei: a) der wenig veränderte Wurmfortsatz umschließt ringförmig den Darm, mit demselben leicht verlöthet. Er bewirkt Koprostase und Stauungscatarrh, b) der Wurmfortsatz ist verdickt, starrwandig und mit seiner Umgebung, besonders an der Spitze, verwachsen, c) man findet den Wurmfortsatz durch Kothsteine verlegt. In einem Falle war schon eine haarfeine Perforationsöffnung zu sehen. — Die gutartige Appendicitis charakterisirt sich durch das Fehlen aller schweren Erscheinungen, Fehlen besonderer Puls- und Temperaturverhältnisse und durch raschen guten Verlauf. In diesen Fällen genügt eine rein exspectative Therapie. Anders liegt es, sobald man eine eiterige Appendicitis perforativa diagnosticiren muß, welche mit Schüttelfrost und Fieber beginnt und das Bild einer schweren Infection, sowie stürmische Erscheinungen (Erbrechen, Durchfall, heftige Schmerzen etc.) gibt. In diesen Fällen ist der operative Eingriff so rasch als möglich indicirt. Auch für diejenigen Fälle, wo eine diagnosticirt eiterige Typhlitis spontan ausgeheilt ist, ist nachträglich die operative Entfernung des Wurmfortsatzes zu empfehlen, weil auf die vollständige Ausheilung eines eiterigen Processes nie Verlaß ist.

BAUMGARTNER (Baden-Baden) empfiehlt sicherheitshalber auch diejenigen Fälle, bei welchen der Spontanverlauf günstig scheine, doch noch nachträglich zu incidiren, um einer eventuellen weiteren Infection vorzubeugen.

CURSCHMANN (Leipzig) constatirt zunächst, daß er von 452 in den letzten Jahren behandelten Fällen von Peri- und Paratyphlitis 5·4% Mortalität zu verzeichnen hatte. Er glaubt ferner auch nicht, daß der von SAHLI aufgestellte Satz, daß bei perityphlitischem Exsudat stets eine eiterige Infection zu Grunde liege, aufrecht erhalten werden könne. Es gebe auch Fälle mit sero-fibrinösem Exsudat. Der perityphlitische Tumor komme zu Stande durch Anschwellung der Organe (des Coecums und des Appendix selbst), durch gestauten Koth, Verwachsung der infiltrirten Theile untereinander und durch das entzündliche Bindemittel, das sero-fibrinöse, bezw. das sero-purulente Exsudat. Er hebt weiter hervor, daß für entzündliche Tumoren in der Ileocoecalgegend nicht nur ausschließlich Erkrankungen des Proc. vermiformis, sondern auch pathologische Processe anderer Art, z. B. Geschwüre am Coecum, wenn auch nur in geringem Procentsatz der Fälle, mit in Betracht kämen. Betreffs der Indication für die Operation müsse streng in den einzelnen Fällen individualisirt werden, und könne man nicht absolut für alle Fälle giltige Regeln aufstellen.

GRASER (Erlangen) redet der Frühoperation überall da, wo Eiterinfection angenommen werden müsse, das Wort.

AUFRECHT (Magdeburg) glaubt, daß man die Fälle von perityphlitischem Exsudat je nach den pathologisch-anatomisch vorliegenden Verhältnissen, sowohl bezüglich der Prognose, wie auch entsprechend der Indication zu einem operativen Eingriff, classificiren müsse. Relativ am wenigsten schwerwiegend sei die Affection, wenn das Exsudat rein extraperitoneal liege. Weit periculöser seien diejenigen Formen, welche mit Peritonitis oder phlegmonöser Entzündung des hinter dem Colon gelegenen Gewebes verquickt seien. Die Indication für möglichst rasche Operation sei gegeben bei der letzten Form und je nach Umständen bei der zweiten Form. Bei der ersten könne man mit der Incision bis zur Absceßbildung warten.

QUINCKE (Kiel) betont die secundäre Rolle, welche doch immer die Kothstauung, als begünstigend für das Zustandekommen eines perityphlitischen Tumor, spiele.

Es gäbe Fälle, wo derselbe nach Stuhlentleerung sehr rasch zurückgehe, vorsichtige Klysmaapplicirung im Beginn einer nicht foudroyanten Perityphlitis sei daher gegebenen Falles durchaus indicirt.

ANGERER (München) berichtet über Fälle von acuter Perityphlitis, bei denen plötzlich nach ganz kurzer Zeit die Erscheinungen wie bei schwerem Ileus auftraten und die Section doch nur eine mäßige Schwellung der Umgebung ergab.

HEUBNER (Berlin) hebt hervor, daß es Fälle gäbe, wo im Verlauf einer ganz leichten Typhlitis plötzlich sehr schwere Erscheinungen auftreten, die zum Exitus führen. Für solche Fälle sei zu erwarten, daß auch ein noch so frühzeitiger Eingriff den Verlauf nicht beeinflusse.

STINTZING (Jena) sieht den Cardinalpunkt für Einsetzen eines operativen Eingriffes im Nachweis eines perityphlitischen Abscesses.

DÖRFFLER (Weißenburg) vertritt vom Standpunkt des praktischen Landarztes aus durchaus die Möglichkeit einer vollkommen kunstgerechten Durchführung einer paratyphlitischen Operation unter den Verhältnissen, wie sie eine Landpraxis böte.

EWALD und **SONNENBURG** (Berlin) bestätigen das Vorkommen solcher Fälle, wie sie ANGERER erwähnte und glauben beide, daß es sich um Autointoxication auf bacillärer Basis handle. D.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

Sitzung vom 27. März 1895.

CARL ULLMANN stellt einen Fall von Mykosis parasitaria nach BAZIN vor, über dessen Details in bacteriologischer und histologischer Hinsicht derselbe noch berichten wird.

KAPOSI demonstrirt eine Pat. mit teigig sich anfühlenden Geschwülsten, die den Eindruck einer beginnenden Mykosis fungoides machen, ohne daß man heute die Diagnose mit Bestimmtheit stellen könnte; ferner einen 57jährigen Mann mit colossalen Geschwülsten von Mykosis fungoides, der außerdem noch große eczematöse Partien aufweist; ferner einen Fall, in dem es sich wahrscheinlich um acute Ausbrüche von Herpes tonsurans auf psoriatischer Grundlage handelt; ferner einen Fall von Psoriasis mit Localisation an den Beugeflächen der unteren Extremität; endlich einen Pat. mit einer eigenartigen Geschwulst über dem rechten Nasenflügel, bei welcher die Diagnose zwischen Neoplasma und Tuberculose schwankt.

NEUMANN demonstrirt:

1. Einen 31jährigen Kranken mit syphilitischem Primäraffect an der Zunge.

2. Einen 29jährigen Pat. mit Sklerose und maculo-papulösem Exanthem, bei welchem ungefähr 3 Monate post infectionem ohne anderweitige genügende Veranlassung plötzlich rechtsseitige Abducenslähmung aufgetreten ist. Andere Erscheinungen von Seite des Centralnervensystemes fehlen.

3. Einen 30jährigen Pat., welche vor 5 Jahren Syphilis acquirirt hatte und jetzt papulöse Efflorescenzen an der Glans und dem Scrotum aufweist. Bei Gelegenheit dieses Falles erinnert N. an die gelegentlich an den kleinen Labien sich vorfindenden, braungefärbten, circa linsengrosen Infiltrate, welche oft noch 4—5 Jahre nach der Infection constatirbar sind, und welche sich histologisch dadurch auszeichnen, daß sie von einer dicken Epidermislage bedeckt sind und daher nicht leicht infectiös werden können.

4. Den bereits in der letzten Sitzung vorgestellten Kranken mit chronisch hypertrophischem Eczem am Unterschenkel, dessen Diagnose angezweifelt wurde, indem Psoriasis oder Lichen als wahrscheinlich hingestellt wurde. Die seither durchgeführte Behandlung mit asiatischen Pillen und Abreibung mit Schmierseife hat aber die Diagnose Eczema vollständig gesichert.

Lang bemerkt mit Hinblick auf die von NEUMANN erwähnten Infiltrate, daß sie dem entsprechen, was er seinerzeit als organisirte Papeln beschrieben habe. Er glaubt, daß sich diese überhaupt nicht ändern, und daß sie auch nicht infectiös sind.

Mracek gibt wohl zu, daß diese organisirten Papeln nicht inficiren, so lange die dicke Hornschichte darüber liege, aber wenn Macerationsverhält-

nisse eintreten, könne man wohl die Möglichkeit einer Infectiosität nicht ganz ausschließen.

Lang gesteht zu, daß er keine wissenschaftlichen Anhaltspunkte dafür besitze, sich mit voller Bestimmtheit gegen die Infectiosität der organisirten Papeln auszusprechen.

Ehrmann behält sich vor, in der nächsten Sitzung anatomische Präparate von organisirten Papeln vorzulegen. Auf Grund dieser Präparate glaubt er keinen Moment zweifeln zu sollen, daß sie in der That nicht nur nicht infectiös sind, sondern auch gar nicht infectiös sein können.

NOBL stellt einen Fall von Orchitis epidemica vor, welcher dadurch ausgezeichnet ist, daß primär nicht die Parotis, sondern die Submaxillardrüse erkrankt war.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. März 1895.

Prof. KOLISKO: Ueber einige seltenere Gelenkserkrankungen.

(Schluß.)

Es stehen aber zwei Ansichten über das Wesen der tabetischen Arthropathie einander gegenüber.

Die eine, von den Franzosen CHARCOT, MARIE etc. vertreten, hält an einer trophischen Störung als Ursache der Gelenksveränderung fest;

die andere, von den Deutschen VOLKMANN und seinem Schüler KREDEL, VIRCHOW u. A. vertretene, sieht theils in traumatischen Einflüssen, welchen das Gelenk des Tabetikers mehr als ein anderes ausgesetzt ist, theils in einer acquirirten Arthritis deformans, die durch Traumen abnorm beeinflußt wird, die Genese der tabetischen Arthritis.

Ich stehe ebenfalls auf letzterem Standpunkte.

Das Bild der tabetischen Arthritis findet sich relativ nur selten; nach KREDEL kommen auf 100 Tabetiker nur 4—5 Gelenksaffectionen. Wäre eine trophische Störung die alleinige Ursache, das Gelenksleiden müßte viel häufiger sein, etwa so häufig wie Decubitus bei Myelitis.

Nun findet sich aber bei jeder länger bestehenden Tabes eine Veränderung der Gelenke, die aber wesentlich verschieden ist von der tabetischen Arthritis und von Niemandem, auch von den Franzosen nicht als trophoneurotische Störung angesehen wird; es ist die Erschlaffung der Kapsel und Gelenksbänder, welche ihre Erklärung in der Incoordination der Bewegungen, in dem Fehlen der Hemmungen, ich möchte sagen in der Maßlosigkeit der Bewegung findet, indem dadurch nothwendiger Weise abnorme Zerrungen und Dehnungen der Gelenksverbindungen entstehen müssen.

Tritt aber zu dieser Erschlaffung der Kapsel und Bänder eines Gelenkes eine Arthritis deformans hinzu, oder ereignet sich eines jener Traumen, welche zu Absprengungen von Knochentheilen von Gelenksenden führen, was ja bei incoordinirten Bewegungen und schlaffen Bändern nur zu leicht auf selbst geringfügige Veranlassung hin geschehen kann, so wird der daraus resultirende Gelenksproceß wesentlich anders verlaufen, als bei einer Arthritis deformans oder einem Trauma, welche das gesunde Gelenk getroffen haben. Und zwar meiner Ansicht nach hauptsächlich wegen der, erwiesenermaßen frühzeitig bei der Tabes auftretenden, mehr oder weniger vollkommenen Anästhesie des Gelenkes.

Der Tabetiker fixirt bei Gelenkserkrankung sein Gelenk nicht, er reducirt die Bewegungen nicht auf ein Minimum, wie es Jemand thut, der Schmerz im Gelenke verspüren kann, er schützt sein erkranktes Gelenk nicht vor neuerlichen Insulten, denn er fühlt ja diese Insulte gar nicht oder nur minimal; im Gegentheil, er bewegt sein krankes Gelenk in übermäßiger ja maßloser Weise und setzt es dadurch fortwährenden Reizungen aus, welche die Veränderungen der Gelenkstheile in höchstem Grade steigern müssen.

Deshalb muß der Erguß ein so mächtiger, die Ausdehnung der Kapsel eine so riesige werden; deshalb hypertrophirt die Synovialis in solch excessivem Grade; deshalb wird die Abschleifung der Gelenksflächen bis zum vollkommenen Verschwinden derselben gesteigert; deshalb bleibt diese Abschleifung nicht auf kleine Flächen beschränkt, sondern betrifft die ganze Peripherie der Gelenksfläche; deshalb endlich entsteht jene abnorm hochgradige schmerzlose Beweglichkeit in einem tabetischen Gelenke, die unter dem Namen der jambe de polichinel bekannt ist. Und würde man ein Gelenk mit neuropathischer Affection frühzeitig fixiren, der Proceß würde sich in ähnlicher Weise, wenigstens größtentheils zurückbilden können, wie die tabetische Fractur bekanntermaßen anstandslos und normal durch Callusbildung ausheilt, wenn man sie nur so fixirt wie eine gewöhnliche Fractur.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit auch noch ein Wort anfügen über die Spontanfractur bei Tabes.

Bekanntlich tritt bei Tabetikern auf oft geradezu minimale Veranlassungen hin eine Knochenfractur ein; ein Uebereinanderschlagen der Füße beim Sitzen, ein Zerbeißen eines Stückchen Zucker, das Heben des Armes, einfaches Gehen kann zur Fractur des betreffenden Knochen führen.

Die Franzosen behaupten, daß diese Spontanfractur wegen der auf neuropathischer Grundlage beruhenden Osteoporose eintrete, daß der Knochen des Tabetikers in Folge von Neuritis der in ihn eindringenden Nerven (dieselbe ist auch mikroskopisch nachgewiesen worden) porotisch werde.

Das ist gewiß nicht richtig, wenigstens kann es nicht der alleinige Grund der Fractur sein. Denn, wie Sie eben gesehen, kann der Knochen des Tabetikers auch bei geringfügigster Veranlassung brechen, wenn er sklerotisch und dick ist. Und andererseits brechen die osteoporotischen Knochen alter Leute — und die Osteoporose kann eine ebenso hochgradige sein wie bei Tabes — nicht, außer bei halbwegs erheblichen Traumen.

Der Grund der Fractur muß deshalb, meines Erachtens nach, in etwas Anderem liegen. Ich sehe ihn in der Incoordination der ausgeführten Bewegungen, im Fehlen aller Hemmungen und im Mangel der die Stärke des Knochens sehr wesentlich unterstützenden normalen Muskelfunction. Selbstverständlich wird aber eine Fractur an einem porotischen Knochen viel leichter eintreten können als an einem festen oder gar sclerotischen Knochen.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich auf all die näheren, so interessanten Details über die tabetische Spontanfractur näher eingehen. Vielleicht gestatten Sie mir ein anderes Mal darüber ausführlich zu sprechen. Ich möchte Sie nur noch bitten, sich auch einige Beispiele tabetischer Spontanfractur an porösen Knochen zu betrachten.

Ich zeige die Oberschenkel einer Tabetikerin, die ich im Versorgungshause obducirt habe, links mit einem frischen Schenkelhalsbruch und einem ausgeheilten Diaphysenbruch, rechts mit 2 ausgeheilten Diaphysenbrüchen.

Als dritte Gelenksaffection will ich Ihnen einige Fälle jener Gelenkserkrankung zeigen, die unter dem Namen der Arthritis pauperum bekannt ist.

Dieses Gelenksleiden wird meist vom Kliniker als ein auf einem Nervenleiden beruhendes angesehen, wenigstens ist mir das schon mehrmals von dem zur Section kommenden Kliniker gesagt worden, und deshalb möchte ich auf das charakteristische Bild desselben aufmerksam machen.

Dieses so außerordentlich schmerzhafte, fast nur im höheren Alter auftretende Leiden, befällt im Gegensatz zur Arthritis deformans nur die kleinen Gelenke, u. zw. meist alle zugleich, insbesondere die Finger und Zehengelenke. Es tritt nur bei unter sehr schlechten Verhältnissen lebenden Personen auf, daher auch der Name.

Die Gelenke werden in gebeugter Stellung gehalten; so sind die Finger in die Hohlhand eingebogen, während die Hand im Handgelenke überstreckt gehalten wird. Dabei kommt es zu kolbigen Auftreibungen der Gelenksenden, und zwar durch Knochenwucherungen am Rande, die knorrig und zackig sind und kein knorpeliges Vorstadium besitzen. Schließlich treten höchst charakteristische Luxationen der Phalangenknochen auf der vorderen Fläche der Köpfchen und Metacarpen ein.

Sie sehen diese Veränderungen besonders schön ausgesprochen an den Präparaten, welche ich hier demonstrire.

Die beiden Hände stammen von einer 40jährigen Pfründnerin, die rechte Hand von einer 47jährigen Taglöhnerin. In beiden Fällen bestehen die typischen Anomalien.

Aus den

italienischen medicinischen Gesellschaften.

R. Accademia medica di Roma.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 24. Februar 1895.

(Schluß.)

BIGNAMI: Pathologisch-anatomische Untersuchungen bei Chorea chronica.

Vortr. berichtet über das Resultat seiner pathologisch-anatomischen Untersuchungen, welche er an den Centralnervenapparaten von zwei Individuen ausführte, die an chronischer, progressiver Chorea der Erwachsenen gelitten haben. In einem Falle fand er Sklerose der Gehirnarterien, eine leichte Verdickung der Pia, diffuse Atrophie der Windungen vorzüglich am Stirn- und Schläfenlappen. Die mikroskopische Untersuchung ergab multiple disseminirte Herde von chronischer Encephalitis.

Im zweiten Falle bestanden keine meningealen Veränderungen, dagegen eine Atrophie der Windungen, zahlreiche miliare subcorticale sklerotische Plaques, größere Verdichtungen, symmetrisch gelegen, in beiden externen Kernen der Thalami und kleinere sclerotische Herde in den rothen Kernen. Die Capsula interna war nicht verändert. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, daß die genannten Herde aus einem Gewebe feiner, kernreicher Fibrillen bestehen. Zwischen den Fibrillen lagern zahlreiche Zellen mit großen ovoiden oder runden Kernen. Vortr. bespricht nun die Veränderungen an Serienschnitten.

BASTIANELLI: Degeneration der absteigenden Wurzel des Trigeminus in Folge von Gumma syphilitic. am Ganglion Gasseri.

Vortr. spricht über einen seltenen Fall von Gumma syphilitic. am linken Ganglion Gasseri bei einem Individuum, welches an einer Streptococcenmeningitis zwei Monate nach einer energischen antiluetischen Behandlung zu Grunde gegangen ist und bei Lebzeiten Reizungs- und Lähmungssymptome im Gebiete des linken Trigeminus dargeboten hatte.

Bei der Autopsie zeigte sich das linke Ganglion Gasseri auf das Dreifache vergrößert und von miliaren Gummen übersät. Zellen und Nervenfasern waren zum größten Theil zu Grunde gegangen. Die motorische Wurzel blieb längs ihres ganzen Verlaufes unverändert, dagegen war die sensible Wurzel, bis zur Medulla oblongata verfolgt, an mehreren Stellen hochgradig degenerirt. Aehnliche Fälle kommen selten zur Beobachtung. Dem Vortr. ist nur der FRIEDEL PICK'sche Fall bekannt, wo das Ganglion Gasseri ebenfalls der Sitz eines Gummas war. Auf Grund dieser Beobachtungen ist es wohl zweifellos, daß das Ganglion Gasseri das trophische Centrum der spinalen Wurzelfasern ist.

DIONISI: Ueber bulbäre Syringomyelie.

B. bespricht einen Fall von bulbärer und spinaler Syringomyelie und stellt auf Grund von Beobachtungen, welche er an Serienschnitten eines derartig erkrankten Rückenmarkes machte, eine Hypothese über die Entstehung der bulbären Syringomyelie auf. Auf Grund seiner interessanten Betrachtungen kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Er bestätigt die Befunde von MINGAZINI über den Ursprung und die Verbindung der bogenförmigen Fasern und den Zusammenhang der bogenförmigen Kerne mit den peripyramidalen Fasern.

2. Er constatirt mit Bezug auf das Verhalten der bogenförmigen Fasern, daß sie sich über das Respirationsbündel krümmen und daß diese Fasern mit dem solitären Bündel nichts zu thun haben, wie dies bereits MINGAZINI angegeben hat.

3. Er bespricht den Ursprung und Verlauf des medialen Lemniscus, welcher bisher nur von FLECHSIG embryologisch und von FERRIER und TURNER experimentell nachgewiesen war, allein durch die Degenerationsmethode noch nicht bestimmt wurde.

4. Aus allen bisher beschriebenen Fällen von bulbärer Syringomyelie mit Spaltbildung läßt sich die Disposition zu Höhlungen im Bulbus nach außen vom Hypoglossuskerne und nach vorne und außen vom Vaguskerne erkennen. D. findet die Ursache in der Entwicklungsgeschichte der hinteren Gehirnabschnitte. Er zeigt, daß die Lage der Fissur jener Stelle entspricht, welche der Sulcus lateralis des vierten Ventrikels in dem hinteren Gehirnbläschen eines $4^1/_2$wöchentlichen Embryos einnimmt und folgert daher, daß die Entstehung der bulbären Syringomyelie in der fehlerhaften Obliteration des Sulcus lateralis des vierten Ventrikels zu suchen sei.

M. CARRUCCIO: Polymorphes phlyctenoides Erythem.

Vortr. theilt die Krankengeschichte eines an obiger, mit Fieber einhergehenden Hautaffection erkrankten Patienten mit. Aus den Papeln und Knötchen konnte er Reinculturen von Staphylococcus pyog. aureus gewinnen. Aehnliche Beobachtungen liegen noch von CAMPANA und FINGER vor, weshalb die Behauptung gerechtfertigt erscheint, daß es Formen von Erythemen gibt, welche nicht durch Parasiten, sondern durch Mikroorganismen hervorgerufen wurden.

F—r.

Notizen.

Wien, 20. April 1895.

(Der 24. Chirurgen-Congreß) wurde, wie uns aus Berlin geschrieben wird, am 17. April daselbst von GUSSENBAUER (Wien) als 1. Vorsitzenden eröffnet. Fast vollständig hatten sie sich wieder eingefunden, die Meister der Chirurgie, an deren Namen ein gut Theil der rapiden Entwicklung der chirurgischen Wissenschaft geknüpft ist. Unter den Anwesenden bemerkten wir v. ESMARCH (Kiel), KÖNIG (Göttingen), CZERNY (Heidelberg), KOCHER (Bern), MIKULICZ (Breslau), KÜSTER (Marburg), Generalarzt der Armee v. COLER (Berlin), WÖLFLER (Prag), KRÖNLEIN (Zürich) u. A. Die Berliner Chirurgen waren vollzählig erschienen. Von allgemeineren Mittheilungen ist zu erwähnen, daß an den Congreß von Amerika aus die Anregung zu einem alle 5 Jahre unter Wechsel des Versammlungsortes zusammentretenden internationalen chirurgischen Congreß ergangen ist. Die Gesellschaft beschließt, den Ausschuß zu bevollmächtigen, unter Berücksichtigung eines bestimmten Programms zur geeigneten Zeit den Beitritt der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zum internationalen Congreß zu erklären. Es wurde ferner beschlossen, zur Ausschmückung des Langenbeck-Hauses Bilder verdienstvoller Mitglieder des Congresses zu verwenden. — Fast die gesammte Vormittagssitzung wurde ausgefüllt durch Vorträge aus dem Gebiete der Hirnchirurgie. Den einleitenden Vortrag hielt v. BERGMANN, dem Mittheilungen von GRASER (Erlangen), LEDDERHOSE (Straßburg), NICOLADONI (Innsbruck), v. EISELSBERG (Utrecht), ALEXANDER FRAENKEL (Wien) sich anschlossen. Eine äußerst lebhafte Debatte bezeugte das hohe Interesse der Versammlung an dem vorliegenden Gegenstande. Zum Schluß sprach CRAMER (Köln) über Resection aller Fußwurzelknochen, sowie über Behandlung des Ellbogen-Schlottergelenkes. — Die Nachmittagssitzung des ersten Congreßtages brachte mehrere äußerst interessante Vorträge, so den von MIKULICZ (Breslau): Die chirurgische Behandlung der BASEDOW-schen Krankheit und ferner den Bericht KOCHER'S (Bern) über 1000 Kropfexcisionen, der aus seiner überaus reichen Erfahrung auf diesem Gebiete verschiedene, ganz neue und interessante Gesichtspunkte entwickelte und die gespannte Aufmerksamkeit bis zum Schlusse gefesselt hielt. Die sich anschließende Discussion gab verschiedenen Chirurgen Gelegenheit, ihre eigenen Erfahrungen mitzutheilen. Sodann brachte BIER (Kiel) weitere Mittheilungen über tragfähige Amputationsstümpfe im Bereiche der Diaphysen; PETERSEN (Kiel) sprach über Behandlung der Speiseröhrenverengerung; SCHUCHARDT (Stettin) erörterte die Behandlung der durch rundes Magengeschwür veranlaßten Perforationsperitonitis; A. KÖHLER (Berlin) berichtete über 2 Fälle von Pyloroplastik. Ein ausführlicher Bericht wird folgen.

(Die Wiener Aerztekammer) hat in ihrer dieswöchentlichen Plenarsitzung den in Nr. 12 d. Bl. veröffentlichten Entwurf, die Bekämpfung der ärztlichen Reclame betreffend, mit einigen unwesentlichen Modificationen zum Beschlusse erhoben und codificirt.

(Die Krankenanstalten Oesterreichs.) Einem ausführlichen Berichte über die Errungenschaften auf dem Gebiete des Sanitätswesens unseres Vaterlandes im Decennium 1883—1893, welchen wir in Nr. 12 dieses Blattes veröffentlichten, war die sehr beträchtliche Zunahme der öffentlichen Humanitätsanstalten zu entnehmen. Im Laufe der letzten 20 Jahre hat sich, wie „D. österr. San.-W." berichtet, die Zahl der in diesen Anstalten verpflegten Kranken verdoppelt und ist in rascherem Verhältnisse gestiegen, als die Einwohnerzahl. In den Ländern, in denen von jeher der öffentlichen Krankenpflege ein großes Augenmerk zugewendet wurde, zumal in jenen, in welchen Spitäler der unter staatlicher Verwaltung stehenden Fonds bestehen (Wien und Prag), oder in welchen unter Ausnützung der Fortschritte der modernen Krankenbehandlung ausgestattete, in Verwaltung des Landes stehende Anstalten Kranke aus allen Theilen des Landes heranziehen (Salzburg, Steiermark, Kärnten, Krain, Triest), hat sich das schon zu Beginn der Siebziger-Jahre günstige Verhältniß noch erheblich gebessert, und sind in den östlichen und in den südlichen Ländern (Mähren, Schlesien, Galizien, Bukowina, Istrien) Fortschritte erzielt worden, welche erwarten lassen, daß auch diese Länder hinsichtlich der Krankenpflege sich bald auf derselben Stufe befinden werden, wie jene, in denen schon früher in dieser Hinsicht verhältnißmäßig gut vorgesorgt war. Betreffs der Vertheilung der Krankenanstalten bestehen aber noch Mißverhältnisse, deren Beseitigung in den betreffenden Ländern als Bedürfniß empfunden und angestrebt wird. In Salzburg, Kärnten, Krain concentrirt sich die öffentliche Krankenpflege auf das in der Landeshauptstadt bestehende Landes-Krankenhaus, in anderen Ländern werden öffentliche Spitäler, dem in größeren Städten, Verkehrscentren etc. vorhandenen gesteigerten Bedarfe entsprechend, zunächst in diesen Gemeinden errichtet, und wird hiebei auf eine möglichst gleichmäßige Vertheilung der Anstalten Rücksicht genommen. Nur Vorarlberg besitzt kein öffentliches Krankenhaus. Die Zahl der Verpflegstage hat sich innerhalb 20 Jahren um mehr als die Hälfte vermehrt, ist somit nicht in gleichem Verhältnisse gestiegen, wie jene der Verpflegten, woraus sich eine Abnahme der mittleren Dauer des Spitalsaufenthaltes eines Verpflegten ergibt. Letztere Ziffer ist von 30 Tagen im Jahre 1874 auf 24 im Jahre 1893 gesunken.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.) Laut Verordnung des Handelsministeriums vom 20. März 1892 ist den Zahntechnikern untersagt, irgend welche Verrichtungen in dem nicht vollkommen gesunden Munde des Menschen, respective irgend welche, die Beschaffenheit der Mundgebilde verändernde Eingriffe vorzunehmen. Wie diese Verordnung befolgt wird, geht aus einer in der diesmonatlichen Sitzung des niederösterreichischen Landes-Sanitätsrathes gepflogenen Berathung hervor, in welcher die Unzulänglichkeit der gegenwärtig für den Betrieb des Zahntechnikergewerbes geltenden Verordnungen betont wurde, welche es jedem Zahntechniker ermöglichen, durch Namhaftmachung eines ärztlichen Strohmannes sich der gewerbe-, bezw. der sanitätspolizeilichen Ueberwachung zu entziehen und die zahnärztliche Praxis uneingeschränkt auszuüben. Der Landes-Sanitätsrath erklärte die Abstellung dieses in sanitärer Hinsicht äußerst bedenklichen, wie nicht minder das Ansehen des ärztlichen Standes schwer schädigenden Vorgehens der Zahntechniker für dringend nothwendig und sprach sich schließlich dahin aus, daß diesen Unzukömmlichkeiten nur durch die Erlassung einer Verordnung ein Ziel gesetzt werden könnte, durch welche die Vornahme von zahnärztlichen Operationen in den Betrieben der Zahntechniker bedingungslos verboten wird. — Die Zahntechniker haben den Behörden gezeigt, mit welcher Leichtigkeit die ihnen gezogenen Grenzen übertreten werden können. Will man auch der jüngst als „freies Gewerbe" erklärten Laienmassage gegenüber warten, bis die sicherlich nicht ausbleibenden Ausschreitungen der Laien bestimmte Formen angenommen haben werden?

(Universitäts-Nachrichten) Die DDr. Max Herz und Franz Chvostek haben sich als Privatdocenten für interne Medicin an der Wiener medicinischen Facultät habilitirt. — Dem ordentlichen Professor der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie an der böhmischen Universität in Prag, Dr. Theophil Eiselt, ist der Titel eines Hofrathes verliehen worden.

(Standes-Ethik.) Der Geschäftsausschuß der Berliner ärztlichen Standesvereine hat folgende Resolution gefaßt: „Die ärztliche Begutachtung von Handelsartikeln durch Atteste, welche zu Reclamezwecken veröffentlicht werden, entspricht nicht den ethischen Interessen des ärztlichen Standes."

(Statistik.) Vom 7. bis inclusive 13. April 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6666 Personen behandelt Hievon wurden 1479 entlassen; 166 sind gestorben (10·09% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 45, egyptischer Augenentzündung 8, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 29, Scharlach 74, Masern 159, Keuchhusten 63, Wundrothlauf 31, Wochenbettfieber 5, Mumps 10, Influenza 17. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 760 Personen gestorben (— 67 gegen die Vorwoche).

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 24. April 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

Docent Dr. v. Frankl-Hochwart: Ueber den Ménière'schen Symptomencomplex. (Mit Krankendemonstration.)

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 17. Sonntag den 28. April 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber objectiv wahrnehmbare Ohr- und Kopfgeräusche.

Von **Dr. S. Goldflam** und **Dr. S. Meyerson** in Warschau.

Die allerhäufigste Klage, mit welcher Ohrenkranke zum Arzte kommen, bilden bekanntlich verschiedene Geräusche, deren Quelle von den Patienten in das Ohr oder den Kopf, seltener aber außerhalb des Organismus verlegt wird. Wir bezeichnen dieselben als subjective Gehörsempfindungen, insofern sie nicht auf einem wirklichen, der Untersuchung zugänglichen Geräusche beruhen, und setzen dann voraus, daß die schallempfindenden Organe (der Stamm des Gehörsnerven, seine Endigungen im Labyrinthe, die Rinde der Schläfenlappen) sich in einem Reizzustande befinden. — Diese Reizerscheinungen können sehr leicht entstehen, da das Gehörorgan sich von den übrigen Sinnesorganen dadurch auszeichnet, daß es außerordentlich leicht schon im gesunden, ganz besonders aber im kranken Zustande von subjectiven Empfindungen heimgesucht wird (Lucae [1]). Jede Veränderung sowohl im schallempfindenden, als auch im schallleitenden Apparate kann ein Ohrgeräusch zur Folge haben, und scheitert an der Hartnäckigkeit dieser Geräusche öfters die Energie und Mühe des behandelnden Arztes. Die subjectiven Gehörsempfindungen bilden nicht nur das Symptom von Ohrenleiden, sie begleiten auch Allgemeinerkrankungen (fieberhafte Krankheiten, Anämie) und Vergiftungen (Chinin, Salicylsäure, Alkohol u. s. w.).

Als objective Gehörsempfindungen bezeichnen wir diejenigen, welche einem wirklichen, im Ohre selbst oder in seiner Nachbarschaft nachweisbaren Geräusche ihr Entstehen verdanken, und werden dieselben in musculäre und vasculäre Geräusche eingetheilt. Erstere kommen durch Muskelcontractionen, und zwar der Tuben- und Binnenmuskeln des Ohres zu Stande, letztere können sowohl in den Arterien, als auch in den Venen ihren Ursprung haben. Zufällige objective Geräusche, wie sie bei Lageveränderung von Fremdkörpern im Ohre, Lufteinblasungen, Schluckbewegungen u. s. w. beobachtet werden, sollen hier, als unwesentlich, nicht näher berücksichtigt werden.

Die musculären objectiven Geräusche beruhen am häufigsten auf einer Contraction des M. tensor veli palatini, wobei mit einer jeden Contraction ein Emporsteigen des weichen Gaumens und Abheben der Wülste der Tubenöffnung zugleich stattfindet und dadurch ein dem Knistern durch Reibung von zwei Fingernägeln aneinander oder dem Uhrticken ähnliches Geräusch erzeugt wird. Fälle von derartigem Geräusch sind vielfach in der Literatur verzeichnet, und zwar unter Anderem von Politzer [2]), Holmes [3]), Boeck [4]), Brunner [5]). Svan M. Burnett [6]) und Bremer [7]) beschreiben Fälle, in denen die Patienten das Geräusch willkürlich auslösen konnten, doch war in dem Falle von Bremer die Entstehungsart des Geräusches nicht nachweisbar. Küpper [8]) beschreibt einen Fall, bei welchem zugleich mit dem Gaumen auch Contractionen in den Muskeln des Gesichtes und Halses vorkamen. Urbantschitsch [9]) sah bei einem 12jährigen Mädchen nach einem Schreck Krämpfe des M. tensor palati entstehen, die während des Schlafes sistirten; er betrachtet den Fall als eine Chorea

[1]) Zur Entstehung und Behandlung der subjectiven Gehörsempfindungen. Berlin 1884, pag. 1.

[2]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Stuttgart 1882, Bd II, pag. 749.

[3]) Ein Fall von objectivem Ohrgeräusch. „Zeitschr. f. Ohrenheilkunde“, Bd. VIII, pag. 295.

[4]) „Arch. f. Ohrenheilk.“, Bd. II, pag. 202.

[5]) Kleinere Mittheilungen. „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, Bd. X, pag. 175.

[6]) Objective Wahrnehmung von Tönen im Ohr in Folge von willkürlicher Contraction der Tubenmuskeln. „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, Bd. IX, pag. 1.

[7]) Ein Fall von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen. „Monatsschr. f. Ohrenheilk.“, 1879, Nr. 10.

[8]) Ueber clonische Krämpfe der Schlingmuskeln. „Arch. f. Ohrenheilk.“ Neue Folge, 1893, Bd. I, pag. 296.

[9]) Handbuch der Ohrenheilk. Hrsg. v. Schwartze, 1892, Bd. I. — Allgemeine Symptomatologie von Victor Urbantschitsch, pag. 413—415.

minor, was durch den Umstand, daß Patientin schon vor Jahren auch in Folge von Schreck an Chorea generalis litt, bekräftigt wird. SZENES[10]) bringt 2 Fälle dieses Leidens, und in einem gelang es ihm, durch Massage des Ostium pharyngeum Heilung zu erzielen. Da das Geräusch von der Contraction des Gaumenhebers abhängig ist, so wird dasselbe durch ein mechanisches Hinderniß, wie z. B. den Druck des Fingers auf den Gaumen, momentan sistirt (POLITZER, URBANTSCHITSCH).

Folgender zu dieser Kategorie gehörender Fall, den einer von uns zu beobachten Gelegenheit hatte, soll hier kurz mitgetheilt werden.

Der 35jährige Notargehilfe N. kam mit der Klage über ein tickendes Geräusch im linken Ohre, das schon seit Jahren bestehe und auch für die Umgebung hörbar sein soll. Die Untersuchung ergab ein knisterndes, dem beim Bewegen zweier Fingernagelspitzen gegeneinander ähnliches Geräusch, das schon in der Entfernung von mehreren Centimetern vom linken Ohre des Kranken gehört wird. Das Geräusch wiederholt sich 80—100mal in der Minute und ist mit dem Pulse nicht isochron. Die Untersuchung der Ohren ergab: Trommelfelle etwas getrübt, Lichtkegel verstrichen, Gehör beiderseits gleich, etwas abgeschwächt (Taschenuhr circa 1 Meter). Am linken Trommelfelle ist keine Bewegung während des Geräusches bemerkbar. Die Untersuchung des Rachens zeigte, daß einem jeden Geräusche eine rhythmische Contraction des weichen Gaumens entspricht, wobei die Uvula mit einer hüpfenden Bewegung gehoben wird. Durch den Druck mit dem Finger auf den Gaumen ist Pat. im Stande, die Contraction und das Geräusch zu unterbrechen. Die Therapie blieb erfolglos.

Wir besitzen in der Literatur eine ganze Reihe von Fällen, in denen sich das Geräusch von der Contraction des Tensor tympani abhängig erwies, wobei sich Bewegungen am Trommelfelle sowohl mit dem Auge, als auch mittelst des Manometers nachweisen ließen. POLITZER führt in seinem Handbuche die Fälle von SCHWARTZE, LUCAE, SCHAPPRINGER und seine eigenen an, WOLFF[11]) erwähnt dreier Fälle, FREUND und KAYSER[12]) beschreiben einen Fall von beim Schließen der Augen eintretender Contraction des Tensor tympani.

Gewöhnlich genügt schon die stärkere Contraction der Augenlider bei Gesunden, um ein Geräusch in den Ohren hervorzurufen, das von der gleichzeitigen Contraction des M. stapedius abhängig ist (LUCAE, GOWERS[13]), was sich dadurch erklärt, daß beide Muskeln vom Facialis innervirt werden; dasselbe kann sich auch in pathologischen Zuständen manifestiren. So beschreibt GOTTSTEIN[14]) einen Fall von Blepharospasmus, in welchem während des Anfalles ein Sausen in beiden Ohren auftrat, und glaubt, daß dasselbe auf einen Krampf des Stapedius zurückzuführen sei.

Zuweilen findet gleichzeitig eine Contraction zweier Muskeln statt; so beobachteten SCHWARTZE[15]) und CH. H. BURNETT[16]) Fälle, in denen zugleich am Tensor palati und am Tensor tympani die Contractionen nachgewiesen werden konnten.

In eine andere Kategorie gehört der alleinstehende Fall von WAGNER[17]), in welchem in der Entfernung von 20 Cm. vom linken Ohre jede 5 Secunden ein knackendes Geräusch wahrgenommen werden konnte. Rechts war dasselbe schwächer. Durch Pressen und Schlucken wurde die Frequenz gesteigert. Die genaue Untersuchung des Trommelfelles ergab einen 2 Mm. langen, feinen Spalt, der sich beim Schlucken öffnete und sofort wieder schloß. Verf. glaubt, daß vielleicht der Spalt congenital sei.

* * *

Die objectiven Geräusche vasculären Ursprunges zeichnen sich dadurch aus, daß sie intermittirend und mit dem Pulse isochron sind. Dieselben werden in arterielle und venöse Geräusche geschieden und haben als gemeinsames Zeichen, daß sie durch den Druck auf die entsprechende Arterie, respective Vene unterbrochen werden können. Was die arteriellen Geräusche anbetrifft, so kann ein in irgend einer Gehirnarterie entstehendes Geräusch zum Gehörorgan fortgeleitet werden und daselbst als Sausen u. s. w. empfunden werden. Die Bedingungen für die Entstehung dieser Geräusche sind verschieden. So behauptet TRÖLTSCH in seinem Handbuche, daß Verengerung des Canalis caroticus das Entstehen von Gefäßgeräuschen hervorrufen könne. Diese Behauptung wird von URBANTSCHITSCH, der auf einigen Präparaten eine derartige Stenose nachweisen konnte, bestätigt.

HYRTL fand zuweilen eine übermäßige Entwicklung der Art. stapedia, die den Grund zur Entstehung von Geräuschen geben kann. In manchen Fällen konnte das Gefäßgeräusch nur auf eine Erweiterung der Gefäße und Erschlaffung der Gefäßwände unter dem Einflusse des sympathischen Nervensystems (Vasodilatatoren) zurückgeführt werden. So beobachtete URBANTSCHITSCH ein derartiges Geräusch bei M. Basedowii und in einem Falle nach plötzlicher Abkühlung des benetzten Kopfes, in welch letzterem durch Faradisation Heilung erzielt wurde. GOWERS erklärt durch vasomotorische Vorgänge zwei von ihm beobachtete Fälle von Geräuschen; in einem derselben fand sich eine Erkrankung der Halswirbel mit Druck auf die Art. vertebralis und die Aeste des N. sympathicus, in dem zweiten bestand ein Druck durch vergrößerte Lymphdrüsen auf den N. sympathicus, und schwand das Geräusch mit der Verkleinerung dieser Drüsen. ORNE GREEN[18]) beschreibt 2 Fälle von Geräuschen, die beim Druck auf die Art. carotis comm. schwanden. In diesen Fällen bemerkte er eine besondere Irritabilität der vasomotorischen Nerven und erklärt dadurch das Entstehen des Geräusches. Bekannt sind die bei Muskelanstrengungen, bei Blutandrang zum Kopfe, bei Klappenfehlern des Herzens entstehenden Geräusche, doch lassen sich dieselben selten objectiv nachweisen. MICHAEL[19]) beschreibt einen Fall von Insufficienz der Aortenklappen, in welchem Pat. sein lautes, musikalisches Herzgeräusch beständig hörte. ODDO[20]) beschrieb unlängst einen Fall von Insufficienz und Stenose der Mitralis, in welchem das Geräusch sich längs der Arterien bis auf die Extremitäten verfolgen ließ. Das Anlegen eines ESMARCH'schen Schlauches unterbrach die Fortleitung des Geräusches. PERZET[21]) hat beobachtet, daß das Herzgeräusch bei Kindern leicht nicht nur auf die Extremitäten, sondern auch auf den Schädel sich ausbreiten kann.

Die in der Schädelhöhle oder in deren Nähe sich befindenden Aneurysmen können ein objectives Geräusch hervorrufen. CHIMANI[22]) heilte ein derartiges Geräusch durch Unterbindung eines Aneurysma cirsoideum, das von der Ohrmuschel auf den Gehörgang übergangen war. BAYER[23]) beschrieb im Jahre 1854 einen Fall, wo das Geräusch auf Druck der Art. auricul. posterior schwand. HUTCHINSON[24]) beschreibt einen Fall von systolischem Kopfgeräusch bei einer Frau in Folge von Aneurysma art. carotidis internae. POORTEN[25]) bringt einen Fall

[10]) Bericht über die zweite Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft in Frankfurt. „Monatsschr. f. Ohrenheilk.", 1893, Nr. 10.

[11]) Unterbindung der Art. carotis comm. wegen Schußverletzung etc. „Arch. f. Augen- und Ohrenheilk.", Bd. II, 2. Abth., pag. 63.

[12]) „Deutsche med. Wochenschr.", 1891, Nr. 31.

[13]) A manual of diseases of Nervous system. Bd. II, pag. 248.

[14]) „Arch. f. Ohrenheilk.", Bd. XVI, pag. 61.

[15]) „Arch. f. Ohrenheilk.", Bd. II, pag. 4.

[16]) An objectiv noise in the ear accompanied by spasmodic retraction of the membran tympanic and of the velum palati. „Philad. med. Times", 1875. „Monatsschr. f. Ohrenheilk.", 1875, Nr. 5.

[17]) Ein höchst eigenthümlicher Fall von auch objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen. „Allg. med. Central-Ztg.", 1890, Nr. 36.

[18]) Transact. of the Americ. otologic. Soc. „Monatsschr. f. Ohrenheilk.", 1879, 12.

[19]) „Deutsche med. Ztg.", 1884, Nr. 10.

[20]) „Médecine moderne", 1893, Nr. 57.

[21]) Ref. im „Ctbl. f. klin. Med.", 1892, Nr. 19.

[22]) „Arch. f. Ohrenheilk." Neue Folge, 1874, Bd. II, pag. 62.

[23]) Comptes rendus des séances und Mémoires de la Société de Biologie, 1851, citirt nach POORTEN. „Monatsschr. f. Ohrenheilk.", 1878, 4.

[24]) „Med. Times", 1875, citirt nach POORTEN, ibidem.

[25]) Ein Fall von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen. „Monatsschr. f. Ohrenheilk.", 1878, 4.

von systolischem Geräusche bei einer 45jährigen Frau, das 2 Wochen nach einem Schlag auf den Kopf entstand und dem Brausen der Seewellen ähnlich war; Druck auf Carotis und Auricul. post. blieb ohne Einfluß. Das Wesen des Leidens konnte nicht eruirt werden. HERZOG[26]) beschreibt einen Fall von Ohrgeräusch, bedingt durch ein Aneurysma art. auric. post. TELEKY[27]) hat in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien eine Kranke vorgestellt, die seit 6 Jahren an einem Ohrgeräusch leidet. Pat. hatte Schwindelanfälle und Diplopie. Nach 4jähriger Dauer schwand das Geräusch auf 2 Jahre und ist seit einem halben Jahr wieder zurückgekehrt. Bei der Untersuchung ließ sich ein am ganzen Schädel, am stärksten aber am linken Ohr, hörbares Geräusch nachweisen, das mit dem Puls isochron war und durch Druck auf die Art. carotis comm. sin. sowohl sub- als auch objectiv unterbrochen wird. T. war der Meinung, daß das Geräusch von einem Aneurysma der Art. carot. ext. abhängig sei, da ein Aneurysma der Carot. interna Erscheinungen seitens des Gehirns hervorrufen müßte. T. fügt hinzu, daß vor 3 Jahren ein ähnlicher Fall von v. EITELBERG vorgestellt worden ist, der von BRANDT in Klausenburg durch Unterbindung der A. temporalis profunda geheilt wurde, nachdem derselbe sich überzeugte, daß der Druck auf diese Arterie genügte, um das Geräusch zu unterdrücken. In der sich daran knüpfenden Discussion bemerkte MAUTHNER, daß objective Kopfgeräusche den Augenärzten ein sehr bekanntes Phänomen seien, nämlich beim pulsirenden Exophthalmus. Es handle sich dabei um einen durch Verletzung entstandenen Riß der Carotis interna innerhalb des Sinus cavernosus, wodurch ein Aneurysma arterioso venosum entstehe.

In dem folgenden von uns beobachteten Falle war ein am ganzen Schädel und Gesicht hörbare arterielle Geräusch von besonderer Intensität:

Frau P. C. aus Porysow, 24 Jahre alt, meldete sich uns am 2. Februar 1892 mit der Klage über unerträgliches Sausen im linken Ohre und heftige Kopfschmerzen. Das Leiden begann am Anfange des Jahres 1891 mit Kopf- und Ohrenschmerzen linkerseits, später gesellte sich ein Geräusch im linken Ohre und wiederholtes Erbrechen hinzu. Pat. soll zeitweise auch etwas gefiebert haben, wobei sie sich dann schlimmer fühlte und wie betäubt war, ohne jedoch das Bewußtsein zu verlieren. Seit 6 Wochen bemerkte Pat., daß ihr Sehvermögen allmälig abnehme und ist dasselbe jetzt sehr abgeschwächt. Pat. ist verheiratet, hat 3 Kinder, die sie selbst stillte, geboren, das letzte vor einem Jahre, kein Abortus. Vom Manne wurde sie öfter, und zwar auf den Kopf, geschlagen. Sonst war sie immer gesund.

Frau von mittlerem Wuchs, robuster Constitution und gut genährt, hat einen stupiden Gesichtsausdruck und ist nicht im Stande, ihre Krankengeschichte genau zu erzählen, worin sie von dem sie begleitenden Vater vertreten wird. Innere Organe gesund, Puls 90, am Herzen keine Veränderungen.

Die Untersuchung der Gehörorgane ergibt: Gehörgänge frei, Trommelfelle beiderseits getrübt und eingezogen, Lichtreflexe verstrichen. Gehörschärfe am linken Ohre: Taschenuhr 15 Cm.; am rechten 1 Meter. Bei der nun vorgenommenen Untersuchung der Tuben mittelst Katheterismus wird in dem Augenblick, als das Ohr der Pat. mit dem Ohre des Untersuchenden mittelst Othoskop verbunden wird, ein objectiv hörbares hauchendes Geräusch wahrgenommen. Dieses Geräusch ist synchronisch mit dem Pulse, hat den Charakter des Hauches „Ch“ und wird mit jeder Systole stärker, mit der Diastole schwächer empfunden, schwindet aber nicht ganz, so daß jedes Hauchen sowohl mit dem vorhergehenden, als auch mit dem folgenden zusammenfließt. Bei der Luftdouche durch den Katheter erweisen sich die Tuben durchgängig. Bei der weiteren Nachforschung zeigte sich, daß die Auscultationserscheinung in derselben Stärke und Charakter nicht nur beim Anlegen des Stethoskops an die linke Ohrmuschel hervortrete, sondern auch am ganzen Schädel, an den Augen und Gesichtsknochen gehört wird, doch wird das Geräusch, je näher das Stethoskop zur rechten Kopfhälfte vorrückt, immer schwächer, so daß es am schwächsten, aber immer noch deutlich, an der rechten Ohrmuschel gehört wird, mittelst des Othoskop aber wird dasselbe vom rechten Ohre der Kranken nicht percipirt. Am unteren Kiefer ist das Geräusch bei geschlossenem Munde stärker, als bei offenem Munde.

Die weitere Untersuchung ergab, daß ein auf die linke Art. carotis communis mit dem Finger ausgeübter Druck das Geräusch sowohl subjectiv als auch objectiv für die ganze Dauer des Druckes sistirte. Beim Drucke auf die rechte Art. carotis communis wird das Geräusch etwas schwächer, ohne jedoch ganz unterbrochen zu werden.

Die Augen der Pat. sind weit geöffnet, Augäpfel etwas prominent, nicht pulsirend. Die Beweglichkeit der Augen ist etwas beschränkt, und zwar in ihren seitlichen Bewegungen, so daß sie nicht bis zu den äußeren Lidwinkeln bewegt und auch nicht vollständig convergirt werden können. Die von Dr. WINAWER ausgeführte ophthalmoskopische Untersuchung ergab: Die Papillen der Sehnerven leicht geschwellt, Arterien sehr dünn, kaum bemerkbar, Venen dick, die Grenzen der Papillen verstrichen (Stauungspapille). Im linken Auge befinden sich an der Netzhaut kleine weiße Flecke, hie und da Ecchymosen. Die Sehkraft in beiden Augen sehr gering: Pat. zählt Finger in der Entfernung von 15 Fuß. Gesichtsfeld nach allen Richtungen stark eingeengt. Die Pupillen mittelweit, reagiren auf Lichtreize noch ziemlich gut. Die oberen Lider sind wenig gefaltet, auch die Gesichtsfalten sind verstrichen, was der Physiognomie einen stupiden Ausdruck verleiht. Lähmungen im Bereiche anderer Schädelnerven sind nicht vorhanden.

Die Untersuchung der Nase, des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes ergibt keine organischen Veränderungen. Die Schlingbewegungen sind normal, ohne Verschlucken, kein Abfließen der Speisen durch die Nase. Die mechanische Reizung des Gaumens, der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut löst keine Reflexe aus.

Der Kopfschmerz ist nicht auf einen gewissen Punkt localisirt, sondern bezieht sich auf den ganzen Schädel und klagt Pat., daß ihr „der Kopf schwer ist“, so daß sie ihn kaum aufrecht halten kann. Bei Percussion ist der Schädel nicht schmerzhaft.

Die Muskelkraft ist in der linken Hand geringer als in der rechten: sie beträgt links 4 Kgrm., rechts 18 Kgrm.; die linke obere Extremität kann nicht so hoch gehoben werden, wie die rechte; die linke untere Extremität ist auch etwas paretisch. Kniereflex linkerseits stärker als rechts, links ist auch ein schwacher Fußclonus vorhanden. Pat. ist hinfällig, hat einen langsamen Gang und wird wegen Schwäche vom Vater geführt.

Den Harn läßt die Kranke schon seit einigen Wochen unter sich, und zwar sowohl Nachts, als auch am Tage; er enthält weder Eiweiß noch Zucker.

Wir hatten also einen Fall von objectiv am Schädel wahrnehmbarem Geräusch vor uns, das mit dem Pulse isochron und von Symptomen des Gehirndruckes begleitet war. Die Diagnose schwankte, wie wir das weiter auseinandersetzen werden, zwischen Aneurysma der Art. carotis internae und einem Gehirntumor. Mit Rücksicht auf die Thatsache, daß der Druck auf die Art. carotis comm. sin. constant das Geräusch sowohl subjectiv als auch objectiv zum Schwinden brachte, sogar bei über eine Stunde dauerndem Druck, und daß dieser Druck keine Gehirnerscheinungen zur Folge hatte, und schließlich in Anbetracht dessen, daß doch die Hauptklage der Kranken das unerträgliche Sausen im Kopfe betraf, dem wir auf anderem Wege nicht abhelfen konnten, beschlossen wir nach Berathung mit Dr. KRAJEWSKI, die Ligatur der linken Art. carotis comm. vorzunehmen. Zu diesem Zweck wurde die Kranke in die chirurgische Abtheilung dieses Collegen im Kindlein Jesu-Spital gebracht, woselbst während einer Woche täglich der Druck auf die Carotis stundenlang ausgeführt wurde, um Pat. an die Circulationsveränderungen, die sie nach der Ligatur der Carotis erwarteten, vorzubereiten. Im Laufe dieser Woche blieben die Symptome, was das Geräusch anbetrifft, unverändert, nur bemerkten wir,

[26]) Ein Fall von Ohrgeräusch, bedingt durch eine aneurysmatische Erweiterung im Bereiche der Art. auric. post. sin. „Monatsschr. f. Ohrenheilk.“, 1881, Nr. 8.

[27]) Sitzungsbericht der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. „Wiener Med. Presse“, 1893, Nr. 6.

daß das Sehvermögen der Pat. von Tag zu Tag schwächer wurde, so daß sie am Operationstage schon die sie umgebenden Gegenstände nicht mehr unterscheiden konnte. Die Operation wurde von Dr. KRAJEWSKI in unserer Gegenwart am 15. Februar, um 11 Uhr Früh, ausgeführt. Es wurde in der Chloroformnarkose die Ligatur der linken Carotis communis gemacht. Die Kranke überstand die Operation gut, ohne irgend welche Symptome seitens des Gehirns zu zeigen, das Geräusch verschwand unmittelbar sowohl sub- als auch objectiv. Aber schon nach 4 Stunden war das Sausen im linken Ohre wieder vorhanden und ließ sich das Geräusch, wenn auch etwas schwächer, mittelst Stethoskop an der linken Seite des Schädels durch den Verband wahrnehmen.

Am folgenden Tage notirten wir: Pat. hat gut geschlafen, ist fieberlos, empfindet das Geräusch im linken Ohre schwächer, durch die Untersuchung jedoch mittelst Stethoskop durch den Verband läßt sich dasselbe in früherer Stärke und Charakter nachweisen, gerade so, wie vor der Operation. Der Verband wurde am 19. Februar abgenommen, die Wunde war per primam geheilt, die Nähte, mit Ausnahme zweier wurden entfernt. Pat. behauptet, daß das Geräusch schwächer ist, und daß sie mit dem linken Auge etwas besser sähe, in der That sieht sie Finger in Entfernung von 6 Fuß und unterscheidet das Fenster. Der Gesichtsausdruck ist weniger stumpf, die Unterhaltung etwas freier. Erst am 22. Februar gab Pat. an, das Geräusch in früherer Stärke zu hören, was auch objectiv bestätigt werden konnte. Wenn man jetzt die rechte Carotis comm. dem Fingerdruck aussetzt, wird das Geräusch etwas schwächer, verschwindet aber nicht; Gehirnsymptome sind dabei auch nicht vorhanden. Die Wunde ist vollständig geheilt; die letzten zwei Nähte wurden entfernt. Am 28. Februar wurde Pat. auf Verlangen des Vaters aus dem Krankenhause entlassen und reiste in ihre Heimat zurück. Später erfuhren wir, daß sie einige Wochen nach ihrer Ankunft daselbst gestorben ist, doch konnten wir trotz sorgfältiger Nachforschungen nichts über den weiteren Verlauf der Krankheit und die Art des Todes erfahren.

(Schluß folgt.)

260 Radicaloperationen nach Bassini

nebst einer eigenen Methode der conservativen Vorlagerung des Leistenhodens.

Mitgetheilt von **Prof. C. Nicoladoni** in Innsbruck.

(Fortsetzung und Schluß.)

Es gibt aber noch überdies einige Abweichungen von dem Paradigma der Leistenhernien, denen die anderen Methoden nicht gewachsen sind. Ich habe in meiner ersten Abhandlung darauf bereits hingewiesen und wiederhole es hier insbesondere, daß anatomische Abnormitäten der Leistenhernien nur mit völliger Aufdeckung des ganzen Canales glücklich gelöst werden können.

Dazu gehören innige Verlöthungen des Samenstranges mit dem Bruchsacke, Lipombildungen am Samenstrange, Bruchsäcke mit Divertikeln, doppelte Bruchsäcke mit einfacher innerer Bruchpforte; die Hernia inguinalis interna mit ihrer die epigastrischen Gefäße so nahe interessirenden Topographie, die subaponeurotische und präperitoneale Ausbreitung des Bruchsackes, der Coecal- und der Blasenbruch, die Hernie des Proc. vermiformis und des S romanum; alle diese, wie unsere Tabellen zeigen, gar nicht so selten vorkommenden Fälle erfordern zu ihrer befriedigenden Lösung eine freie, vom wachsamen Auge geleitete Präparation des Bruchperitoneums bis an die epigastrischen Gefäße hinauf; und endlich ist, wie weiter unten gezeigt werden soll, eine richtige ideale Behandlung des inguinalen Kryptorchismus durch keine andere als BASSINI's Methode zu bewerkstelligen.

Ja man kann sagen, daß alle diese von dem gewöhnlichen Bruchschema abweichenden Verhältnisse überhaupt nur richtig erkannt werden können, wenn man den Leistencanal in seinem ganzen Verlauf entfaltet und seinen Inhalt klar und übersichtlich bloßgelegt hat.

KOCHER hat in seiner neuen, von vollendeter Meisterschaft zeugenden chirurgischen Operationslehre uns mit seinem in jüngster Zeit geübten Verfahren an der Hand von kunstvoll ausgestatteten, die operativen Acte in klarer Präcision wiedergebenden Figurentafeln bekannt gemacht; er bezeichnet sie als Verlagerungsmethode. Sie besteht in Folgendem:

„Nach Isolirung des Bruchsackes wird lateralwärts von der Gegend des hinteren Leistenringes in die derbe Fascie des Obliquus externus eine kleine Oeffnung gemacht, von welcher aus eine eigens gebogene Kornzange in den Leistencanal eingeführt und durch den ganzen Canal zum vorderen Leistenringe vor dem Samenstrange herausgeführt wird. Die so frei gewordene Spitze des Istrumentes faßt die Kuppe des frei präparirten Bruchsackes und zieht den ganzen Bruchsack durch den Leistencanal zurück durch die kleine Oeffnung lateralwärts heraus."

„Der Bruchsack wird kräftig angezogen, so daß er jetzt vom hinteren Leistenring weg, statt median abwärts neben dem Samenstrang zu verlaufen, lateral und etwas aufwärts in entgegengesetzter Richtung läuft und der Peritonealtrichter des Bruchsackhalses fest in die kleine Oeffnung der Bauchwand hineingezogen wird; nun wird mittelst einer Nadel der in der Bauchwand liegende Theil des Bruchsackes umstochen und mittelst eines Fadens kräftig umschnürt. Hierauf wird der zusammengefaltete Bruchsack auf die Außenfläche der schrägen Bauchfascie gelegt, so weit diese die Vorderwand des Leistencanales bildet und mit 2—3 Nähten auf ihr festgenäht, die so angelegt werden, daß sie so tief wie möglich die obere und untere Wand des Leistencanales fassen."

In der letzten Zeit hat KOCHER den Bruchsack nicht medianwärts zurückgeschlagen, sondern in der Richtung gegen die Spina a. s. il. auf der Fascia obl. ext. mit Nähten fixirt, um das Peritoneum noch mehr lateralwärts zu spannen und den Austritt eines Bruchsackes in der Richtung des Samenstranges zu vereiteln.

KOCHER sagt: „Die Verlagerung des Bruchsackes löst in einfacher Weise das Problem, einer Hernie den Austritt auf dem Wege einer physiologisch gegebenen Oeffnung zu versperren."

Es unterliegt keinem Zweifel, dass dieses prächtig ersonnene und durchgeführte Verfahren zum befriedigenden Ziele führt und geeignet ist, auf die Dauer den inneren Leistenring des Peritoneums zu verlegen. Es paßt aber, wie wir an einem jüngst an der Klinik operirten einschlägigen Fall sehen konnten, nur für schematische Fälle, und KOCHER selbst empfiehlt es „für nicht zu große und nicht zu dickwandige Hernien", in welchen es gewiß gerechtfertigte und beifällige Nachahmung finden wird.

Die Anwendung seines Princips der Verlagerung auf die Schenkelhernien ist weiters als eine willkommene Neuerung in der Radicaloperation eines Bruches zu begrüßen, an welchem bisher alle Maßnahmen keinen völlig befriedigenden Verschluß zu erzielen im Stande waren.

Ich glaube schließlich keinem Widerspruche zu begegnen, wenn ich mich dahin ausspreche, daß zur idealen Behandlung des Kryptorchismus interstitialis einzig und allein nur BASSINI's Methode tauge. Mit keiner anderen ist dieser Zustand einer befriedigenden operativen Lösung zuzuführen.

Wir haben bei unseren Fällen, wenn sie mit Offenbleiben des Proc. vaginalis complicirt waren, zwei Haupttypen gefunden.

Es bestand entweder (Fig. 1) ein anatomisch wohl ausgebildeter Leistencanal, durch welchen eine Inguinalhernie, der offene Proc. vaginalis, zog, in dessen hinterer Wand der kleinere Hode eingebettet lag, zu welchem ein von der Serosa innig umhüllter dünnerer Samenstrang bald mehr, bald weniger geschlängelt hinführte.

Oder es fehlte (Fig. 2) ein eigentlicher Leistencanal in der Art, daß gleich hinter der Aponeurose des M. obliquus

externus ein voluminöser, mit Darmschlingen erfüllter, sehr **zartwandiger** seröser Sack lag, der zwischen genannter Fascie **und dem** gemeinsamen Fleischlager des M. obliquus internus **und M.** transversus eingeschaltet war und diese beiden **Schichten** auseinanderdrängte.

Dieser retroaponeurotische Sack communicirt durch eine **ansehnliche**, die Apertura interna deckende, das Muskellager des **Obliquus** und Transversus direct von hinten nach vorne **durchbohrende** Lücke mit der Bauchhöhle unter Einschaltung **eines kurzen**, weiten, serösen Halses, an dessen innerer Seite sofort hinter den leicht zurückschiebbaren Muskelbündeln die Art. epigastrica gesehen werden konnte.

Sowohl nach auf- und auswärts, bis nahe zur Spina anterior hin, als auch nach ab- und einwärts zur Apertura externa des Obl. externus breitete sich dieser Sack in mächtiger Entfaltung aus, von wenigen horizontal über ihn verlaufenden dünnen Schleifen spärlicher, aus dem fleischigen Rande der Lücke, dem Obl. internus entstammenden Muskelfaserbündeln umsponnen: einer Andeutung eines mangel- und fehlerhaft entwickelten Cremasters. Er war so dünn und lückenhaft

Fig. 1.

Fig. 2.

daß durch die zarte Hülle die Därme deutlich kennbar durchschimmerten.

Dieser subaponeurotische Sack hatte eine Fortsetzung nach abwärts in's Scrotum, die von ihm durch eine dem Hiatus obliqui externi entsprechende Einschnürung auch äußerlich kennbar abgegrenzt erschien. (Fig. 3.)

Hinter dieser Grenze lag, im Bereiche der oberen Kammer, ziemlich beweglich der hinteren Wand eingebettet, der kleine, taubeneigroße Hode mit dem entsprechend dünneren Samenstrange.

Wie soll man so complicirte Lageverhältnisse ideal lösen?

Die ideale Aufgabe besteht hier in der Radicaloperation des Bruches und in der Tieflagerung des Hodens dorthin, wo er hin gehört, d. i. in das Scrotum.

Schüller hat im Jahre 1881 („Centralbl. f. Chirurgie", VIII. Jahrg., S. 819) an einem einzigen Falle, den er zu operiren Gelegenheit hatte, ein Verfahren angegeben, das nur für den einfachen Zustand des Kryptorchismus interstitialis mit guter Entwicklung eines Leistencanales paßt. S. „trennt das die Apertura externa deckende lose Zellgewebe und geht mit einem Finger durch den Inguinalcanal in den properitonealen Raum, in welchem der zurückgetretene Testikel liegt. Wenn auch der kleine Hode selber schwer zu fühlen ist, so lassen sich die gewöhnlich stark (?) entwickelten Gefäße des Samenstranges leicht erkennen. Diese strangförmige Masse hackt man mit dem Finger an, zieht sie gegen den Inguinalcanal und endlich durch diesen heraus. Dann eröffnet man die musculöse und fibröse Hülle sowie die Tunica vaginalis in der Längsrichtung. Hierauf läßt man die Isolirung und Mobilisirung des Samenstranges folgen, indem man unter sorgfältiger Vermeidung der Gefäße und Nerven (?) des Samenstranges sowie des Vas deferens erst die Tunica vaginalis in einer horizontal verlaufenden Linie und dann in gleicher Richtung auch die musculöse (?) und fibröse Hülle des Samenstranges durchtrennt, eventuell auch ein Stück weit ablöst. Der dadurch erst beweglich gemachte Hode wird mittelst mehrerer durch seine hintere und untere Oberfläche und die Scrotalhaut gelegte Matratzennähte im Grunde der entsprechenden Sackhälfte befestigt. Hierauf wird der Scheidenhautcanal und der erweiterte Leistenring verschlossen, ersterer mit Schnürnaht letzterer durch einige Knopfnähte".

Das Wesentliche dieses Verfahrens besteht daher darin, daß der Samenstrang nur auf eine sehr kurze Strecke hin von dem Proc. vaginalis peritonei befreit wird. Nach meinen Erfahrungen erachte ich dies nicht für genügend, um den Hoden mobil zu machen, weil der Samenstrang immer in größerer Ausdehnung mit der Serosa innig verlöthet ist und sich erst dann in ganzer Länge entfalten und frei spannen läßt, wenn er von dieser in seinem ganzen Verlaufe völlig befreit worden ist. Diese Maßregel kann bei schon kürzerem Samenstrange nicht entbehrt werden und die nur ringförmige kurze Bloßlegung des Funic. spermaticus wird nur in einem Falle mit bedeutenderer Längsentwicklung dieses Stranges von Erfolg begleitet sein. Da Schüller seine Operationsmethode an der Hand eines einzigen Falles dargelegt hat, so liegt die Vermuthung nahe, daß dieser gerade so günstige Verhältnisse geboten hatte, um mit seinem Verfahren auszukommen. Anders steht die Sache bei kurzem Samenstrange und bei topographischen Complicationen des Leistenhodens.

Es kann jenes Verfahren kein paradigmatisches sein, da es gewiß nicht für alle Fälle befriedigt, abgesehen davon, daß es den Samenstrang nicht völlig frei macht.

Das einzig zulässige Verfahren kann nur in der völligen Lösung des Samenstranges vom Bruchsacke, Abbindung des letzteren hoch oben an der Epigastrica, Herstellung einer musculösen hinteren Wand des Leistencanales und Verlagerung des beweglich gemachten Hodens in das Scrotum gefunden werden.

Alle diese Ziele ermöglicht erst das Bassini'sche Verfahren; denn ohne die Spaltung des Obliquus externus gelingt es niemals, den dünnen Samenstrang aus der innigen Umwachsung des serösen, hier immer dünnwandigen Proc. vaginalis zu lösen.

Diese Arbeit erfordert hier ein wenig Geduld. Sie wird, so wie mir, Jedermann gelingen; man muß sich bei der Abblätterung der serösen Hülle nur stets an die Nähe der Apertura interna halten, immer aufwärtsvom Hoden, in dessen Nähe die Verlöthung mit dem bereits zu einer schwächlichen Epididymis entfalteten Samenstrange eine recht innige ist. Weiter aufwärts jedoch gelingt die zarte Lösung von dem drehrunden Samenstrange ohne Anstand.

Ich habe früher, besonders in Fällen mit subaponeurotischer Entwicklung des Kryptorchismus, die Radicaloperation immer mit der Castration des Hodens verbunden, in dem Gedanken, daß der Samenstrang für einen Scrotalsitz des

Hodens zu kurz sei und das zweifelhafte Schicksal des letzteren eine solche Mühe nicht lohne.

Es ist jedoch überraschend, wie sehr der Leistenhode beweglich wird, wenn sein Samenstrang einmal aus dem Proc. vaginalis gelöst ist und wie weit sich dieser ohne übermäßige Spannung dehnen läßt.

Eine andere Frage ist es, ob es gerechtfertigt sei, ein Organ zu erhalten, das in einer so großen Procentzahl später seinen Träger durch pseudoplastische Erkrankung in Lebensgefahr bringt.

Schüller glaubt, daß vielleicht die nun richtige Lage dem Hoden sein normales Wachsthum und seine richtige Entwicklung fördere und ihn so vor der Neubildung bewahre.

Das ist sehr wohlmeinend, jedoch nicht streng pathologisch gedacht; die Neigung des Kryptorchismus zur Afterbildung liegt gewiß in einer inneren elementaren Veranlagung des auf den weiblichen Typus zurückvariirenden Organes und nicht in der fehlerhaften Lage, ein Gedanke, der es verdiente, an einem genügenden anatomischen Materiale näher verfolgt zu werden.

Hat ein Mensch einen beiderseitigen Kryptorchismus, wie Fall 259 (Fig. 3), und beiderseitige Hernie, so wird die Erhaltung des wenn auch defecten Organes zum Gebote.

Ein kryptorchischer Hode ist aber auch nicht immer so elend unansehnlich, daß man ihn sofort zur Castration verurtheilen müßte. Es gibt unter ihnen wohl sehr häufig kleine, platte und schlaffe Exemplare manchmal jedoch auch solche, welche doch eine respectable Größe und Völle zeigen, deren Erhaltung am richtigen Orte den operativen Ehrgeiz wachzurufen im Stande ist.

Fig. 3.

Vorläufig liegt die Angelegenheit so, daß kein Vorwurf gegen den erhoben werden kann, der einen einseitigen Leistenhoden zum Zwecke der Radicalheilung einer daneben bestehenden Inguinalhernie castrirt; aber auch nicht gegen den, der unter gleicher Indication einen Kryptorchis mit conservativer Vorlagerung behandelt.

Die von mir in den letzten Fällen befolgte Methode besteht darin, daß nach Befreiung des Samenstranges bis in die Apertura interna hinein, der Proc. vaginalis nach sorgfältigem

Fig. 4.

Ausstreichen seines Inhaltes im Niveau der A. epigastrica unterbunden und diesseits der Ligatur abgetrennt wird (Fig. 4). Hieran schließt sich unmittelbar die tiefe Naht der Bauchmusculatur mit dem Poupart'schen Bande. Dann wird der aufwärts vom Hoden gelegene Antheil des Proc. vaginalis entfernt und von seinem distalen Antheile nur so viel abgetragen, daß die davon zurückbleibenden Reste genügen, den Hoden mit einer Tunica testis zu versehen.

Der abwärts vom Hoden liegende und mit seiner Epididymis innig verbundene Rest des Proc. vaginalis wird jedoch geschont und zu einer Art von Gubernaculum (c) verwendet, mit dessen Hilfe der Testikel an seinem neuen Platze dauernd festgehalten werden soll.

Ich habe dieses Gubernaculum zuerst an dem tiefsten Punkte des Scrotums durch eine dort gesetzte Lücke herausgeleitet und so weit vorgezogen als die Spannung des Funic. spermat. es gestattete, dann mit starker Seidennaht an die Ränder der Scrotalhaut fixirt und das überflüssige vorstehende Ende des Leitbandes abgetragen.

Bei dieser Methode zieht jedoch später der elastische Samenstrang den Scrotalbeutel sammt dem Hoden wieder empor, so daß ich jetzt zu dem in den letzten Fällen

Fig. 5.

beobachteten Vorgange gelangt bin: hinter dem Scrotum in der unnachgiebigen Haut des Perineum (P) eine Lücke zu machen, durch diese hindurch das Gubernaculum bis zu einer noch erlaubten Anspannung des Samenstranges, welche den Hoden tief in's Scrotum fördert, zu führen und an ihren Rändern mit groben Seidennähten festzumachen (Fig. 5).

Der Gubernaculumstumpf vernarbt fest mit der Haut und ist nach der Heilung als ein derber Strang in's Perineum hinein zu verfolgen. Bei dem Pat., bei welchem der Samenstrang wegen Benützung der hinteren Scrotalhaut nicht genügend gespannt blieb, stieg der Hode an dem absteigenden Schambeinaste etwas empor, während er bei den anderen im Scrotum verharrte.

Im Falle Nr. 260 wurde die so schwer zu deckende Perinealwunde inficirt; es eiterte um das Gubernaculum herum und dieses wurde nekrotisch. Es wird sich daher künftighin empfehlen, nach gemachtem Hautschlitze das Ende des Leitbandes mit versenkten Catgutnähten subcutan zu fixiren und darüber die gesetzte Perinealwunde sofort durch die Naht zu schließen, um an diesem leicht gefährdeten Orte eine Primaheilung zu erzwingen.

Bemerkungen
über
Aetiologie und Therapie der Nachtschweiße bei Lungenphthise.

Von **Dr. S. L. Skrainka,** Curarzt in Rožnau.

Alle Mittel unseres Arzneischatzes, welche wir bei **Bekämpfung** der Nachtschweiße der Phthisiker in Anwendung **bringen**, genügen den Anforderungen der Indicatio symptomatica; sowohl die Streupulver durch mechanischen Effect, als auch die anderen Mittel, wie Atropin, Hyoscin, Agaricin, Kamphersäure etc., durch ihre directe Einwirkung auf die Secretionsnerven, beschränken allerdings für kürzere oder längere Zeit die Schweißsecretion, sie sind jedoch nicht im Stande, die Ursachen, welche zur profusen Schweißsecretion führen, zu entfernen; denn erst nach Entfernung dieser Ursachen kann von einem bleibenden therapeutischen Erfolge die Rede sein.

Welches sind nun die Ursachen, die den copiösen Ausbruch von Schweiß bei Phthisikern bewirken? Wir wissen aus der Physiologie, daß die Hautathmung, ebenso wie die Lungenathmung, CO_2- und H_2O-Abgabe umfaßt. Allerdings ist die CO_2-Abgabe durch die Haut nur eine geringe, sie beträgt circa $^1/_{220}$ der Lungenausscheidung; es besteht jedoch zwischen Haut- und Lungenathmung eine Wechselbeziehung in der Weise, daß Haut und Lunge bezüglich der Athmung vicariirend für einander eintreten. Es unterliegt also keinem Zweifel, daß die Haut des Phthisikers, dessen Lungenathmung behindert ist und ein Minus an Abgabe von CO_2 und H_2O aufweist, mit einem Plus an Abgabe von CO_2 und H_2O reagirt. Da nun Ueberladung des Blutes mit CO_2 an und für sich schon vermehrte Schweißsecretion bewirkt, ist noch ein Grund mehr vorhanden, daß der Phthisiker zu Schweißen disponirt ist. Es finden daher sowohl die Ansicht Traube's, daß der Phthisiker die verminderte H_2O-Abgabe durch die Lunge durch vermehrte Schweißsecretion ersetze, als auch die Ansicht anderer Autoren, welche die profusen Schweiße der Phthisiker auf CO_2-Ueberladung des Blutes zurückführen, in physiologischen Thatsachen ihre Bekräftigung; es drängt sich uns jedoch bei Berücksichtigung der Thatsache, daß die Schweiße des Phthisikers zumeist während der Nachtruhe, insbesondere um die Mitternachtszeit und gegen Tagesanbruch so copiös hervorbrechen, eine andere Frage auf, nämlich: Warum treten diese Schweiße gerade zu diesen bestimmten Zeiten so profus auf? Es liegt sehr nahe, diese Schweiße nach Analogie mit anderen fieberhaften Erkrankungen, mit Fiebererscheinungen des Phthisikers in Zusammenhang zu bringen; die Erfahrung belehrt uns jedoch, daß auch fieberfreie Phthisiker von Nachtschweißen belästigt werden.

Wir werden der Beantwortung der zuletzt gestellten Frage näher rücken, wenn wir die Beziehungen zwischen Stoffwechsel, Temperatur und Perspiration in Erwägung ziehen.

Wie verhält es sich mit dem Stoffwechsel zur Zeit der Ruhe im Allgemeinen? Zur Zeit der Ruhe, noch mehr während des Schlafes ist der Stoffwechsel verlangsamt; es fällt ja die willkürliche Muskelthätigkeit, weiters die Nahrungsaufnahme weg, auch die Drüsenthätigkeit ist eine verlangsamte, die Bildung von Stoffwechselproducten ist also eine geringere, mithin ist auch die Bildung von CO_2 und deren Abgabe eine geringere. Man sollte meinen, daß der Phthisiker zur Ruhe, respective zur Nachtzeit weniger zum Schwitzen disponirt ist, da er sich einer weit geringeren CO_2-Menge als am Tage zu entledigen hätte. Dem wäre auch in der That so, wenn er die ganze Menge von CO_2, welche sich am Tage durch regeren Stoffwechsel gebildet hat, auch ganz am Tage abgeben würde. Seine Lunge weist jedoch eine bedeutende Abnahme der vitalen Capacität auf, mit jedem Athemzuge bleibt ein abzugebendes Residuum von CO_2 im Körper zurück, so daß der Phthisiker auch zur Zeit der Ruhe seinen Organismus von CO_2-Anhäufung zu befreien hat, wenigstens in der ersten Zeit der Ruhe wird eine reichliche CO_2-Abgabe stattfinden.

Normaliter geht parallel mit der Verlangsamung des Stoffwechsels der Abfall der Temperatur, mit dem Abfalle der Temperatur eine Steigerung der Perspiration einher. Die Körpertemperatur steigt bekanntlich anhaltend von Früh bis Abend und fällt vom Abend bis zum Morgen wieder anhaltend ab, und zwar erreicht die Temperatur ihr Minimum allmälig von Mitternacht bis gegen die ersten Morgenstunden abfallend. Die Perspiration der Haut erreicht ihr Maximum um Mitternacht. Nun ist das vornehmste wärmeregulirende Organ die Haut; Contraction der Haut und ihrer Gefäße vermindert die Wärmeabgabe, Relaxation der Haut und Erweiterung der Gefäße vermehrt unter Schweißausbruch die Wärmeabgabe. Relaxation der Haut, weiters Herabsetzung der vitalen Energie der Hautnerven und leichte Erregbarkeit der Vasodilatatoren gehören mit in das Symptomenbild der Lungenphthise, so daß die Erklärung naheliegt, daß der Ausbruch von Schweiß bei fieberfreien Phthisikern um Mitternacht und am Morgen nach gewöhnlichen physiologischen Gesetzen erfolgt, daß aber das profuse, copiöse Hervortreten desselben, abgesehen von behinderter Athmung, CO_2-Anhäufung etc. gerade in der Erschlaffung der Haut und ihrer Nerven seinen Grund hat.

Noch eine Thatsache von Wichtigkeit ist erwähnenswerth. In den meisten Fällen von Lungenphthise ist der Panniculus adiposus geschwunden, der Phthisiker hat an Körpergewicht verloren, an Hautoberfläche zugenommen, was besagen will, daß sein wärmeabführendes Organ vergrößert ist. Ein Ansteigen der Temperatur wird in diesem Falle unbedingt mit größerer Gewebsverbrennung, also unter Mehrbildung von CO_2, vor sich gehen, ein Abfall der Temperatur wird prompter und rascher, natürlich auch unter großer Schweißproduction erfolgen. Schließlich müssen auf die äußeren Verhältnisse, welche auf Schweißbildung an der Hautoberfläche von Einfluß sind, als: Feuchtigkeitsgehalt und Temperatur der umgebenden Luft, sowie die Bekleidung des Pat. erwähnt werden.

Aus dem Gesagten erhellt, daß wir bei Bekämpfung der Nachtschweiße der Phthisiker auf Folgendes bedacht sein müssen: Für's Erste muß unser Bestreben darauf gerichtet sein, daß die CO_2-Anhäufung im Blute hintangehalten werde, dann soll die Erschlaffung der Haut behoben, endlich gegen Vergrößerung der Hautoberfläche angekämpft werden.

Bei Vornahme der Untersuchungen am Spirometer machen wir die Erfahrung, daß die vitale Capacität der Lunge durch Uebung am Spirometer eine Vergrößerung aufweist. Den gleichen Erfolg, auch ohne Spirometer, können wir durch eine methodische Lungengymnastik erreichen. Ich ließ die Pat. während ihres Curaufenthaltes folgendermaßen vorgehen. Der Pat. suchte sich — um das Nützliche mit dem Angenehmen zu verbinden — während seiner gewöhnlichen Promenade im Walde, den Ast einer Fichte oder Tanne aus, dessen Höhe ungefähr seiner (des Pat.) Körperlänge bis zur Schulter Plus der Länge der oberen Extremitäten entsprach. Mit dem Beginne einer ausgiebigen, tiefen Inspiration hob der Pat. allmälig die Arme in die Höhe, erfaßte gegen das Ende der Inspiration den Ast, darauf folgt unter Sinkenlassen der Arme, Anziehen derselben an den Rumpf, zum Schluß Kreuzung derselben vorn über der Brust die ausgiebige Exspiration. Mit Zuhilfenahme der verschiedensten Stellungen von Rumpf und oberen Extremitäten, unter genauer Berücksichtigung der physiologischen Wirkung der die In- und Exspiration besorgenden Muskeln lassen sich diese Uebungen in mannigfacher Weise modificiren. Ich ließ diese Uebungen anfangs nur kurze Zeit (5 Minuten), später durch längere Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) mehrmals im Tage, besonders intensiv am Abend ausführen. So wurde die sonst mangelhaft ventilirte Lunge in allen Theilen mit frischer, sauerstoffreicher Luft erfüllt, das Volumen der

exspirirten CO_2 war entschieden ein größeres; sehr treffend bemerkte einer meiner Pat. nach einer solchen Uebung, er wäre mit seiner Lunge in der „chemischen Putzerei gewesen. Leider müssen stark fiebernde Pat., ebenso Kranke mit Neigung zu Hämoptoe oder mit vorgeschrittenem Zerfalle des Lungengewebes von diesen Uebungen ausgeschlossen werden. Am geeignetsten zur Vornahme von Lungengymnastik sind Pat. mit beginnender Phthise, bei solchen ist auch äußerlich der Erfolg der Lungengymnastik sichtbar, der schlaffe Gang und der bekannte phthisische Habitus schwinden, die Pat. fallen bald durch ihr strammeres Wesen auf. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß auch pleuritische Adhäsionen durch diese Uebungen gedehnt werden, und auch auf diese Weise für eine größere Excursionsfähigkeit der Lunge gesorgt wird.

Gegen die Relaxation der Haut, gegen die Erschlaffung ihrer Nerven, sollen alle jene hydriatischen Proceduren in Anwendung gebracht werden, die mechanisch oder durch Reflex eine Contraction der Haut und ihrer Gefäße bewirken. Eine einmalige, kurz währende kalte Waschung der Brust und des Rückens, wie sie gewöhnlich geübt wird, hat gar keinen, höchstens nur einen kurz dauernden Effect, wir müssen den Pat., gradatim von höheren Wassertemperaturen zu den niedrigsten, von geringen mechanischen Effecten zu stärkeren übergehend, die ganze Reihe der für ihn indicirten hydrotherapeutischen Proceduren, als: kalte Waschungen, kalte Bäder, Abklatschungen, Douchen, durchmachen lassen, so daß seine Haut quasi durch eine methodische Massage eine größere Straffheit ihres Gewebes, seine Hautnerven die verloren gegangene Energie wieder erlangen. Welche Methode, ob wir überhaupt die Hydrotherapie anwenden können, darüber soll uns der jeweilige Status praesens des Pat. Aufschluß geben, damit wir, physiologischen Gesetzen folgend, nicht dem unseligen „Kneippunwesen" verfallen.

Alle die genannten hydriatischen Proceduren bewirken natürlich auch eine Verkleinerung der Hautoberfläche, allein das richtige Verhältniß zwischen Hautoberfläche und Körpergewicht kann doch nur durch Gewichtszunahme des Gesammtkörpers hergestellt werden, und einzig darauf kommt es bei unseren Bestrebungen zur Heilung der Phthise an, daß wir durch diätetische Maßnahmen den Gesammtzustand des Organismus heben, wir dürfen bei Bekämpfung der Symptome die Krankheit selbst nicht vergessen.

Referate und literarische Anzeigen.

H. ZEIDLER (St. Petersburg): Ueber aseptische Behandlung von Eiterungen.

Die Ansichten über Desinfection inficirter Wunden haben in letzter Zeit wesentliche Aenderungen erfahren. Die experimentellen Untersuchungen von SCHIMMELBUSCH stellten den Werth einer Desinfection als äußerst zweifelhaft hin. REICHEL und HÄNEL kommen, entgegen HENLE und MESSNER, zu denselben Resultaten.[1]) Gegenwärtig scheint es theoretisch anerkannt zu sein, daß nicht nur bei aseptischen, sondern auch bei inficirten Wunden die Antisepsis zu Gunsten der Asepsis fallen zu lassen ist. Gestützt auf ein großes Beobachtungsmaterial des städtischen Obuchoff-Hospitals in St. Petersburg, theilt nun Verf. seine praktischen Erfahrungen über Asepsis bei Eiterungen kurz mit („Centralbl. f. Chir.", 1895, Nr. 14). Für gewöhnlich wird in folgender Weise verfahren:

Das Operationsfeld wird nach allgemein giltigen Regeln vorbereitet. Während und nach Vornahme der betreffenden operativen Maßnahmen wird die Wunde einfach mit steriler Gaze ausgewischt. In der Regel wird nicht irrigirt. Ist Irrigation erforderlich, so geschieht dieselbe mit sterilisirter Kochsalzlösung (0·6%); weiterhin wird die Wunde, mit steriler Gaze locker, aber sehr sorgfältig tamponirt. Darüber kommt eine Gazeschichte, dann sterile Holzwolle oder Mooskissen, Lignin etc. Beim Verbandwechsel wird die Haut um die Wunde herum mit Aether oder Benzin gereinigt, die granulirende Wunde für gewöhnlich ohne Kochsalzlösung-Irrigation trocken mit steriler Gaze verbunden. Für manche Wunden empfiehlt sich mehr der feuchte Verband, zu welchem Zwecke die Gaze und auch eine Wattaschichte mit Kochsalzlösung angefeuchtet wurden. Parallelversuche haben ergeben, daß bei feuchten Verbänden entschieden nur die Feuchtigkeit eine Rolle spielt und nicht das Desinficiens. Eine Ausnahme macht vielleicht die essigsaure Thonerde, wohl wegen ihrer adstringirenden Wirkung. Von ihr werden namentlich günstig beeinflußt profuse eiternde Wunden mit üppigen, gefäßreichen Granulationen. Von der Tamponade mit Jodoformgaze hat Z. bei eitrigen und septischen Wunden nie irgend welchen Nutzen gesehen. Eine Zersetzung des vom Verbande aufgenommenen Secretes wurde auch bei Tamponade mit einfacher steriler Gaze nie gesehen. Bedingung ist allerdings ein gut aufsaugender Verband und freie Verdunstung von der Oberfläche aus, weshalb principiell nie, auch nicht bei feuchten Verbänden, impermeable Stoffe zur Verwendung kommen. Versuche über eine eventuell hemmende oder abtödtende Wirkung des antiseptischen Verbandmateriales auf Bacterienentwicklung haben stets ein negatives Resultat ergeben.

Im Allgemeinen waren die Resultate bei aseptischer Behandlung von Eiterungen durchaus zufriedenstellend, entschieden besser als bei energischer Antiseptik. Der locale Wundverlauf gestaltete sich bedeutend günstiger, die Secretion viel geringer, die Granulationen entwickeln sich durchaus normal und es kam niemals zu excessiven Wucherungen derselben, wie dies namentlich nach langem Gebrauch von Jodoformgaze zu sehen ist. Das Hauptgewicht legt Z. bei Behandlung von eitrigen Processen auf breite Eröffnung und freien Secretabfluß. Desinfection der Wunde sei nicht nur vollständig entbehrlich, sondern eher schädlich. So lange für freien Eiterabfluß gesorgt sei, verlaufe die Wunde ganz normal, und Z. bezeichnet den Wundverlauf bei der Asepsis im Gegensatz zur Antisepsis als einen viel reactionsloseren. s—s.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Marburg.

FRITZ COLLEY: Die Resection der Trachea, eine experimentelle Studie.

Die Trachea kann entweder von außen durch Compression oder durch intratracheale Processe von innen verengert werden (durch Tumoren des Halses, besonders Kröpfe, durch Traumen aller Art, nach Diphtherie, durch Lues, auch durch Neoplasmen der Trachea). Die dringende Lebensgefahr erfordert als Erstes meistens die Tracheotomie; aber dann gilt es, die Ursache, also die Stenose, zu beseitigen, und oft genug lassen die mechanischen Dilatationsversuche trotz großer Geduld von Patient und Arzt im Stich. Nachdem KÜSTER in einem solchen obstinaten Falle die Resection der verengten Stelle versucht hatte, suchte sein Assistent COLLEY diese Heilmethode experimentell zu prüfen. Seine Versuche an Hunden, die uns COLLEY in der „Deutschen Zeitschr. f. Chirurgie", Bd. 40, H. 1/2, mittheilt, zeigten, daß durch Technik und Methode bei der Resection der Trachea gute Resultate zu erzielen sind. Am zweckmäßigsten erfolgt die Excision der Stenose so, daß nicht ein ringförmiges Stück, sondern ein bajonnetförmiges entfernt wird. Durch diese Anordnung wird die spätere Narbe in einen oberen hinteren und einen unteren vorderen Theil derartig zerlegt, daß die Bildung eines ringförmigen, in die Trachea hineinragenden, durchlöcherten Diaphragma verhindert wird. Eine prophylaktische Tracheotomie ist nicht erforderlich. Indicirt ist die Resection solcher Art, wenn bei einer in ihrer Continuität erhaltenen Trachea eine kurze, narbige Stenose, die jeder anderen Behandlung trotzt, vorhanden ist. Gehen aber Stenosen mit großen vorderen Trachealdefecten einher, bei Erhaltung der hinteren Wand, so ist SCHIMMELBUSCH's osteoplastisches Verfahren, der den durch Excision der narbig verengerten Stelle hervorgebrachten Defect in der Luftröhre durch einen Hautperiostknochenlappen von der Brustwand her deckte, anwendbar; freilich können die dabei entstehenden, entstellenden Narben an Brust und Hals, besonders beim weiblichen Geschlechte, recht in's Gewicht fallen. R. L.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 454.

POELCHAU (Magdeburg): **Ein Fall von innerem Milzbrand.**

Verf. berichtet über einen im städtischen Krankenhause Magdeburg-Sudenburg (Prof. Dr. UNVERRICHT) beobachteten Fall von innerem Milzbrand („Centralbl. f. inn. Med.", 1895, Nr. 15). Derselbe betraf einen 37jährigen Krahnführer, welcher unter den Erscheinungen großer Mattigkeit, Athemnoth, Schmerzen in der Brust und Fieber, die sich allmälig steigerten, erkrankt war und bei der Aufnahme neben hochgradigster Cyanose Erscheinungen seitens der rechten Lunge bot, welche an Pneumothorax denken ließen. Die Untersuchung des Blutes auf Bacterien ergab ein negatives Resultat. Bei der Section fand sich: Vorschorfungen im Magen und im Jejunum. Acuter Milztumor. Pleuritis. Hydropericard. Geringer Ascites. Stauung im großen Kreislauf. Die mikroskopische Untersuchung eines Ausstrichpräparates vom Milzblut ergab lange, den Milzbrandbacillen gleichende Stäbchen; nach Ueberimpfung auf Agarplatten zeigten sich schon nach 16 Stunden typische Colonien von Milzbrandfäden. Anamnestisch konnte nichts erhoben werden, was die Milzbrandinfection erklärt hätte.

Aus den in der Literatur vorliegenden spärlichen Angaben über inneren Milzbrand, welche P. kurz anführt, erhellt, daß ein einheitlicher Symptomencomplex für Anthrax intestinalis nicht existirt. In den meisten Fällen beherrschen die Erscheinungen eines acuten Gastro-Intestinalcatarrhes das Krankheitsbild, in anderen Fällen dagegen waren nur allgemeine Krankheitssymptome vorhanden: allgemeine Mattigkeit, frequente Athmung und kleiner Puls, mehrfach ist auch starke Cyanose angeführt. Daraus wird es erklärlich, daß in den meisten Fällen die Diagnose erst post mortem gestellt werden konnte, zumal der Verlauf der Krankheit zumeist ein sehr rascher war. In dem vom Verf. beobachteten Fall war das auffallendste Symptom die Cyanose, welche so hochgradig war, wie man sie kaum in den schwersten Fällen von Herzaffectionen findet. Diesem Symptom glaubt P. einen gewissen diagnostischen Werth beilegen zu dürfen, zumal wenn die Anamnese das plötzliche Auftreten einer derartigen hochgradigen Cyanose und eine früher nie gestörte Leistungsfähigkeit des Herzens ergibt. Ba.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicin.-chirurg. Handwörterbuch für praktische Aerzte. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage. Unter Mitwirkung von 150 Fachgenossen herausgegeben von **Prof. Dr. Albert Eulenburg** in Berlin. Sechster Band (Digestiva—Endermatische Methode). Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

In rascher Folge werden die Einzelbände der dritten Auflage dieses größten lexikalischen Werkes auf dem Gebiete der Medicin ausgegeben. Schon ist fast ein Drittheil der neuesten Auflage in den Händen der Subscribenten und damit Gelegenheit geboten, die Vorzüge der Encyclopädie in ihrer dem unaufhaltsamen Fortschritte der Wissenschaft vollauf Rechnung tragenden Umarbeitung zu würdigen.

Auch der vorliegende sechste, mit zahlreichen, trefflichen Holzschnitten geschmückte Band reiht sich seinen Vorgängern würdig an. Von größeren neuen Artikeln enthält derselbe neben zahlreichen pharmakologischen und balneologischen Abschnitten: Diphtherie (A. BAGINSKY, Berlin), Distoma (SOMMER, Greifswald), Drüsen (v. BARDELEBEN, Jena), Dyspnoë (LANDOIS, Greifswald), Echinococcuskrankheit (EWALD, Berlin), Ei (KOCHS, Bonn), Eierstock (MARTIN, Berlin), Eisenbahnhygiene (WERNICH, Berlin), Eklampsia infantum (SOLTMANN, Leipzig), Ekzema (KAPOSI, Wien), Elektrodiagnostik und Elektrotherapie (REMAK, Berlin), Ellenbogengelenk (GURLT, Berlin), Embryo (PREYER, Wiesbaden).

Die Darstellung der genannten wie aller anderen Artikel dieses Bandes zeichnet sich durch Gründlichkeit, Uebersichtlichkeit, sowie durch Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des Praktikers aus. Von ganz besonderem Werthe sind die erschöpfenden Literaturangaben, welche die Benützung des Werkes für das Quellenstudium ermöglichen.

B.

Kleine Mittheilungen.

— Bei jung verheirateten Frauen beobachtet man nicht selten einen **Vaginismus blennorrhoischen Ursprunges**, welcher durch ein Uebergreifen des blennorrhoischen Entzündungsprocesses auf die nicht vernarbten Lappen des Hymens bedingt ist. Gegen diese äußerst schmerzhafte Affection, welche die Frau zur Bettruhe zwingt und sich bisweilen jeder gegen die Blennorrhoe gerichteten Behandlung widersetzt, empfiehlt sich nach BARBIER („La sem. méd.", 1895, Nr. 18) die Behandlung mit Cocain in der Form eines Sprays. BARBIER benützte eine 1·25%ige Lösung von Cocaïnum hydrochloricum, welche er mit Hilfe eines RICHARDSON'schen Apparates über dem Orificium vaginale zerstäubte, während die kleinen Schamlippen auseinander gehalten werden. Täglich lauwarme Bäder in der Dauer von 1—2 Stunden unterstützen diese Behandlung, bei welcher der Vaginismus in der Regel nach 8—10 Tagen verschwunden ist.

— Vor zwei Jahren empfahl LÉPINE das **Gallobromol** als ein Sedativum, das den Bromsalzen gegenüber den Vortheil der fehlenden depressiven Wirkung bieten und insbesondere bei Neurasthenikern einen sehr günstigen Einfluß äußern sollte. Mit diesem Mittel hat nun Dr. CONRAD STEIN auf der Abtheilung DRASCHE des Wiener Allgemeinen Krankenhauses thierexperimentelle und klinische Versuche angestellt („Ctbl. f. d. ges. Ther.", 1895, H. 4). Das Gallobromol oder Dibromgallussäure ($C_6 Br_2 [OH]_3 CO OH$) stellt ein blaßgraurothes, aus feinen Krystallnadeln bestehendes Pulver dar, das sich in kaltem Wasser schwer, in heißem Wasser, Alkohol und Aether leicht zu einer stark sauer reagirenden Flüssigkeit löst. Das Pulver, sowie die Lösung haben einen herben, nachträglich leicht bitteren Geschmack. Die Thierversuche an Fröschen und Kaninchen ergeben bezüglich der toxischen Dosis, daß dieselbe geringer als die des Bromkaliums, aber größer als die des Bromnatriums ist. Was nun die klinischen Erfahrungen, welche ST. an 16 Fällen gesammelt hat, betrifft, so entfaltete das Gallobromol zunächst in 4 Fällen von Neurasthenie eine äußerst günstige Wirkung. Es milderte die nervösen Beschwerden der Kranken wesentlich und erzeugte mehrstündigen, ruhigen Schlaf. In 2 Fällen von Tetanie, sowie in einem Falle von Singultus äußerte sich die antispasmodische Wirkung in typischer Weise, ebenso wurde die nervöse Unruhe und Schlaflosigkeit bei einem Potator in günstigem Sinne beeinflußt. Zweifelhaft war die Wirkung in einem Falle von Epilepsie. Ein günstiger Einfluß zeigte sich auf die lancinirenden Schmerzen bei einer Tabikerin und bei einem an heftigen Kopfschmerzen leidenden Mädchen, bei welchem eine Reihe anderer Medicamente resultatlos verabreicht worden waren. Ganz erfolglos war das Gallobromol bei 2 Fällen von Hysterie. Unangenehme Nebenwirkungen ernsterer Natur wurden nie beobachtet; auch in 3 Fällen, in welchen Erbrechen auftrat, zeigten sich weiterhin keine Störungen von Seiten des Magens. Das Gallobromol wird bei Neurasthenikern, sowie bei nervösen Affectionen mit spastischem Charakter und Krampfzuständen am besten in Lösung nach folgender Formel verschrieben:

Rp. Gallobromol . . . . 5·0
Aq. dest. . . . . 120·0
Syr. rub. id. . . . . 30·0
S. 2stündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Als Hypnoticum empfiehlt es sich, das Gallobromol in Pulverform zu 3 Grm. auf 2mal vor dem Schlafengehen nehmen zu lassen. Im Allgemeinen stellt sich das Mittel als wirksamer Ersatz der Bromalkalien dar.

— F. ZINSSER berichtet aus der Klinik LESER in Bern („Arch. f. Dermat. u. Syph.", Bd. XXIX) über die **Behandlung des Favus mit Wärme**. Er stützte sich hiebei auf die von ihm an Culturen constatirte Thatsache, daß die Favuspilze gegen höhere Temperaturen sehr empfindlich sind und bei 50° C. nach einigen Stunden regelmäßig absterben. Bei 4 Pat. wurde der zuvor rasirte Kopf mit in 1/4 pro Mille Sublimatlösung getränkten Compressen bedeckt und darüber ein LEITER'scher Apparat oder eine dem Kopf angepaßte, doppelläufige Spirale aus Zinnrohr gelegt, durch welche ein continuirlicher Strom von circa 50° C. warmem Wasser geleitet wurde. Der Apparat blieb von 7 Uhr Morgens bis 7 Uhr Abends liegen, Nachts über wurde der Kopf freigelassen. Bei dieser 8 Tage lang fortgesetzten Behandlung gelang es, drei der Patienten von ihrem Favus definitiv zu heilen, während im vierten Falle, der allerdings

besonders ungünstige Verhältnisse aufwies, die Affection durch diesen Behandlungsmodus unbeeinflußt blieb.

— An dem großen Material eines Militärlazarethes hat ANTONEWITSCH („Wojenno med. Shurnal“, Januar 1895) die **Carbolsäure in Substanz zur Behandlung der Furunkeln** angewendet. A. verfuhr folgendermaßen: Einige Carbolsäurekrystalle werden bis zum Schmelzen erhitzt, ein Tropfen davon wird auf den Sondenknopf gebracht und damit der in Entwicklung begriffene Herd leicht bestrichen. Das Gefühl des Brennens verschwindet einige Minuten nach der Aetzung. Bei diesem Verfahren war meist am nächsten Tage die Schmerzhaftigkeit bei Druck auf den Furunkel geschwunden, derselbe kam gar nicht zur Ausbildung. Diese coupirende Wirkung beobachtete A. in Fällen, in welchen der Furunkel erst 24 bis 48 Stunden bestand; wendet man die Carbolsäureätzung später an, so kann man zwar die Ausbildung des Furunkels nicht hemmen, jedoch wird die Eiterung unter dem Schorf dann ganz schmerzlos.

— Die Frage: **Wie verschreibt man Salzsäure bei Magenaffectionen?** beantwortet HUCHARD im „Journ. des prat.“ (16. Februar 1895) folgendermaßen: Die Salzsäure wirkt auf den Digestionsproceß in zweifacher Weise ein: als verdauungsbeförderndes und als antiseptisches Agens. In erster Beziehung empfiehlt sich die Salzsäure bei Hypochlorhydrie, chronischen Gastritiden, Magenkrebs, Fieber, Lungentuberculose, kurz bei allen Zuständen, bei welchen die verdauende Kraft des Magensaftes herabgesetzt ist. Als Verschreibweise empfiehlt sich folgende:

1. Rp. Acid. hydrochlor. . . . . 2·0
Aq. dest. . . . . 500·0
S. Ein kleines Weinglas voll gegen das Ende und eine halbe Stunde nach der Mahlzeit zu nehmen.

2. Rp. Acid. hydrochlor. . . . . 3·0
Aq. dest. . . . . 300·0
S. Ein Eßlöffel voll in einem halben Glas Wasser gegen das Ende der Mahlzeit zu nehmen.

Die Contraindicationen für den Gebrauch der Salzsäure bilden alle Formen von Hyperchlorhydrie, das Ulcus rotundum, die Dyspepsien mit Hyperästhesie bei neuropathischen Individuen. Die Salzsäuremedication darf nicht länger als 3—4 Wochen fortgesetzt und muß sodann durch 2 Wochen unterbrochen werden. Als Antisepticum gibt die Salzsäure gute Resultate bei abnormen Gährungsprocessen im Magen, Dilatationen etc. In diesen Fällen gibt man die Salzsäure außerhalb der Verdauungsperiode.

— Daß Verdauungsstörungen in der Aetiologie der stenocardischen Anfälle eine große Rolle spielen, ist eine ebenso sichere, als in den Lehrbüchern viel zu wenig gewürdigte Thatsache. Kürzlich publicirte LAUTERBACH in unserem Blatte [1]) eine hieher gehörige Beobachtung und neuerdings beschreibt GRUSDOW („Wratsch“, 1894, Nr. 50) einen derartigen Fall von **Angina pectoris e stomacho laeso.** Es handelte sich um einen 40jähr. Mann, welcher im Laufe von $1^1/_2$ Jahren 9 Anfälle von Angina pectoris gehabt hatte, die außer den gewöhnlichen Erscheinungen mit Uebelkeit und Brechen verliefen; mit dem Eintreten des Erbrechens hörte der Anfall auf. Arteriosklerose leichten Grades, eine etwas vergrößerte Leber. Druckempfindlichkeit in der Magengegend und Obstipation, kein Abusus von Alkohol und Tabak. Herz und Lungen boten keine Abweichung von der Norm. G. faßte die Anfälle als reflectorisch, von Verdauungsstörungen ausgehend, auf und richtete seine Behandlung auf den Magen und Darmcanal (Magenausspülungen, Verhütung der Obstipation, Massage und Faradisation des Leibes, Motion). Seitdem haben sich — im Laufe von 2 Jahren — keine Anfälle gezeigt. Bedingungen zur Entwicklung dieser Krankheit sind ein schwächliches, reizbares Herz und der reflectorische Reiz von Seiten eines zeitweilig durch Gase aufgeblähten oder chronisch-catarrhalisch afficirten Magens auf den Nervenapparat des Herzens, vielleicht durch Vermittlung des N. sympathicus. Demgemäß hat sich die Behandlung in solchen Fällen gegen die Ursache zu richten (Behandlung des Magencatarrhs, Vermeidung der Obstipation, diätetisches Regime etc.). Während des Anfalles ruft Verf. nach Verabfolgung einer Dosis Alkohol Erbrechen hervor und spült sofort den Magen aus.

[1]) S. „Wiener Med. Presse“, 1894, pag. 1841.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

I.

v. BERGMANN: Ueber einige Fortschritte in der Hirnchirurgie.

Seit der vor 8 Jahren vom Vortr. veröffentlichten Zusammenfassung der bisherigen Errungenschaften für die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten ist eine Reihe schöner Erfolge auf diesem bisher als unnahbar geltenden Gebiete erzielt worden. Heutzutage räumt man der exploratorischen Trepanation schon einen größeren Spielraum ein als der analogen Laparatomie. Jeder Fortschritt in der Pathologie läßt auch eine sofortige Förderung in Bezug auf die Leistungen der Hirnchirurgie erkennen.

Was nun die operative Behandlung der Hirngeschwülste anbetrifft, so sind nach den bisherigen Statistiken etwa 44% der Operirten geheilt worden. Nach Mittheilungen aus den Secirsälen waren von den in Leichen gefundenen Hirntumoren nur 29% operabel und von diesen nur in einem Viertel die Neubildung auch klinisch erkennbar; mehr als die Hälfte dieser Tumoren bleibt latent oder verläuft unter anders zu deutenden Symptomen.

Nach STARR sind unter 100 Tumoren des Hirns nur 6 zugleich erkennbar und entfernbar, und von diesen 6 überstehen nicht 3 die Operation. In der Behandlung von Hirngeschwülsten leistet die Chirurgie demnach nur wenig, aber die Diagnose ist immer bestimmter und der Eingriff immer ungefährlicher geworden, zumal Technik der Schädeleröffnung und Verschluß nachbleibender Defecte bedeutend fortgeschritten sind. Die schnellwirkende Kreissäge, welche bei der temporären Resection zur Aufdeckung von Geschwülsten im motorischen Rindengebiet zur Anwendung kommt, ist stärker und breiter construirt, so daß der Operateur die Tiefe der Furche übersehen und messen kann. Der elektrische Motor setzt sie in so schnell kreisende Bewegung, daß der große Knochenlappen in zwei Minuten aus seiner Continuität gelöst sein kann.

Seine frühere Empfehlung der Trepanation bei JACKSON'scher Rindenepilepsie möchte Redner noch mehr einschränken, da der durch Excision der Rindenbezirke erzielte Erfolg meist bald wieder verloren geht. Nur diejenige Rindenepilepsie ist durch Trepanation heilbar, bei welcher ein Tumor in oder über einem der circumscripten motorischen Rindencentren liegt.

In der chirurgischen Behandlung von intracraniellen Eiterungen sind ganz neue Gebiete dem operativen Vorgehen erschlossen, namentlich bei Hirnabscessen, epiduralen Eiterungen und infectiösen Sinusthrombosen, sowie endlich auch bei der Leptomeningitis. Der freie und leichte Abfluß des Eiters wie die Aufhebung des Gewebsdruckes in den eiternden Theilen wird durch die breite und weite Eröffnung des in der Schädelhöhle eingeschlossenen Eiterherdes erreicht. Die Erkennung der einzelnen Formen der endocraniellen Eiterung und ihres Sitzes ist aber gerade in den letzten Jahren sehr gefördert worden. Für die Diagnose sind die ätiologischen Daten oft allein bestimmend und entscheidend.

Redner bespricht von den endocraniellen Eiterungen hauptsächlich die otitischen Eiterungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Auf 1000 Todesfälle kommen 7 in Folge otitischer Hirnkrankheiten, auf 1000 acute und chronische Ohreiterungen 3—4 letale Ausgänge durch Uebergang auf die Hirnhäute und -Sinus. Das Hauptcontingent stellen chronische Eiterungen, besonders die von Cholesteatommassen im Ohr ausgehenden, die den vierten Theil *aller* derartigen Erkrankungen umfassen.

Charakteristisch für die chronische Ohreneiterung ist: 1. ihr Verlauf in acuten und subacuten Schüben und 2. die Bildung von polypenähnlichen Granulationen in der Paukenhöhle und dem äußeren Gehörgang, die den Abfluß des Eiters hemmen. Die anatomischen Verhältnisse bewirken, daß das Uebergreifen der Eiterung auf das Hirn und seine Adnexe häufiger am rechten als am linken Ohr stattfindet. Die otitischen Erkrankungen des Hirns beginnen in der

Regel an der Stelle, wo die ursächliche Eiterung im Schläfenbein bis zum Schädelinhalt vorgedrungen ist; ihre Verbreitung erfolgt fast ausschließlich in der Continuität. In Folge dessen läßt sich das Aneinanderreihen der drei wichtigsten Formen der consecutiven intracraniellen Eiterung und der Aufbau des Krankheitsbildes leicht verstehen.

Die große Mehrzahl der otitischen Hirnabscesse liegt dicht oder nahe über dem Tegmen tympani, und ist dieses das nächste Ziel der Craniotomie. Redner schildert eingehend das von ihm angegebene Verfahren zur Freilegung des Tegmen und des Cavum tympani und geht dann zu der in den letzten Jahren am meisten geförderten operativen Behandlung der infectiösen, d. h. durch Eiterung erzeugten und mit Eiterung verbundenen Sinusthrombosen über. In 27 derartigen Fällen gelang es, die Patienten durch die Operation dem sicheren Tode zu entreißen. In allen Fällen, in denen der Verdacht einer Sinusthrombose vorliegt, wird man sich nicht mit der Aufmeisselung des Antrum begnügen dürfen, sondern muß den Sinus freilegen und untersuchen. Zum Sinus führen zwei Wege, der eine nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und Eröffnung des Antrum, der andere nach Bloßlegung des äußersten Abschnittes der oberen, vorderen Pyramidenfläche. Hervorquellende Eitertröpfchen verrathen den perisinuösen Proceß. Findet man den Sinus von Eiter umspült und verjaucht, so ist er zu eröffnen und die in ihm enthaltenen Bröckel und eitrigen Massen sind zu entfernen, die offene Höhle zu tamponiren. Zur Vermeidung einer Verschleppung des Sinusinhaltes empfiehlt Redner die vorherige Unterbindung der Jugularis interna an der Einmündung des Facialis communis. Von 13 von JANSEN ausgeführten Eröffnungen des Sinus sind 6 geheilt worden, von 17 Fällen MAC-EWEN's 13. Die infectiöse Thrombose des Sinus transversus kann leicht zur Absceßbildung im Kleinhirn führen und daher wird dessen Aufsuchen bisweilen ebenfalls nothwendig werden. Gewöhnlich hat der Absceß seinen Sitz im Lobus quadrangularis und semilunaris der betreffenden Hemisphäre, die man durch einfaches Abkneifen des Knochens mit der LUER'schen Hohlmeisselzange erreichen kann.

GRASER (Erlangen): **Eine operativ behandelte Hirncyste.**

Ein 45jähriger Arbeiter bekam nach einer starken Anstrengung beim Bücken plötzlich Unbeweglichkeit einiger Finger und 8 Tage später der ganzen rechten Hand, nach 4 Wochen auch Schwere im rechten Bein mit minutenlangem Aufhören des Bewußtseins. Links Stauungspapille. Trepanation in der Gegend des rechten Armcentrums. Starke Spannung der Duramater, nach deren Incision das Hirn sich blasenförmig vorwölbte. Ein Schnitt in dieses ließ eine gelbe Flüssigkeit im Strahl hervorfließen. Keine zottigen Rauhigkeiten auf dem Grunde. Auch die Cystenwand zeigte keine mikroskopischen Veränderungen. Tamponade, Replantirung des Knochenlappens. Patient konnte einige Tage sämmtliche Muskelgruppen der Hand frei bewegen, nach 8 Tagen aber traten die früheren Beschwerden zugleich mit Bewußtseinstörungen ein. Bei sofort erneuter Trepanation fand sich die Cyste leer und zusammengezogen. Prolaps des Gehirns bei zurückgeschlagenem Lappen. Exitus nach 4 Wochen. Die Section ergab im Stirnhirn eine zweite walnußgroße Cyste, auf deren Grunde sich Reste eines Epithelsarcoms vorfanden, bei dem offenbar eine hochgradige cystische Entartung erfolgt war.

LEDDERHOSE (Straßburg): **Ein Fall von collateraler Lähmung bei subduralem Bluterguß.**

Ein 38jähriger Mann zeigte wenige Tage nach einer schweren Mißhandlung heftigen Kopfschmerz, auffallende Apathie, Schwächeerscheinungen. Am 12. Tage fand Redner den Pat. comatös mit stertoröser Athmung, Reactionslosigkeit der Pupillen, unregelmäßigem Puls und Lähmung der rechten Körperhälfte und des Facialis. In der Annahme einer Verletzung der A. meningea media Trepanation; kein Bluterguß; Tod des Kranken am nächsten Tage. Bei der Section fand sich keine Knochenverletzung, die linke Seite des Gehirns war vollkommen unverändert. Dagegen ließen sich auf der rechten Seite des Gehirnes circa 100 Ccm. Blut an der Basis, sowie auf der vorderen und mittleren Fläche der rechten Hemisphäre constatiren. Das Gehirn selbst war intact. Redner kommt, gestützt auf eine Anzahl sicherer Fälle aus der Literatur, zu dem Schluß, daß es sich hier um einen Fall von collateraler Lähmung bei subduralem Bluterguß gehandelt habe. Bei genügender Aufmerksamkeit werden sich wahrscheinlich häufiger Fälle finden, in denen die diagnosticirte Blutung nicht auf der der Lähmung entgegengesetzten, sondern auf der gleichnamigen Seite besteht. Von wichtiger Bedeutung dürfte in solchen Fällen das Auftreten einer einseitigen Stauungspapille sein.

NICOLADONI (Innsbruck): **Modification der KÖNIG'schen Knochenplastik.**

Bei einem 30jährigen Patienten, bei dem nach Verletzung des linken Os parietale das Cranium in großem Umfange verloren gegangen und eine tiefe schmerzhafte Depression entstanden war, versuchte Redner die sofortige Schließung des Defectes durch Entnahme eines Lappens aus der Compacta. Er umschnitt den Defect in Form eines Rechtecks und sägte dicht daneben ein Cylinderschalenstück aus der Compacta des Knochens heraus, das, in den Defect eingepaßt, ohne Schwierigkeit einheilte.

V. EISELSBERG (Utrecht): **Zur Behandlung von Schädelknochendefecten.**

Die häufigsten Schädeldefecte sind die durch Trauma, durch Bacterienwucherung oder durch Neoplasmen erworbenen. Sie bedingen für den Träger beständig eine Gefahr, die nur durch den festen Verschluß des Defectes beseitigt werden kann. Dieser kann neben der Autoplastik auch durch Heteroplastik vermittelst Celluloid erfolgen. Von 8 Fällen hat Redner 5 durch KÖNIG'sche Plastik, 3 durch Deckung mit Celluloid geheilt. 4mal handelte es sich um traumatische Epilepsie, 1mal um motorische Aphasie, 3mal um Tuberculose des Schädels. In 2 Fällen wird die Celluloidplatte bereits seit 2 und $4^1/_2$ Jahren ohne irgend welchen Nachtheil getragen. Der Vortheil der heterogenen Plastik besteht einmal in dem geringeren Eingriff, namentlich bei elenden Kranken, und ferner in der Möglichkeit der sofortigen Anwendung, wenn bei dünnem Schädel die Lappenbildung Schwierigkeiten macht. Für die KÖNIG'sche Plastik empfiehlt Redner die Tabula externa mit der Säge zu durchsägen. Trotzdem bei dieser Transplantation der Knochenlappen wiederholt einbrach, war der Endeffect doch ein durchaus günstiger. Bei der Celluloidimplantation erscheint es vortheilhaft, in der Diploe jedesmal einen Falz anzulegen, in welchen man die Platte einschieben kann. Die Heteroplastik darf immer nur secundär vorgenommen werden. Die Wunde ist stets vollkommen zu vernähen; jede Drainirung kann eine Fistelbildung herbeiführen. Tuberculose der Schädelkapsel tritt auf bei Periostitis mit Absceßbildung, bei progredienter Osteomyelitis tuberculosa und endlich bei Pachymeningitis externa. —r.

XIII. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu München vom 2.—5. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

IV.

REINERT (Tübingen): **Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.**

R. hat Verkleinerung der hypertrophirten Prostata nach Darreichung frischer Thierprostata gesehen und empfiehlt die Medication zur weiteren Prüfung. Ferner berichtet er über die günstigen Erfolge von Extension bei spondylitischen Rückenmarkserkrankungen.

ROSENFELD (Breslau): **Ueber Fettwanderung.**

R. stellte Versuche in der Art an, daß er Thieren (Hunden) subcutan bestimmte Fettarten unter die Haut spritzte, nachdem sie vorher vollkommen fettarm gemacht worden waren und nun sah, wie sowohl im Unterhautzellgewebe, aber auch in den inneren Organen (besonders der Leber) es zu reichlichem Fettansatz kam. Dieses Fett charakterisirt sich aber im Thierkörper als fremdartiges, nicht als Hundefett. Er glaubt, daß die Fettinfiltration auf dem Wege des Blutstromes zu Stande komme.

LEUBE (Würzburg): **Ueber subcutane Ernährung.**

Vortr. berührt zunächst die allgemeinen Verhältnisse der Assimilation vom Magen- und Darmcanal aus. Für subcutane Ernährungszufuhr hätten sich bei diesbezüglichen Versuchen nur die Fette als geeignet erwiesen. Um nachzuweisen, daß solche, subcutan injicirt,

wirklich resorbirt und zum Theil auch assimilirt würden, hat er bei seinen Versuchen Butter genommen. Wurde vollkommen fettfrei gemachten Hunden täglich 50 Grm. Butter, in einzelnen Fällen bis zu 3500 Grm. Gesammtmenge subcutan beigebracht, so zeigten dieselben sowohl im Unterhautzellgewebe wie auch in den inneren Organen reichlichen Fettansatz. Chemisch erwies sich dasselbe zum Theil als Hundefett, zum Theil als noch reine Butter. Der Beweis, daß aber dieses bei künstlicher Zufuhr aufgespeicherte Fett vom Körper zur Verbrennung in der gewöhnlichen Weise mit herangezogen würde, wurde dadurch gegeben, daß bei erneutem Fetthunger dieses Fett vollkommen wieder verschwand.

In der Discussion bemerkt ROSENFELD (Breslau), daß er bestreite, daß dadurch, daß die Bestimmung der flüchtigen Fettsäuren negatives Resultat ergeben habe, ein Theil des auf die vorher beschriebene Weise wirklich aufgespeicherten Fettes als wirkliches Hundefett angesehen werden dürfe.

TH. RUMPF (Hamburg): **Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mit abgetödteten Culturen des Bacillus pyocyaneus.**

Vortr. berichtet über die Resultate, welche die Behandlung von 65 Fällen von Typhus abdominalis mit abgetödteten Culturen des Bacillus pyocyaneus ergeben hat. Die Versuche schlossen sich an E. FRAENKEL's gleichartige Bestrebungen mit abgetödteten Typhusculturen an, deren Resultate zunächst als specifische angesehen wurden. Während nun Streptococcen vollständig wirkungslos blieben, riefen abgetödtete Pyocyaneusculturen ziemlich ähnliche Wirkungen wie die Typhusbacillen hervor. Nur war der auf die Injection folgende Aufstieg meist ein geringerer. Doch blieben unter 65 Fällen 13—20% völlig unbeeinflußt. In den übrigen Fällen zeigte sich zunächst eine Beeinflussung in der Art, daß auf eine wirksame Einspritzung häufig ein Aufstieg und ein vor Allem am zweiten Tage deutlicher Temperaturabfall folgte. Es wurde auf diese Weise häufig die Continua abgeschnitten und der Typhus ging unter weitergehenden Fieberremissionen in Apyrexie über. Hie und da folgten auf einen Fieberabfall nur noch ganz geringe Fieberbewegungen. Der Vortr. demonstrirt diese, sowie die E. FRAENKEL'schen Resultate an einer großen Zahl von Tafeln und Curven. Auf Grund experimenteller Prüfung glaubt R., daß es sich bei den erhobenen Befunden nicht um einen specifischen Gegensatz zwischen Typhus- und Pyocyaneusbacillen handle, sondern um einen Reiz, durch welchen die Bacterienproteine den Körper zur Entfaltung seiner Kräfte anregen. Die Methode empfiehlt sich aber nicht zur allgemeinen Einführung, da einmal die Dosirung noch unvollkommen ist und weiterhin die Wirkung der Bacterien ganz außerordentlichen Schwankungen unterliegt. An zwei ganz gleichartigen Typhusfällen aus dem Juli und October demonstrirt R. die Wirkungen, welche in dem einen Fall bei 1·0, in dem anderen erst bei 6·0 eintraten. R. glaubt eine so weit gehende Differenz in der individuellen Disposition ausschließen zu müssen und denkt daran, daß möglicher Weise Virulenzschwankungen der Culturen aus dem Juli und October die Ursache dieser Abweichungen sind, wie solche ja auch für die Cholerabacterien nicht geleugnet werden können.

RIBBER (Zürich): **Ueber experimentelle Erzeugung einer Ekchondrosis physaliforma.**

R. betont, daß die Ekchondrosis der Schädelbasis nach der herkömmlichen Anschauung eine Geschwulst sei, welche als Chordawucherung anzusehen sei. Er glaubt, für die bisher nur theoretische Annahme, dass aus dem Zusammenhang abgesprengte Zellen die Ursache einer unregelmäßigen Neubildung, d. h. einer Geschwulst würden, einen experimentellen Nachweis erbracht zu haben. Der Gallertkern der Zwischenwirbelkerne sei ein Rest der Chorda. Wurde derselbe vermittelst Einstiches zum Austreten gebracht, so trat er an der Vorderfläche in ein Blutcoagulum eingehüllt zu Tage. In diesem Coagulum wächst er nun und es entsteht ein Ekchondrom. Dieses Experimentalergebniß sei wichtig für die Lehre von der Entstehung der Geschwülste. Es sei damit erwiesen, — da der Chordarest als erwachsenes Gewebe zu gelten habe, — a) daß aus erwachsenem Gewebe Geschwülste entstehen können; b) daß Geschwülste entständen, wenn bestimmte Zellgruppen aus ihrem Zusammenhang abgesprengt würden.

THOMA (Magdeburg): **Ueber das elastische Gewebe der Arterienwand und der Angiomalacie.**

Verf. recapitulirt die Resultate seiner früher gemachten und bereits veröffentlichten Untersuchungen über die Entstehung der Arteriosklerose, bei welcher zunächst eine Schwächung der Elasticität der Wandung (Angiomalacie), dann eine Gefäßerweiterung und dann Neubildung von Bindegewebe in der Intima entstehe. Werde nun ein Gefäß mit Verminderung der Elasticität der Wand erhöhtem Druck ausgesetzt, so sei die Gelegenheit der Entstehung eines Aneurysma gegeben.

POSNER (Berlin): **Ueber Resorption vom Mastdarme aus.**

P. geht von den Untersuchungsbefunden aus, welche er in der Weise erzielt hat, daß er Lösungen von Indigo und Methylenblau in den Mastdarm von Kaninchen einbrachte und denselben verschloß. Nach 13—15 Minuten waren die Lösungen vollständig resorbirt. Abgesehen von dieser Thatsache der außerordentlich schnellen Resorption vom Mastdarme aus, ergaben diese Experimente weiterhin, daß diese Farbstoffe in den Geweben außerordentlich rasch in ihre Leukobasen zerlegt wurden und erst in den Secreten von Niere und Leber wieder farbig oxydirt wurden. Der wiederum erbrachte Beweis der schnellen Resorption wässeriger Lösungen vom Mastdarme aus indicirt Vorsicht bei der Dosirung von per rectum injicirten Arzneimitteln.

In der Discussion wird letzterer Punkt auf's Nachdrücklichste durch v. ZIEMSSEN und PEIPER bestätigt. Auf dieselbe Thatsache sich stützend, empfiehlt v. NOORDEN die Behandlung der Pertussis durch Chininsuppositorien.

PEIPER (Greifswald): **Ueber die immunisirende und heilende Wirkung antitoxischen Hammelblutserums gegen das Typhusgift.**

P. berichtet über seine in Gemeinschaft mit BEUMER angestellten Versuche über die immunisirende Wirkung von Serum, welches von Hammeln stammte, die im Verlaufe von 3 Monaten mit hohen Gaben von abgetödteten Typhusculturen behandelt worden waren. Frühere Versuche der genannten Autoren hatten ergeben, daß das Gift von Typhusculturen vornehmlich in den Bacillenleibern enthalten ist. Culturen, welche durch das CHAMBERLAND'sche Filter hindurchgegangen waren, erwiesen sich weniger giftig als zuvor. Die Abtödtung der virulenten Typhusculturen ohne Schädigung der giftigen Eigenschaften wurde durch einstündiges Erwärmen auf 55—60° erreicht. Die Arbeiten BEHRING's und seiner Mitarbeiter über Tetanus und Diphtherie veranlaßten die beiden Autoren, der Frage näher zu treten, ob durch die kleinen Mengen virulenter Typhusculturen sich im Organismus der Versuchsthiere antitoxische Körper bildeten, welche bei wiederholten Injectionen die Giftwirkung dieser nicht in Erscheinung treten ließen. Diese Frage wurde beim Meerschweinchen im bejahenden Sinne durch zahlreiche Versuche beantwortet. Die Wirkungen des antitoxischen Serums beruhten nicht in einer Bacterien tödtenden Kraft, sondern in einer Gift zerstörenden. Die Versuche mit den größeren Versuchsthieren (Hammeln) ergaben, daß es mit Sicherheit gelingt, durch vorherige, beziehungsweise gleichzeitige Injection antitoxischen Heilserums Versuchsthiere, Meerschweine und Mäuse, mit Sicherheit vor der einfachen bis dreifachen tödtlichen Dosis zu schützen. Weiterhin aber kommen die beiden Autoren auf Grund ihrer Untersuchung zu dem Resultat, daß selbst schwer erkrankte Thiere 2—4 Stunden nach Verabreichung der tödtlichen Dosis durch Injection antitoxischen Serums geheilt werden können.

V. NOORDEN (Frankfurt a. M.): **Ueber die Frühdiagnose des Diabetes mellitus.**

Bei Individuen, welche auf Grund ihrer Heredität wie ihrer Constitution (besonders bei Fettleibigkeit und Gicht) für Erkrankung an Diabetes mellitus gefährdet erscheinen, sei in der That eine Prädisposition, beziehungsweise das Initialstadium von Diabetes mellitus vorhanden, wenn nach Einverleibung von 100 Grm. Traubenzucker erhebliche Glykosurie aufträte. Da ein rechtzeitig eingeleitetes diätetisches Regime den Charakter des Diabetes zu beeinflussen im Stande sei, so sei dieses Symptom und eine Frühdiagnose des Diabetes praktisch nicht unwichtig.

DEHIO (Dorpat): **Ueber diffuse Vermehrung des Bindegewebes im Herzfleische (Myofibrome) und deren klinische Bedeutung.**

Vortr. glaubt auf Grund anatomischer Herzuntersuchungen, daß bei den verschiedenen pathologischen Veränderungen des Herzens (bei Klappenfehlern und Myocarditis) neben der eigentlichen Myocarditis noch eine sogenannte Myofibrose bestehe, welch letztere durch diffuse Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes selbst charakterisirt sei. Die Myofibrose betreffe besonders die Vorhöfe und sei auch wohl die erste Ursache der Dehnung derselben.

OTT (Prag): **Ueber Nucleoalbumine.**

O. hat das Vorkommen von Nucleoalbumin im Harn mittelst einer neuen Methode (Versetzen des mit Essigsäure und Kochsalz behandelten Harnes mit Tannin) untersucht. Seine Resultate sind folgende: a) Jeder Harn enthält Nucleoalbumin. b) Gleichgiltig ist dabei die Reaction des Harnes. c) Der Gehalt der Nucleoalbumine ist bei fieberhaften Zuständen vermehrt, besonders bei den mit Icterus einhergehenden. d) Bei Phosphorvergiftungen erfolgt keine Vermehrung des Nucleoalbumin. D.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 26. April 1895.

Zur Darmchirurgie.

HOFMOKL stellt zwei Patientinnen vor, welche wegen Carcinoma recti nach KRASKE operirt worden waren Der erste Fall, eine 67jährige Frau betreffend, wurde vor 2 Jahren operirt. Der Tumor saß 5 Cm. oberhalb des Sphincter, nahm drei Viertel des Darmrohres ein, war etwas beweglich, seine oberste Grenze konnte mit dem Finger mit Mühe erreicht werden. Pat. hat sich sehr gut erholt und weist keinen Prolaps auf; sie trägt einen kleinen Wattetampon, der durch eine T-Binde fixirt ist. Im zweiten Falle, eine 40jährige, vor circa einem Monat operirte Pat. betreffend, bestanden ähnliche Verhältnisse. Sie hat gegenwärtig einen Kreuzbeinafter und trägt eine Pelotte.

Schließlich demonstrirt H. einen 8jährigen Knaben, bei dem es ihm gelungen ist, einen hochgradigen Volvulus nach vollführter Laparotomie manuell zu lösen. Die Länge des eingestülpten Darmes betrug circa 40 Cm.

Polyp des Oesophagus.

ALBRECHT demonstrirt das anatomische Präparat eines polypösen Tumors des Oesophagus von Bohnengröße und Bohnengestalt, an einem circa 2 Cm. langen Stiel pendelnd. Mikroskopisch erwies sich der Polyp, welcher von einem 25jährigen, an croupöser Pneumonie verstorbenen Pat. stammt, als alveoläres Sarcom.

Fall von multipler Milz.

Derselbe demonstrirt das anatomische Präparat eines Falles, bei dem es sich um die Entwicklung colossal zahlreicher Milzen, schätzungsweise 500, handelt, welche über das ganze Peritoneum verstreut und stecknadel- bis walnußgroß sind. Letztere Größe weist die der Localisation nach dem normalen Organe entsprechende Milz auf, welche auch mit einer normalen Milzarterie und Milzvene versehen ist. Das Eigenartige an diesem in der Literatur einzig dastehenden Falle ist der Umstand, daß, während sonst Nebenmilzen entwicklungsgeschichtlich stets dem Mesogastrium angehören, in diesem Falle die Milzen über das ganze Peritoneum verstreut sind. Das Präparat stammt von einem an Nephritis verstorbenen 25jährigen Manne, bei dem sich außer der Anomalie der Milz die eine Niere abnorm groß, die andere rudimentär entwickelt fand.

Toldt bemerkt im Anschlusse an diesen Fall, daß ein Analogon desselben in der menschlichen Pathologie nicht existire. Auch die vergleichende Anatomie gebe keinen Anhaltspunkt für die Erklärung des Falles. Vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkte lasse sich der Fall am ehesten durch die von T. aufgestellte Theorie der Milzentwicklung aus dem Epithel der Bauchhöhle unter Betheiligung des Mesoderms verstehen.

Welchselbaum erörtert die Frage, ob diese multiplen Milzen functionell einer normal entwickelten Milz gleichgekommen seien; er glaubt dies nicht annehmen zu können, da einerseits eine Anzahl von Lymphdrüsen vergrößert war, somit an eine vicariirende Function derselben gedacht werden kann, andererseits eine große Anzahl dieser Gebilde eine rostfarbene bis schwarzbraune Färbung aufwies, was darauf hinweist, daß in denselben zwar Blutkörperchen zu Grunde gegangen sind, das Pigment aber nicht weitergeschafft wurde.

FABRICIUS stellt schließlich eine Pat. vor, bei welcher er das von ihm vorgeschlagene Verfahren der Radicaloperation der Schenkelhernie durchgeführt hat. F. behält sich vor, über sein Verfahren auf Grund einer größeren Reihe von Beobachtungen ausführlich zu berichten. Ba.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 8. Februar 1895.

E. H. KISCH: Ueber Herzbeschwerden während der „Menarche".

Der Vortragende schildert bestimmte Formen von Herzbeschwerden, welche bei jungen Mädchen zur Zeit des ersten Auftretens der Menstruation (diese Zeit wird von ihm als Menarche, von μήν-ἀρχή, analog dem eingebürgerten Menopause für Climacterium, bezeichnet) beobachtet werden. Die häufigste Form ist ein bei sonst gesunden, weder anämischen, noch mit irgend einer nachweisbaren Erkrankung des Herzens oder der Gefäße behafteten Mädchen auftretendes nervöses Herzklopfen, welches seine Abhängigkeit von den sexuellen Vorgängen dadurch bekundet, daß es einige Zeit, Wochen, Monate vor dem ersten Eintreten der Menses in stürmischer Weise in Erscheinung tritt, in unbestimmten Perioden sich geltend macht, die erste Menstruation überdauert und kurze Zeit nach der regelmäßigen Wiederkehr derselben aufhört. Diese Herzpalpitationen werden objectiv als eine Vermehrung der Zahl und Verstärkung der Kraft des Herzstoßes und Spitzenstoßes, als Beschleunigung und Spannungssteigerung des Pulses wahrgenommen oder in einer geringen Zahl von Fällen nur subjectiv von den betreffenden Mädchen als das belästigende Gefühl vermehrter und verstärkter Herzschläge empfunden. Im ersteren Falle ist die erhöhte Herzthätigkeit nicht nur durch die Auscultation, welche übrigens zumeist reine Herztöne nachweist, vernehmbar, sondern auch durch die heftige Erschütterung des Thorax, verstärktes Pulsiren der Carotiden auch sichtbar. Die Percussion der Herzdämpfung weist keine Veränderung auf. Der Puls ist beschleunigt, gewöhnlich bis auf 120—140 Schläge in der Minute, voll, zuweilen aussetzend, unregelmäßig. Bei nur subjectivem Empfinden des Herzklopfens erweisen sich die Herzschläge, sowie der Puls weder beschleunigt, noch verstärkt, zuweilen die Zahl derselben noch geringer als in der Norm.

Die während des Herzklopfens aufgenommenen Pulscurven zeigten, wenn dieses ein objectiv erweisliches, im sphygmographischen Bilde eine hohe Pulswelle, rasch und steil sich erhebende Ascensionslinie, plötzlich und steil abfallende Descensionslinie mit wenig ausgeprägten Elasticitätselevationen, hingegen zuweilen vergrößerter Rückstoßelevation.

Weniger häufig als in diesem zeitlich unregelmäßigen Auftreten, bieten die Herzpalpitationen die Form paroxysmal vorkommender Anfälle von Tachycardie, welche, Beschleunigung der Herz- und Pulsschläge objectiv und bis zu enormer Frequenz darbietend, gleichfalls prämenstruell einige Zeit vor dem Auftreten der ersten Menses sich geltend machen, dann aber regelmäßig, alle 3—4 Wochen, zugleich mit der Menstruation oder wann diese auftreten sollte, zum Ausbruche gelangen und durch einige Tage anhalten. Auch hier hören einige Monate nach der Menarche die Anfälle auf.

Zugleich mit diesen Herzbeschwerden gehen bei den sonst gesunden Mädchen in manchen Fällen, jedoch durchaus nicht constant, Störungen im Gebiete der Verdauung einher, der Appetit ist vermindert, die Digestion retardirt, der Stuhlgang träge, zuweilen unmotivirte Brechneigung vorhanden, kurz jenes Bild, welches KISCH als Dyspepsia uterina beschrieben hat. Bemerkenswerth sind ferner zuweilen auch andere gleichzeitig auftretende Symptome von Seite des Nervensystems.

Als Grund dieser Herzbeschwerden sind zwei ätiologische Momente anzunehmen. Einerseits ist anzunehmen, daß der Grund in den Vorgängen der Psyche liegt, welche sich um diese Zeit in dem kindlich empfänglichen, hochgradig sensiblen, seelischen Organe, dem Gehirne, abspielen. Anderseits ist aber als eine locale Ursache der Entwicklungsvorgang in den Ovarien und im Uterus anzusehen, durch welchen ein Reiz, der Menstrualreiz, ausgeübt wird, der reflectorisch auf die Herznerven einwirkt und eine disproportionirte Reflexaction in der Bewegung und Empfindung der letzteren hervorruft. Es ist zu beachten, daß die Ovarien, welche beim neugeborenen Kinde bandartige platte Körper von $^1/_2$ bis 1 Cm. Länge darstellen, langsam wachsen und erst um die Zeit der Menarche Form und Größe des ausgebildeten Zustandes (4 Cm. lang, 2 bis 2·5 Cm. breit, 1 bis 1·5 Cm. dick), sowie die Fülle von sprungreifen GRAAF'schen Follikeln und reifen Eiern entwickeln, wodurch ein bedeutender hyperämischer Zustand der Ovarien und des ganzen weiblichen Genitale mit consecutiven Reflexvorgängen im Nervensysteme zu Stande kommt.

Die zweite Form von Herzbeschwerden betrifft Mädchen, bei denen das Erscheinen der ersten Menstruation sich auffallend verzögert, mit 18, 19, 20 Jahren noch nicht eingetreten ist, wobei die äußeren Geschlechtsorgane vollkommen gut entwickelt sein können oder im Gegensatze sich in diesen ein wesentliches Zurückbleiben kundgibt, die Mammae sehr klein bleiben, das Haarkleid am Mons veneris nur spärlich gedeiht. Oder es sind Mädchen, bei denen sich die Irregularität im Erscheinen der Menses dadurch bekundet, daß diese einmal sich zeigten, dann mehrere Monate vollständig ausblieben oder daß sie ganz auffällig spärlich auftreten, das Menstrualblut eine sehr blasse Farbe hat. In einzelnen Fällen ist die Menstruation unregelmäßig und sehr reichlich, jedesmal 5—8 Tage und länger dauernd. Bei solchen an verspätet eintretender und irregulärer Menstruation leidenden oder ganz amenorrhoischen Mädchen sind die Herzbeschwerden so im Vordergrunde stehend, daß auch der Arzt an eine vorhandene organische Herzerkrankung denken muß. Häufiges und heftiges Herzklopfen ist das hervorstechendste Symptom, dabei starkes Klopfen in den Carotiden, Lufthunger und Angstgefühl bei geringer Bewegung. Das Herz ist percutorisch nicht als vergrößert nachzuweisen, die Auscultation ergibt hell klingende Töne, häufig systolische Geräusche an der Mitralis, auch an anderen Ostien, über dem Bulbus der Vena jugularis das Nonnengeräusch vernehmlich. Der Puls ist beschleunigt, leicht comprimirbar, zeitweise arhythmisch, das sphygmographische Bild weist zumeist den unterdicroten oder dicroten Charakter auf, mit niedriger Ascensionslinie, tief sinkender Descensionslinie und vergrößerter Rückstoßelevation. Die Respirationszüge beschleunigt, flacher als in der Norm. Stets ist die Haut auffallend blaß, weißlich gelb, die sichtbaren Schleimhäute zeigen große Blässe, das Blut weist immer wesentlich verringerten Hämoglobingehalt, bedeutende Verminderung der Zahl der Blutkörperchen auf, constant starkes Müdigkeitsgefühl und eine Reihe wechselnder nervöser Erscheinungen — kurz es zeigt sich der chlorotische Habitus zuweilen gepaart mit den Erscheinungen der anämischen Form der Lipomatosis universalis.

Diese chlorotische Blutbeschaffenheit ist es, auf welche sich zunächst die Herzbeschwerden der Betreffenden zurückführen lassen, aber die Grundursache für Beides ist unbedingt in den Vorgängen in den Ovarien und in dem Uterus zur Zeit der sexuellen Entwicklung zu suchen, über deren Abweichen von der Norm wir allerdings noch nicht aufgeklärt sind. Vielleicht ist aber in diesen Fällen außerhalb der Reflextheorie noch eine andere Erklärung möglich in gewissen chemischen Vorgängen, welche mit dem Reifen und Entwickeln der GRAAF'schen Follikel einhergehen und deren abnormer Verlauf, wie besonders F. A. HOFFMANN betont hat, die Blutbeschaffenheit in der bei Chlorose gegebenen Weise zu beeinflussen vermag.

Die dritte, weitaus seltenere Form der Herzbeschwerden in der Pubertätszeit betrifft Mädchen, welche kurze Zeit vor dem Eintritte der Menses in ganz rapider Weise gewachsen sind. Sie sind nicht anämisch, auch nicht nervös, aber auffallend mager, seit etwa Jahresfrist sehr in die Höhe geschossen. Sie klagen über Herzbeschwerden, ähnlich wie in den vorigen Fällen, Herzklopfen, Kurzathmigkeit, Gefühl von Vollsein auf der Brust — aber der objective Befund ist ein anderer, bemerkenswerther. Die Herzdämpfung ist eine größere, namentlich in der Länge ausgedehntere. Der Herzspitzenstoß ist nach außen gerückt, stets hebend, abnorm kräftig und resistent, die Herztöne namentlich im linken Ventrikel verstärkt, der zweite Aortenton verstärkt, zuweilen deutlich klingend, die Carotiden pulsiren sichtbar. Der Radialpuls abnorm stark gespannt, zuweilen schnellend, mit dem Finger schwer comprimirbar. Das Curvenbild des Pulses zeigt rasche und steile Ascensionslinie, die ersten Elasticitätselevationen in der Descensionslinie stark ausgeprägt, höher gegen den Curvengipfel gerückt. Es sind also Alles in Allem die Zeichen von Herzhypertrophie, speciell von Hypertrophie des linken Ventrikels vorhanden.

Da es sich in den bezüglichen Fällen nicht um Mädchen aus der arbeitenden Classe, sondern der besseren Stände handelte, bei denen von einer Ueberanstrengung des Herzens durch körperliche Arbeit nicht die Rede sein kann, wie dies von jungen Recruten berichtet wird, so möchte KISCH als ätiologisch für diese Hypertrophie annehmen, daß die Entwicklung des weiblichen Genitale einen Sturm im Gefäßgebiete hervorruft, welcher besonders dann bedeutend erhöhte Widerstände für die Arbeit des Herzens veranlaßt, wenn sich noch andere diesbezüglich fördernde Momente hinzugesellen. Ein solches ist in diesen Fällen das rasche Wachsthum des Körpers, welches an das Herz größere Ansprüche stellt; ein solches Moment ist aber auch in dem bei den betreffenden Mädchen nachgewiesenen Panzermieder gegeben, welches nicht einmal den Wachsthumsverhältnissen accommodirt, ein starres Hinderniß für den Thorax und oberen Abdominalraum und dem Herzen eine Summe von wesentlichen Widerständen schafft, so daß auf die Dauer Hypertrophie der Herzmusculatur herbeigeführt werden kann.

Es kommen also, wie Vortragender resumirt, um die sexuelle Entwicklungszeit der jungen Mädchen dreierlei Formen von Herzbeschwerden vor:

1. Nervöses Herzklopfen und paroxysmale Tachycardie bei sonst gesunden Mädchen, prämenstruell auftretend und nach der ersten Menstruation cessirend.

2. Herzbeschwerden bei Mädchen von chlorotischer Blutbeschaffenheit, welche letztere in den Vorgängen im Genitale ihren Grund hat.

3. Herzhypertrophie, veranlaßt durch die mit dem Eintritte der Menstruation einhergehenden Störungen der Blutcirculation, gefördert durch hygienisch unzweckmäßige Kleidungsstücke, besonders das Mieder. —z.

Notizen.

Wien, 27. April 1895.

Carl Ludwig †.

Aus Leipzig ergeht die Trauerkunde vom Tode des größten zeitgenössischen Physiologen. Am 24. April ward ein langes, fruchtbares und arbeitsreiches Leben vollendet; der Altmeister deutscher Physiologie hat seine Augen geschlossen.

CARL FRIEDRICH WILHELM LUDWIG wurde am 29. December 1816 zu Witzenhausen in Curhessen geboren, 1839 in Marburg promovirt, habilitirte sich 1842 daselbst für Physiologie und wurde 1846 zum außerordentlichen Professor ernannt, 1849 als Ordinarius nach Zürich berufen. Im Jahre 1855 übernahm LUDWIG die physiologische Lehrkanzel am Josephinum zu Wien, welcher er durch 10 Jahre vorstand. 1866 verlor ihn Wien an Leipzig, dessen „physiologische Anstalt" fast drei Decennien lang von ihm geleitet und zur berühmtesten Arbeitsstätte Deutschlands gestaltet wurde.

Seine Habilitationsschrift „Beiträge zur Lehre vom Mechanismus der Harnsecretion" (1842) war die erste einer unabsehbaren Reihe hochbedeutender physiologischer und morphologischer Arbeiten, die er theils allein, theils in Gemeinschaft mit seinen Schülern, den

Interpreten seines Geistes, herausgab. Die Marksteine seines Schaffens sind außer der bahnbrechenden Entdeckung des Kymographion (1847), des Sitzes des Gefäßcentrums in der Medulla oblongata (1873 mit DITTMAR), des Nervus depressor beim Kaninchen (1874 mit CYON) seine Untersuchungen über endosmotische Aequivalente und endosmotische Theorie (1849), über den Einfluß des Halsmarks auf den Blutstrom (1864 mit THIRY), über Blutgase (1865), über die Beihilfe der Nerven zur Speichelabsonderung (1851), sowie die Arbeiten auf dem Gebiete der Muskel- und Nervenphysiologie, der physiologischen Chemie und der Morphologie des Herzens, der Speicheldrüsen, der Nieren, der Leber, des Darms, des Pancreas, der Haut, der Muskeln etc. Sein Hauptwerk bildet das Lehrbuch der Physiologie des Menschen (1858—1861), in welchem er als die Aufgabe der wissenschaftlichen Physiologie bezeichnete, „die Leistungen des Thierleibes festzustellen und sie aus den elementaren Bedingungen desselben mit Nothwendigkeit herzuleiten".

Die Bedeutung LUDWIG's als Forscher wird nur durch die als Lehrer übertroffen. „Die Arbeiten C. LUDWIG's haben nicht nur durch den hohen Werth ihres inneren Gehaltes die Physiologie und alle Doctrinen, die aus ihr schöpfen, bereichert; die Früchte, die in dem LUDWIG'schen Laboratorium reiften, trieben auch, in fremde Stätte verpflanzt, Wurzeln", sagte in diesen Blättern LUDWIG's begeisterter Schüler, Prof. V. BASCH, anläßlich der Feier des 70. Geburtstages des großen Leipziger Gelehrten. „Das hängt mit der Art zusammen, wie LUDWIG mit seinen Schülern arbeitet. Wohl verstanden es auch andere große Physiologen, ausgezeichnete Schule zu machen; während aber die Meisten ihr eigenes Arbeitsgebiet vor ihren Schülern abgrenzten und denselben nur einen Theil ihres Geistes und Wissens offenbarten, gab sich LUDWIG seinen Schülern ganz und gar."

Durch seine Arbeiten, durch seine Schule hat er des Lebens höchsten Preis, die Unsterblichkeit, erworben. K.

(THEODOR BILLROTH.) Gestern, am Geburtstage BILLROTH's, wurde im Rudolfinerhause, der Schöpfung des genialen Chirurgen, die Büste des verblichenen Meisters in Anwesenheit zahlreicher Schüler und Verehrer desselben enthüllt. Der Director des Hauses, Dr. ROBERT GERSUNY, der Hervorragendsten Einer aus BILLROTH's engstem Schülerkreise, übernahm das Denkmal in treue Obhut mit dem Wunsche, es möge in diesem Hause, das THEODOR BILLROTH geschaffen, sein Geist stets walten. Die Enthüllung des von ZUMBUSCH meisterhaft ausgeführten Denkmals gestaltete sich zu einer den Manen BILLROTH's gewidmeten imposanten Kundgebung.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 18. d. M. statt gefundenen Plenarsitzung wurde der Statthalterei-Erlaß über die executive Einhebung der rückständigen Kammerbeiträge bekannt gegeben. Die diesbezüglichen Bestimmungen sind sehr streng gehalten. Als Frist für die Zahlung des Jahresbeitrages wurde das erste Jahresquartal (resp. bei neu eintretenden Kammerangehörigen die ersten 3 Monate nach dem Eintritte) festgestellt. Innerhalb 14 Tagen nach Ablauf dieser Frist werden die Restanten nochmals gemahnt, mit dem Bedeuten, daß nach Ablauf von 14 Tagen die executive Einhebung erfolgen würde. Mit Rücksicht darauf, daß im laufenden Jahre die Einladung zur Entrichtung des Jahresbeitrages nicht im Monate Januar erfolgen konnte, werden obige Termine entsprechend der Zusendung der Zahlungseinladung, resp. des Mahnschreibens erstreckt. — Betreffs einer von der Statthalterei angeregten, durch die Kammer einzuleitenden Sammelforschung über die Ergebnisse der Serumtherapie gegen Diphtheritis wurde beschlossen, conform dem Antrage des Wiener Stadtphysikates die Veranstaltung einer Sammelforschung als zweckmäßig und wünschenswerth zu befürworten. — Schließlich wurde die Berathung über die Vorschläge des Comités, das ärztliche Reclamewesen betreffend, beendet und die Codificirung in folgender Weise beschlossen:

I. Eines des ärztlichen Standes unwürdigen Verhaltens im Sinne des §. 12 K. G., Al. 5, macht sich der Arzt schuldig, welcher

1. sich in Zeitungen (mit Ausnahme der ärztlichen), Plakaten, Reisehandbüchern, Fremdenführern, Wegweisern, Kalendern (mit Ausnahme der ärztlichen), Flugblättern, Circulären, Hôtelblocks und ähnlichen Druckwerken ankündigt oder die Ankündigung gestattet, oder dieselbe nicht verhindert, wenn für ihn die Möglichkeit hiezu vorhanden war. Ausgenommen sind ein- bis höchstens dreimalige Anzeigen in Tagesblättern und die einmalige Versendung von Circulären über erfolgte Niederlassung, Rückkehr nach längerer Abwesenheit und Wohnungswechsel, woferne diesen Anzeigen nicht mehr als Name, akademischer Grad, legale ärztliche Titel, Bezeichnung des wissenschaftlich abgegrenzten Specialfaches, Adresse und Ordinationszeit hinzugefügt wird;

2. die Veröffentlichung von Dank- oder Anerkennungsschreiben seitens einer von ihm behandelten Person oder deren Vertreter bestellt oder veranlaßt, oder es unterläßt, die Veröffentlichung solcher Erklärungen zu verhindern, wenn für ihn die Möglichkeit hiezu vorhanden war;

3. in populären Abhandlungen oder Vorträgen seine persönliche ärztliche Hilfeleistung oder ein seinen Namen tragendes Medicament oder Heilverfahren im augenscheinlichen Gegensatze zu anderen Aerzten oder anderen Medicamenten oder Heilmethoden direct oder indirect empfiehlt oder anbietet;

4. Hebammen, ferner Agenten, Hôtelbedienstete, Commissionäre, Hausbesorger oder andere Personen für die Zuweisung von Patienten entlohnt;

5. durch Anbringung von marktschreierischen Firmatafeln die Aufmerksamkeit des Publikums auf sich lenkt;

6 eine von ihm geleitete oder ihm gehörige ärztliche Anstalt oder ein solches Institut in marktschreierischer Weise ankündigt.

II. Der Ehrenrath ist in seinen Amtshandlungen nicht auf die angeführten Punkte beschränkt, sondern kann auch andere analoge Verletzungen des ärztlichen Anstandes disciplinariter verfolgen.

(Universitäts-Nachrichten.) Den a. o. Professoren an der Grazer Universität Dr. ADOLF JARISCH und Dr. OTTO DRASCH ist der Titel und Charakter ordentlicher Universitäts-Professoren verliehen worden. — Dr. BEHRING ist zum a. o. Professor der Hygiene an der Universität Marburg ernannt worden.

(Gynäkologen-Congreß.) Der VI. Congreß der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wird, wie bereits gemeldet, in diesem Jahre vom 4.—7. Juni in Wien tagen. Die Verhandlungen finden im Saale der k. k. Gesellschaft der Aerzte, Demonstrationen an der Klinik CHROBAK statt. Die Themata der Referate sind: Endometritis und Uterusruptur. Anmeldungen zu Vorträgen werden bis 30. April entgegengenommen.

(Auszeichnungen.) Das goldene Verdienstkreuz mit der Krone wurde verliehen: Den Regimentsärzten I. Cl. DDr. FELIX KRAUS, FRIEDRICH DREVIKOWSKY, EM. EMMER, LUDW. ZWEYTHURM, JOH. PAVLIK, FLORIAN LÖHNERT, PETER ZERBES, PETER LONAUER, JOH. POLAŠEK, LUDW. VERESZ, SAL. KIRCHENBERGER, JOH. WENZL, WILH. HELTNER, UDALRICH PROCHÁZKA, FRANZ GOLEK, ED. NEUBER, EDM. KROMP, GEORG WEBER, AL. HOLLER, FRANZ CZERWENKA, HEINR. HESKY, FRANZ HAAS, JOS. RYBA, JOS. SCHORR, JAC. HIRSCHHORN, JOS. MAJORKOVITS, ARPÁD LINGSCH und BRONISLAV MAJEVSKI; das goldene Verdienstkreuz dem Oberwundarzt MATHÄUS WARTAK. — Prof. A. POLITZER wurde durch Verleihung des k. rumänischen Kronenordens ausgezeichnet. — Dem Badearzte in Karlsbad, k. Rathe Dr. JOHANN STANKOVANSZKY, ist der erbliche ungarische Adel verliehen worden. — Der k. ung. Sanitätsrath Dr. S. SCHWEIGER, Badearzt in Franzensbad, hat den Medschidje-Orden III. Cl. erhalten.

(Statistik.) Vom 14. bis inclusive 20. April 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6596 Personen behandelt. Hievon wurden 1248 entlassen; 182 sind gestorben (12·72% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 64, egyptischer Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern 1, Varicellen 46, Scharlach 92, Masern 183, Keuchhusten 58, Wundrothlauf 27, Wochenbettfieber 2, Mumps 19, Influenza 7. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 772 Personen gestorben (+ 12 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Prosector des Garnisonsspitales Nr. 1, Reg.-Arzt I. Cl. Dr. EUSTACH FAULHABER, ein strebsamer und erfolgreicher Forscher, 47 Jahre alt; in Olmütz der Stabsarzt Dr. CARL GANAHL V. BERGBRUNN, Chefarzt der 5. Inf.-Truppendivision.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Bernhardt M., Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. I. Theil. Wien 1895, A. Hölder.

Schweigger C., Sehproben. III. verbesserte Auflage. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 1. Mai 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Docent Dr. v. Frankl-Hochwart: Ueber den Ménière'schen Symptomencomplex. (Mit Krankendemonstration.)
3. Dr. F. Alt: Ueber den Ausfall der Gehörsperception auf einem Ohre.

Curse für Aerzte über Massage und Heilgymnastik.

Anmeldung bei **Dr. Anton Bum** in Wien, I., Hegelgasse 21 (3—4).

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 18. Sonntag den 5. Mai 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die Ursachen und die Behandlung der Zahnschmerzen.

Von **Doc. Dr. v. Metnitz** in Wien.*)

M. H.! Durch die Gründung der neuen Abtheilung für Zahnheilkunde hat die Wiener allgemeine Poliklinik einen weiteren Schritt zu ihrer Vervollkommnung gethan. Der Unterricht in der neuen zahnärztlichen Schule soll sich nicht allein darauf beschränken, daß die Frequentanten ausschließlich zu Zahnärzten herangebildet werden, es ist ebenso sehr dafür gesorgt, daß es auch den Studirenden der Medicin und den praktischen Aerzten ermöglicht wird, die zahnärztlichen Operationen zu sehen und sowohl am Cadaver, wie am Lebenden zu üben. Indem ich Sie, meine Herren, als die ersten Hörer der Vorlesungen an der neuen Abtheilung herzlichst begrüße, schreite ich sofort zur Besprechung meines Themas über die Ursachen und die Behandlung der Zahnschmerzen.

Die Ursachen der Zahnschmerzen sind ebenso verschiedenartig, wie deren Behandlung. Sie werden verursacht durch: 1. Pulpitis, 2. Periodontitis, 3. äußere Reize, 4. Reize in der Pulpakammer u. s. f.

In der Mehrzahl der Fälle wird wegen Entzündung der Zahnpulpa (Pulpitis) oder wegen Wurzelhautentzündung (Periodontitis) Hilfe gesucht. Diese gestaltet sich aber für die genannten zwei Arten der Zahnerkrankung ganz verschieden. Der an Totalentzündung der Pulpa Leidende kann den Schmerz **nicht** localisiren; er bezeichnet z. B. den schlecht aussehenden, von Caries befallenen unschuldigen Nachbarzahn als den Uebelthäter, er verwechselt aber auch oft Ober- und Unterkiefer; die Körperseite stimmt, aber sonst ist kein Verlaß auf die Angabe des Patienten. Die Schmerzen können bis in die obere Extremität ausstrahlen. Ein Beispiel: Eines Vormittags verlangte ein Herr, der am selben Abende auf längere Zeit verreisen sollte, dringend die Füllung eines unteren, alleinstehenden Mahlzahnes. Die Operation wurde ohne Schmerzensäußerung ausgeführt und das Gebiß nicht weiter untersucht. Um 2 Uhr Nachmittags kehrte der Mann wieder und verlangte, weil von den gräßlichsten Schmerzen geplagt, die sofortige Extraction des am Vormittage gefüllten Zahnes. Im selben Momente wußte ich, daß eine Pulpitis in einem Zahne des Oberkiefers entstanden sein müsse. Ich zögerte nicht, sofort mit einer steifen Sonde die acut entzündete Pulpa des oberen ersten Molaris durch die mesiale Approximalcavität anzustechen, worauf der Patient, für den nächsten Moment wenigstens, den Schmerz localisiren konnte. Ein zweites Beispiel: Der mit einem Wattebauschen im Ohre (charakteristisch für Pulpitis im Unterkiefer) erscheinende Patient zeigt auf seinen oberen linken ersten Bicuspis und sagt: „Herr Doctor, den laß ich mir nicht reißen, aber ich hab' furchtbare Zahnschmerzen." Bei der Untersuchung wird die linke obere Zahnreihe gesund befunden. Im zweiten Molaris des Unterkiefers war die entzündete Pulpa gleich constatirt.

Ist eine Wurzelhautentzündung (Periodontitis) die Ursache der großen Schmerzen, dann weiß der Patient den schuldigen Zahn ganz genau zu bezeichnen.

Ich will vorerst auf die Erscheinungen und auf die Behandlung der Pulpitis eingehen. Ein unverletzter, ganz gesunder Zahn ist gegen thermische Reize, wenn sie sich in Extremen bewegen, empfindlich. Hat Zahncaries oder die natürliche Abnützung die Zahnbeinschichte, welche die Pulpa schützt, zum Theile zerstört, dann werden die Schmerzen bei Heiß und Kalt bedeutender, ebenso bei süßen und bei sauren Speisen. Es kommt durch die genannten Reize jedesmal zu einer Hyperämie der Pulpa, welche als Schmerz empfunden wird, der jedoch in kurzer Zeit schwindet. Ist also Caries der Pulpa nahe, dann

*) Antrittsvorlesung, gehalten anläßlich der Eröffnung der zahnärztlichen Abtheilung der allgemeinen Poliklinik.

wird einer Wiederholung thermischer und chemischer Reize am sichersten begegnet, wenn man die Cavität mit einem schlechten Wärmeleiter ausfüllt. Als temporäre Füllung eignet sich in diesem Falle ganz besonders das Zinkoxysulfat von FLETCHER („Artificial dentine"). Bei einer Dauerfüllung wird dem Amalgam-Cement, dem Gold dasselbe Material untergelegt. Die Goldfüllung legt man erst auf die hartgewordene Unterlage, während man Amalgam auf das weiche Cement füllt.

Durch den cariösen Proceß wird endlich die Pulpakammer eröffnet, wonach die Infection der Pulpa mit eitererregenden Bacterien erfolgt. Ist nur der dem Cariesherde zunächst gelegene Pulpatheil entzündet (Pulpitis partialis), dann kann der Patient den Zahn noch halbwegs sicher als den Schmerz verursachenden bezeichnen, bei Pulpitis totalis kann er es aber ganz und gar nicht.

Die Behandlung eines Zahnes mit entzündeter Pulpa besteht darin, daß man die Pulpa zum Bluten bringt und auf dieselbe schmerzstillende Mittel legt. Ersteres erreicht man mit einem entsprechend gebogenen, schneidenden Instrumente („Excavator"); schmerzstillende Mittel sind in diesem Falle Nelkenöl, concentrirte Carbolsäure u. s. w. Da die Bemühungen, welche darauf hinausgehen, eine entzündete Pulpa dem Zahne zu erhalten, auch nach den geistreichsten Methoden fast immer vergeblich sind, schreitet man zur Abtödtung und nachherigen Extraction der Pulpa. Man verfährt in folgender Weise: Der Zahn wird isolirt, am sichersten, indem man ihn durch eine Kautschukplatte, in welche ein entsprechend großes Loch gemacht wurde, steckt. Der Kautschuk (Rubberdam, Cofferdam) wird am Zahnhalse festgemacht und sodann ausgespannt. Ohne Mühe legt man die Pulpa bloß, worauf einige Tropfen Blut, oder, wenn sich schon ein Pulpaabsceß gebildet hatte, zuerst Eiter und dann Blut abfließen.

Man tupft das Secret vorsichtig ab und bringt auf die bloßgelegte Pulpa ein Aetzmittel. Die concentrirte Carbolsäure kann dazu verwendet werden, sie wirkt jedoch sehr schwach verätzend im Vergleiche zur heroischen Arsenpaste, welche besteht aus:

Rp. Acid. arsenici . . . . 1·0
Creosoti
Cocaini . . . . aa. 0·5.

Ein stecknadelkopfgroßes Wattebäuschchen wird mit der Pincette erfaßt und über die Oberfläche der Paste geführt. Eine ganz kleine Menge der letzteren genügt, um, auf die Pulpawunde gelegt, schmerzstillend und tief verätzend zu wirken. Sodann wird die Cavität, ohne daß dabei ein Druck auf die Pulpa ausgeübt wird, hermetisch verschlossen (am besten mit FLETCHER's Zinkoxysulfat).

Ich zeige Ihnen hier an einem in einen Gypsblock eingesetzten Menschenzahne den Vorgang und werde in der nächsten Vorlesung, gelegentlich der von mir am Lebenden ausgeführten Demonstrationen, die Operation wiederholen.

Nach kurzer Zeit, meist gleich nach der Einbringung des Aetzmittels, sind die Schmerzen wie weggeblasen. 24 Stunden später kann man die Pulpa, ohne Schmerzen zu erzeugen, berühren, nach 48 Stunden aber mit Sicherheit aus ihrer Kammer herausräumen und den Zahn füllen.

Die abgeätzte Pulpa muß aus dem Zahne entfernt werden, weil sie sonst der Gangrän verfällt. Sie, meine Herren, werden staunen, wenn Sie erfahren, daß von Manchen die Operation unter dem Titel „Nervtödten" ausgeführt wird, indem die Arsenpaste behufs Schmerzstillung applicirt und auf dieselbe ein größeres in Mastixlösung getauchtes Wattebäuschchen gedrückt wird. Der Zahn wird keiner weiteren Behandlung unterzogen, denn, wenn auch bei dieser Art der Behandlung erst nach mehreren Stunden von den Schmerzen befreit, denkt mancher Patient auch selbst nicht daran, sich den Zahn weiter behandeln zu lassen. Durch den Zerfall der Pulpa entsteht der entsetzlichste Geruch aus dem Munde.

Ich richte an Sie die Mahnung, in keinem Falle und unter keinen Umständen sich mit der Schmerzstillung und Abtödtung der Pulpa zu begnügen, sich mit einem Patienten, welcher für eine weitere Behandlung und für die Erhaltung des Zahnes kein Verständniß zeigt, überhaupt nicht einzulassen, sondern lieber zur Extraction des Zahnes zu schreiten. „Tödten Sie den Nerv" und wird weiter zur Conservirung des Zahnes nichts mehr beigetragen, dann ist der durch den gangränösen Zerfall der Zahnpulpa hervorgerufene entsetzliche Geruch aus dem Munde unvermeidlich.

Der Zahn, dessen Wurzelhaut entzündet ist, ist leicht herauszufinden, der Besitzer desselben bezeichnet ihn ganz richtig. Im Anfangsstadium hat der Patient einen dumpfen Schmerz und das Gefühl von Schwere im Zahne. Es gesellen sich hiezu Schmerzhaftigkeit bei Druck in der Richtung der Wurzelachse, ferners Spannung in den umgebenden Weichtheilen. Es kommen alle bekannten Erscheinungen einer Entzündung zu Stande. Das Oedem der Wangenhaut wird desto bedeutender, je tiefer die Wurzel im Knochen steckt und je weiter die Maschen des Unterhautzellgewebes sind, wie zum Beispiel im Bereiche des unteren Augenlides. Der periostitische Zahn ist in Folge Schwellung der Wurzelhaut aus der Alveole gehoben und schmerzt beim Schließen der Kiefer ganz besonders. Zugleich wird er wackelig und kann so schmerzhaft werden, daß er die Berührung mit der Zunge nicht mehr verträgt. Es entwickelt sich ein subperiostaler Absceß, welchen man Parulis nennt. Fast immer ist dann Fieber zu constatiren.

Ergießt sich der Inhalt des Abscesses nach außen oder nur in die Weichtheile der Wange, dann wird der Zustand für den Patienten erträglich.

Die Ursachen einer Wurzelhautentzündung sind:

1. Pulpitis totalis. Zu dieser gesellt sich fast immer eine Reizung des Wurzelperiostes.

2. Gase in der Pulpakammer, welche durch die Fäulniß des Pulpagewebes entstehen.

3. Fremdkörper, wie z. B. Spitzen von Nervnadeln, Füllmaterial, ätzende Medicamente (concentrirte Carbolsäure, Arsenpaste) u. s. f.

Im ersten Falle, das ist bei Periostreizung in Folge von Totalentzündung der Pulpa, besteht die Behandlung darin, daß man die Pulpa in der früher beschriebenen Weise abtödtet, extrahirt und den Zahn regelrecht füllt.

Sind Fäulnißgase die Ursache der Beinhautentzündung, was immer der Fall ist, wenn dieselben keinen Abzug haben, dann heißt es den Wurzelcanal aufmachen, ausspritzen, reinigen und vorderhand denselben nicht hermetisch verschließen. Auf das entzündete Zahnfleisch pinselt man Jodtinctur oder scarificirt es. Gut ist es, den periostkranken Zahn oder seine Antagonisten abzuschleifen. Weiters sind Eisumschläge, ein heißes Fußbad, ein Abführmittel und Ruhe zu empfehlen.

Durch langes Liegenlassen der Arsenpaste entsteht ebenfalls Wurzelhautentzündung. Sehr häufig entsteht letztere auch, wenn man die Paste nach 48 Stunden entfernt, die Pulpa extrahirt und den Zahn gefüllt hat. Sie geht jedoch bei Anwendung von Jodtinctur und kalten Umschlägen bald vorüber.

Will man einen periostkranken Zahn während des Kauens für einige Zeit außer Thätigkeit setzen, dann kann man, das früher erwähnte Abschleifen umgehend, auf der Kaufläche eines Zahnes der anderen Kieferhälfte etwas HILL's Stopping aufbauen.

Nach Abtrocknung der Kaufläche gibt man auf dieselbe Copalfirniß, auf welchem das genannte Guttaperchapräparat haftet. Hat die Periostitis zu starker Infiltration der Backe geführt, dann ist oft wohl die Extraction des Zahnes das beste Verfahren. Die Absceßbildung kann man mit Dunstumschlägen beschleunigen. Sie erleichtern dem Patienten auch seine Lage.

Eine Frage! Soll man während des Bestehens einer Zahngeschwulst den Zahn extrahiren? Die Antwort ist kurz folgende: Mit dem Zahnschlüssel hat man in vielen Fällen partielle Kiefernekrose erzeugt, mit unsern Zangen geschieht dies nicht. Die Backe des Zahnschlüssels stützt sich gerade zur Zeit der größten Kraftanwendung auf den erkrankten Alveolarfortsatz, von welchem der Eiter das Periost abgehoben hat. Im Momente, da die Wurzel ihre Zelle verläßt, drückt die Backe des Schlüssels den vom Perioste entblößten Alveolarrand in die leergewordene Zahnzelle und damit noch weiter von der Beinhaut weg. Letztere legt sich in der Folge nun sehr schwer oder gar nicht wieder an den Knochen, welcher der Nekrose verfällt.

Von den äußeren Reizen, die auf die Pulpa schmerzerregend wirken, sind die Fälle, in denen Caries der Pulpa nahe ist, und die ich früher unter Hyperämie der Pulpa besprochen habe, am häufigsten. Aber auch in Folge des Kauactes und anderer mechanischer Einflüsse im Laufe der Zeit auftretende Substanzverluste sind Schuld, daß äußere Reize thermischer und chemischer Natur auf die Pulpa wirken. Nicht minder empfindlich ist der Zahn, dessen Hals durch den Schwund des Alveolarfortsatzes bloßgelegt ist und die bekannten keilförmigen Defecte aufweist.

Von Pulpitis abgesehen, wird das Gewebe der Pulpa zu Schmerzempfindungen veranlaßt durch Neubildungen von Dentinsubstanz. Auf einen lange andauernden und sich oft wiederholenden äußeren Reiz hin, meist auf dem Wege eines von Zahncaries befallenen Theiles, erfolgt eine pathologische Entwicklung von Zahnbein in der Pulpakammer. Diese Neubildungen treten auf als kleine, ein Horn der Pulpakammer zum Theil oder ganz erfüllende, bernsteinähnliche, rundliche Gebilde, welche aber auch mit der Zeit sich derart vergrößern können, daß sie das ganze Pulpagewebe verdrängen. Durch sie werden oft große Schmerzen verursacht. Junge Individuen leiden darunter seltener. In abgenützten Zähnen kommen sie häufiger vor. Wegen der anhaltenden Zahnschmerzen sind schon ganze Zahnreihen extrahirt worden. Während die durch Pulpitis erzeugten Schmerzen, besonders wenn sie sehr heftig sind, doch nach einer gewissen Zeit schwinden, können die durch Dentinneubildungen bedingten unter der Gestalt und dem Namen des einseitigen Gesichtsschmerzes durch Monate anhalten. Durch Eröffnung der Pulpakammer und Devitalisirung und Extraction der Pulpa kann man solche Zähne dem Gebisse erhalten.

Zum Schlusse erwähne ich noch einer Art von durch den Operateur erzeugten Zahnschmerz, wie solcher hervorgerufen wird durch Fracturirung des Zahnes bei der Extraction. Es handelt sich dabei um Zähne mit lebender Pulpa, welche mit der Wurzel zurückgeblieben ist und in der Mitte der Bruchstelle als ein überaus empfindliches Wärzchen emporragt. Die energischesten Wurzelextractionsversuche führen, wie beim unteren dritten Molaris, oft nicht zum Ziele oder werden vom Patienten nicht mehr zugelassen; dennoch muß dem schmerzhaften Zustande abgeholfen werden.

Es muß die Pulpa extrahirt werden, was jedoch ohne die gräßlichsten Schmerzen nicht möglich ist. Darum bringt man Cocain in Substanz auf das empfindliche Organ und versucht nach einiger Zeit 10% Cocainlösung in das Pulpagewebe zu injiciren, worauf die Entfernung der Pulpa vom Patienten ertragen wird. Man kann auch in Bromäthylnarkose die Pulpa mit dem „Paquelin" zerstören.

Endlich noch einige Bemerkungen über die Zahnschmerzen im Milchgebisse. Da die Milchzähne solange als nur möglich erhalten werden müssen, ist Zahnschmerz in Folge von Pulpitis niemals ein Grund für die Extraction.

Man lege die entzündete Pulpa des Milchzahnes bloß, was mit einigen Schnitten mittelst Excavators leicht möglich ist. Auf die blutende Pulpa legt man ein Baumwollbäuschchen mit concentrirter Carbolsäure und verschließt die Cavität mit FLETCHER's Zinkoxysulfat. Die Behandlung der abgeätzten Pulpa erhellt aus dem früher über die bleibenden Zähne Gesagten. Bei Wurzelhautentzündung mit Eiterbildung ist allein die Extraction des Milchzahnes auszuführen. Durch eine eiterige Periostitis kann sowohl der schwache Kieferknochen, wie auch der in demselben verborgene Keim des Ersatzzahnes Schaden leiden.

Ueber hereditäre Syphilis.

Von **Dr. Adolf Bäumel** in Eger.*)

Wenn bei einem Individuum, dessen Vater, dessen Mutter oder dessen beide Eltern vor seiner Geburt an Syphilis gelitten haben, Zeichen dieser Krankheit gefunden werden, ohne daß während des extrauterinen Lebens eine Infection stattgehabt hätte, dann sprechen wir von hereditärer Syphilis.

Forschen wir nach den Modalitäten, unter denen ein Mensch noch vor seiner Geburt in den Besitz dieses gefährlichen Erbes gelangen kann, so werden uns verschiedene Möglichkeiten entgegentreten, die allerdings nicht den gleichen Grad der Wahrscheinlichkeit besitzen. Es wird zunächst angenommen, daß schon die Keimzellen, aus deren Conjugation der neue Organismus entsteht, jede einzeln krank sein können, und daß zum Zustandekommen der Syphilisvererbung sowohl eine Erkrankung des Ovulum, wie eine solche der Spermazelle genüge. Ja, es wird sogar die Möglichkeit betont, eine luetisch kranke Spermazelle könne das von ihr befruchtete Ei derart beeinflussen, daß der entstehende Fötus syphilitisch werde, ohne daß der mütterliche Organismus inficirt werden müßte; andererseits wird auch zugegeben, daß von dem derart luetisch gewordenen Fötus der mütterliche Körper gleichfalls inficirt werden könne (choc en retour).

Neben den erwähnten Arten der Vererbung der Krankheit auf eigentlich generativem Wege ab ovo vel spermate wird noch jener Modus genannt, durch den der Fötus entweder von gesunden, i. e. nicht luetischen Eltern gezeugt, bei nachheriger Infection der Mutter noch nachträglich gleichfalls inficirt wird oder (was gleichwerthig ist), wo der Fötus trotz bestehender Erkrankung der Eltern einen Theil der intrauterinen Entwicklung gesund durchgemacht hat, ehe er intra uterum inficirt wird.

Eine letzte Gruppe, die aber nur zum Theile hieher zu rechnen ist, wäre jene, wo die Frucht gesund war bis zur Ausstoßung des Eies aus dem Uterus, jedoch während des Durchtrittes durch den Genitalschlauch, etwa seitens dort befindlicher Sklerosen, exulcerirter Papeln etc. luetisch inficirt wird. Von einer Heredität s. str. kann hier so wenig gesprochen werden wie dort, wo etwa der Säugling durch Rhagaden, die die Mamilla seiner ihn stillenden Mutter umgeben, die Krankheit übertragen erhält.

Wenn wir die oben angeführten Wege der Vererbung des Näheren betrachten, so werden wir unschwer finden, daß es sich da um Hypothesen handelt, für die nicht nur nicht genügende Beweise erbracht werden können, die aber zum Theile auch von vorneweg unwahrscheinlich sind. Es wird z. B. behauptet, die Spermazelle des Vaters, der an recenter Syphilis, sei es zur Zeit der Zeugung, sei es kurz vorher, gelitten, könne, ohne daß die Mutter luetisch inficirt werde, zur Hervorrufung hereditärer Lues genügen. Vielleicht ist es gut, wenn wir hier einige allgemein bekannte Thatsachen recapituliren, durch welche solche Behauptungen widerlegt werden müssen; es sind das Antworten auf die Fragen nach dem Wesen der Syphilis und nach den physiologischen Vorgängen bei der Generation.

Was ist Syphilis? — eine Infectionskrankheit, d. h. ein Leiden, dessen Wesen in der Reaction des menschlichen Körpers auf den Reiz bestimmter Mikroorganismen besteht. Es ist hier gleichgiltig, ob wir als Krankheitserreger die LUSTGARTEN'schen

*) Vortrag, gehalten in der Section Eger-Franzensbad des Central-Vereines deutscher Aerzte in Böhmen.

oder andere Bacillen, ja ob wir überhaupt pflanzliche oder thierische Parasiten annehmen, wenngleich verschiedene Erwägungen anatomischer und pathologischer Natur, Analogien mit anderen Erkrankungen, deren Producte große histologische Aehnlichkeit mit denen der Syphilis besitzen, uns die erstere Annahme wahrscheinlicher machen.

Müssen wir uns auch sagen, daß nicht alle Symptome der Krankheit allein aus dem localen Reize der Mikroben erklärt werden können, daß vielmehr manche Krankheitserscheinungen auch durch den chemischen Reiz von deren Stoffwechselproducten mögen hervorgerufen werden, so können wir doch nicht daran zweifeln, daß eine Uebertragung der Lues auf einen bisher noch nicht betroffenen Organismus nur durch Uebertragung der Repräsentanten des Virus, der Mikroben, geschehen kann. Es müßte daher in dem supponirten Falle das krankmachende Agens entweder in der Spermazelle selbst sitzen oder mit dieser zugleich in die Eizelle eindringen. — Denken wir nun aber daran, wo und wie die Spermazellen gebildet werden und welchen Weg sie zu machen haben, um an den Ort ihrer Bestimmung zu gelangen, so wird uns das in hohem Maße unwahrscheinlich vorkommen. Die Samenzellen — ebenso wie die Eizellen — sind Epithelderivate höchster Dignität; die einzigen Zellen im thierischen Körper, die auch nach der Loslösung vom Stammepithel nicht sofort der regressiven Metamorphose verfallen, die im Gegentheile, vielleicht conservirt und genährt von jenen Secreten, die sich ihnen auf dem Wege bis zur Ejaculation beimischen, genügende Energie bewahren, um die weibliche (männliche) Keimzelle bei wechselseitiger Begegnung zu innigster Vereinigung und darauffolgender physiologischer Proliferation anzuregen. Je höher aber die Dignität einer Zellart, desto empfindlicher pflegt sie gegen den Einfluß der verschiedensten Noxen zu sein, und es ist schon a priori nicht anzunehmen, daß gerade die Keimzellen nach dieser Richtung eine Ausnahme machen sollten. Wir können uns also wohl denken, daß ebenso wie irgend ein anderes Gewebe, auch das Epithel der Samengänge im Hoden, noch genauer: die Samenähren eine locale luetische Erkrankung aufweisen, daß vielleicht im centralen Theile der erkrankten Stelle die Bildung von Samenfäden ganz vernichtet, im peripheren merklich behindert ist. Es könnten also auch mehr oder weniger verkümmerte Spermazellen mit gesunden vermischt ejaculirt werden und bis in die Uterushöhle gelangen, und da wäre denn auch ein solches Uebergangsstadium denkbar, wo eine Spermazelle gerade noch kräftig genug wäre, um bis zum Ovulum vor- und in dieses behufs Befruchtung einzudringen, in welchem Falle dann der hieraus resultirende Fötus gewiß ein minder kräftiger werden könnte. Aber ist es schon unwahrscheinlich, daß eine im erkrankten Epithelgebiete losgelöste Spermazelle alle jene Fährlichkeiten überwinde, die sich jeder auch normaler Weise entgegenstellen, ehe sie in das Ovulum gelangt, so ist es schon geradezu undenkbar, daß einer solchen die unzweifelhafte Qualification als luetisch anhafte, d. h., daß die männliche oder weibliche Keimzelle, die ja einem selbständigen Organismus gleichwerthig sind, ehe sie durch die Conjugation diesen Werth verlieren, syphilitisch inficirt sei, den diese Krankheit stets begleitenden Parasiten in sich berge. Ebenso wenig können wir annehmen, daß ein die Syphilis erregender Mikroorganismus im Augenblicke der Vereinigung beider Keimzellen, gleichsam als tertium conjugationis, in die nunmehr befruchtete Eizelle eindringe, ohne den weiteren Entwicklungsproceß, die Eifurchung etc., unmöglich zu machen. Wenn wir auch die Syphiliserreger noch nicht in einer Weise kennen, die jeden Zweifel ausschließt, so wissen wir doch durch das Beispiel anderer, ähnlicher Krankheiten und sind durch die anatomische Beschaffenheit der luetischen Producte berechtigt, auch hier anzunehmen, daß überall, wo solche Parasiten mit organisirter Masse zusammentreffen und sich auf (oder in) derselben niederlassen, eine Reaction entsteht, die einen Schutzwall bildet gegen den Eindringling, die aber immer auf Kosten des betroffenen Gewebes vor sich geht. Der kaum entstandene Organismus aber verfügt nicht über einen solchen Ueberschuß an Kraft, daß er sich selbst entwickeln und einem feindlichen Eindringlinge siegreich entgegentreten könnte, ganz abgesehen davon, daß höchstwahrscheinlich auch der Raum zur Niederlassung eines noch so kleinen Parasiten in jeder der Keimzellen fehlte.

Anders liegt die Sache, wenn wir annehmen, daß der Fötus, also das Product zweier Keimzellen, bei einem der Befruchtung folgenden Coitus seitens des syphilitischen Vaters inficirt wird. Es ist dies theoretisch denkbar, wie auch vielleicht, daß der so syphilitisch gewordene Fötus dem mütterlichen Organismus die Krankheit nicht mittheile. Wahrscheinlich ist weder das eine, noch das andere und ein Beweis für die erstere Annahme könnte nur dadurch erbracht werden, daß an einem Fötus in irgend einem Stadium der Entwicklung ein Initialaffect, eine Sklerose nachgewiesen würde. Daß aber ein Fötus syphilitisch sein könnte, ohne daß seine Mutter es würde, muß uns als ebenso wenig wahrscheinlich vorkommen, wie der umgekehrte Fall, daß eine Frau an florider Syphilis litte, ohne daß der von ihr beherbergte Fötus an demselben Leiden erkrankte.

Wollen wir nicht vergessen, daß Mutter und Frucht von dem Augenblicke an, da das befruchtete Ei sich in die Schleimhaut des mütterlichen Uterus bettet, bis zur Ausstoßung der Frucht e i n e n L e i b bilden, daß die Entwicklung des Kindes während der Gravidität nichts anderes ist, als ein eigenartiges Wachsen des mütterlichen Organismus um ein neues Centrum. Und während dieser ganzen Zeit besteht ein gemeinsames Gefäßnetz zwischen Mutter und Frucht, wird Blut hin und hergeführt, wird mit dem Blute der Mutter das Kind genährt und mit dem rückströmenden Blute des Fötus Stoffwechsel- und Zerfallproducte dem mütterlichen Organismus zur excretorischen Verarbeitung zugeführt. Dort, wo Erythro- und Leukocyten passiren können, da muß auch für die Passage der (angenommenen) Syphilismikroben Platz sein. Thatsächlich können wir ja oft genug beobachten, daß dieselben die Placenta passirt haben müssen, da ja das Kind thatsächlich mit Symptomen der Lues geboren wird, die seine Mutter während der Gravidität acquirirte, warum sollte denn in anderen Fällen eine Isolirung eines Circulationsgebietes stattfinden, die ermöglichte, daß die Mutter von der Krankheit frei bliebe, an der das Kind leidet, oder umgekehrt? Es wird als Stütze dieser Annahme angeführt, daß Kinder mit den Zeichen hereditärer Syphilis geboren werden, deren Mütter nie an Lues gelitten und umgekehrt, daß syphilitische Mütter Kinder gebären, die vollkommen gesund sind. Nur wird nie gesagt, worauf sich die Behauptung des Gesundbleibens eines oder des anderen Theiles stützt, und der Beweis, daß ein Individuum während eines bestimmten Zeitraumes an Syphilis n i c h t gelitten, wie auch der viel leichter erscheinende, daß dasselbe im Augenblicke nicht daran leidet, ist nach dem heutigen Stande unseres Wissens unmöglich.

Mir persönlich steht es überhaupt fest, daß der einzige Weg, auf dem ein Mensch vor seiner Geburt Syphilis erwerben kann, der von der Mutter her führende ist. Da wird es dann ganz gleich bleiben, ob die Mutter schon vor der Conception erkrankt war, oder erst während der Gravidität inficirt wurde. Ueber die verminderte Wahrscheinlichkeit der Conception bei einer syphilitischen Frau wollen wir hier nicht sprechen; wenn aber bei einer solchen Conception erfolgte, dann kann der Fötus vielleicht eine gewisse Schwäche zeigen, wie ja alle Derivate eines kranken Organismus und insbesondere eines Organismus, der eine Infection erlitten, eine gewisse Alteration aufweisen können, als syphilitisch aber werden wir den Fötus erst dann bezeichnen können, bis die gemeinsame Circulation hergestellt ist. Von einer eigentlichen porta infectionis können wir deshalb auch nicht sprechen, es bedarf eines Initialaffectes nicht, nicht des langsamen Fortschreitens des Virus durch die Lymphbahnen, dessen Anhäufung in den

Lymphdrüsen; mit dem Augenblicke, wo der fötale Kreislauf in den der Mutter eingeschaltet wird, participirt der kindliche Organismus an der mütterlichen Infection. Wenn wir allerdings das geborene Kind betrachten, dann müssen wir in anatomischem Sinne als Ausgangspunkt seiner ererbten Lues die Nabelwunde bezeichnen und hier glaube ich die Beobachtung verzeichnen zu sollen, daß bei solchen Kindern die Nabelwunde auffallend lange näßt. Allerdings ist die Anzahl meiner diesbezüglichen Beobachtungen eine recht geringe; vielleicht könnten weitere Beobachtungen in Anstalten diese Frage klären.

Was die Symptomatologie der Erkrankung anbelangt, so möchte ich mich darüber nur sehr kurz aussprechen. Man muß das thun, will man sich nicht durch eine in's Einzelne gehende Beschreibung zu weit führen lassen, und man kann sagen, die Symptome der Syphilis hereditaria sind die der Lues, wie sie nach Acquisition durch Erwachsene auftritt, mit den durch die Eigenthümlichkeiten des kindlichen Organismus bedingten Modificationen. Wie dort, so können auch hier sämmtliche Organe und Gewebsarten afficirt werden, nur wird die Reaction des zarten, kindlichen Organismus eine andere sein, wie auch die Schädigung des Gesammtorganismus z. B. durch das Auftreten einiger Papeln in der Schleimhaut des Mundes oder der Nase eine tiefergehende sein kann, wie beim Erwachsenen.

Ich möchte noch mit einigen Worten der sogenannten Lues hereditaria tarda Erwähnung thun. Es wird von dieser Form häufig so gesprochen, als ob die erste Manifestation der ererbten Krankheit erst nach Jahren aufträte. In diesem Sinne müssen wir die Existenz der Krankheit in Abrede stellen. Eine Incubation der Syphilis, die mehrere Jahre andauerte, gibt es nicht; wohl aber kommt es vor, daß tardiv bestimmte Symptome oder Symptomencomplexe in die Erscheinung treten, die wir als Exacerbationen der Krankheit auffassen müssen. Hier handelt es sich um gewisse Merkmale, die der allgemeinen Ernährung und Constitution anhaften, vielleicht um einen Zustand der Unvollkommenheit, der verkümmerten Entwicklung in physischer oder auch psychischer Beziehung; oft sind es aber auch ganz bestimmte somatische Stigmata, die unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Und hier können wieder die verschiedensten Organe oder Organgruppen betroffen werden, und immer werden wir die Analogie, um nicht zu sagen: die Identität mit der Lues acquisita nachweisen können.

Freilich wird der Verlauf der Krankheit ein anderer sein, wenn sie ein kräftiger, erwachsener, widerstandsfähiger Mensch acquirirt, als wenn sie von einem Fötus ererbt wird, während sich noch die Differenzirung der embryonalen zu stationären Gewebsformen vollzieht oder auch wenn das Leiden neuerlich hervortritt in einem jugendlichen Organismus, bei dem das Gleichgewicht zwischen Apposition und Resorption noch keineswegs hergestellt ist.

In Folge dessen können wir auch die Prognose bei hereditärer Syphilis immer ungünstiger stellen, als bei acquirirter, selbst des Kindesalters, umso eher aber im Vergleiche zur acquirirten Lues der Erwachsenen. Immerhin wird auch bei congenitaler oder in den frühesten Lebenswochen auftretender Lues hereditaria die Prognose quoad vitam nur dann eine infauste sein, wenn die Localisation der einzelnen Efflorescenzen Gefahren für die Ernährung, Athmung etc. in sich birgt. Anders steht es mit der zu erwartenden valetudo completa; es gibt wohl Fälle, und zwar vornehmlich solche, die recht früh zur Beobachtung und Behandlung gelangen, die vollkommen ausheilen, bei denen wenigstens jahrelange Beobachtung keine Recidive nachweisen kann und die auch normal wachsen und gedeihen, aber in vielen anderen Fällen und auch in solchen, die einer entsprechenden Behandlung unterzogen wurden, merkt man es auch später noch, daß die Entwicklung in einem durchseuchten Organismus begonnen, daß die ersten Wochen oder Monate des extrauterinen Lebens durch Kranksein unterbrochen waren. Selbstverständlich kann ein derart geschwächter Kinderkörper auch leichter einer sonst minder gefährlichen Erkrankung erliegen, und dann müßte die ererbte Syphilis, wenn auch indirect, als Todesursache bezeichnet werden. Die Prognose der Erkrankungen des Auges, Ohres, der Nase u. s. w., auf hereditär luetischer Grundlage will ich nicht besonders erwähnen, es würde viel zu weit führen.

Ich möchte noch etwas über die Behandlung des Leidens sagen; und da glaube ich in erster Linie die Ernährung erwähnen zu sollen, die ich für wichtiger halte, als alle interne oder externe medicamentöse Therapie. Je besser genährt ein Kind ist, desto größere Chancen hat es, diese, wie jede andere Gesundheitsschädigung zu überwinden. Wenn es daher nur irgend möglich ist, so sollte jedes hereditär syphilitische Kind noch eher, als jedes andere, von seiner Mutter genährt werden. Die Bedenken, die erhoben werden und die dahin gehen, es könne die Mutter, wenn sie keine Symptome der Lues gezeigt, durch das von ihr gesäugte Kind inficirt werden, kann ich nach meinem oben markirten Standpunkte nicht theilen. Kann die Mutter nicht stillen, so käme ja zunächst eine Amme in Frage, doch würde ich nie zugeben, daß ein gesundes (nicht syphilitisches) Weib der Gefahr einer Infection durch das von ihr genährte fremde Kind ausgesetzt werde; und die Gefahr einer solchen Infection wäre eine sehr große, da ja Excoriationen an der Warze und in deren Umgebung auch bei der größten Vorsicht und genauesten Pflege so häufig vorkommen. Man muß in einem solchen Falle eben zur künstlichen Ernährung greifen, so ungerne man es auch sonst thut, nur wird es dann die Aufgabe des Arztes sein, ganz besonders strenge darauf zu sehen, daß die Qualität der Nahrung eine gute und dem Lebensalter entsprechende, Flasche und Tute immer sauber, und daß die Intervalle zwischen den einzelnen Mahlzeiten genau geregelt seien; dann kann jedes Kind auch bei künstlicher Ernährung gut gedeihen. Außer der Ernährung, durch die wir die kleinen Patienten kräftigen, kommen ebenso wie bei Erwachsenen verschiedene therapeutische Maßnahmen in Betracht, die sich gegen die Lues wenden und als Specifica betrachtet werden; es handelt sich dabei immer um Mercur oder Jod. Vom Geschmacke des einzelnen Arztes, von dessen Erfahrungen mit der einen oder anderen Methode wird es abhängen, ob er dieses oder jenes Mittel anwendet, und ein gewissenhafter Arzt wird auch die Form der Erkrankung in Erwägung ziehen und gerne zu einem anderen Mittel greifen, wenn ihn das eine im Stiche gelassen. Hypodermatische oder parenchymatöse Injectionen wird man bei einem kleinen Kinde kaum machen, sonst aber kommen so ziemlich alle Methoden und Präparate in Verwendung, die auch bei Erwachsenen gebraucht werden: Inunctionen, Bäder mit Sublimat, Calomel und andere schwer lösliche Hg-Salze, sowie auch das Jod, bei Kindern zumeist in Form von Jodeisensyrup, aber auch als Jodthermalbäder, wie sie in Hall, Lipik u. s. w. geboten werden.

In unserem polypragmatischen Zeitalter der Antitoxine und der Serumtherapie sind auch gegen die Syphilis einzelne Forscher (Tommasoli, Fournier und Feulard, Bonaduce) in dieser Richtung vorgegangen, indem sie theils das Blutserum von gegen diese Krankheit anscheinend refractären Thieren (Lämmer, Kälber, Hunde und Pferde), theils das Blutserum von Kindern, die congenitale Syphilis aufwiesen, verwendeten; der Erfolg ist bisher noch ein recht problematischer und wird die Methode am allerwenigsten bei Kindern mit hereditärer Lues zu verwenden sein.

Am erfolgreichsten werden wir gegen dieses Uebel immer noch präventiv ankämpfen, durch strenge Ueberwachung der öffentlichen und durch thunlichste Behinderung der geheimen Prostitution. Die Schwierigkeiten, die sich insbesondere letzterem entgegenstellen, dürfen wir uns aber nicht verhehlen.

und so wird auch der traurige Anblick dieser unglücklichen Geschöpfe, die das Siechthum mit auf die Lebensreise bekommen, leider nicht so bald aufhören.

Ueber objectiv wahrnehmbare Ohr- und Kopfgeräusche.

Von **Dr. S. Goldflam** und **Dr. S. Meyerson** in Warschau.

(Fortsetzung.)

Wir haben zwei Reihen von Symptomen zu berücksichtigen, nämlich die von dem vergrößerten intracraniellen Druck abhängigen, wie Kopfschmerzen, Stauungspapille, Benommenheit, Erbrechen, dann eine so sehr auffallende Erscheinung, wie das mit dem Pulse synchronische, am ganzen Schädel hörbare Geräusch. Die erste Symptomreihe spricht für die Anwesenheit eines intracraniellen Tumors, das Geräusch aber dafür, daß dieser Tumor ein Aneurysma der linken Carotis interna sei, und zwar aus dem Grunde, weil Pat. das Geräusch im linken Ohre localisirte, dasselbe in der linken Schädelhälfte am stärksten zu hören war und beim Druck auf die linke Carotis communis sistirte. In der That bildet das Aneurysma eines intracraniellen Gefäßes einen Tumor, der den Schädelraum verkleinert und beim Erreichen einer gewissen Größe dieselben Druckerscheinungen hervorrufen kann, wie eine Geschwulst, die Stauungspapille nicht ausgeschlossen. Die differentielle Diagnose zwischen einer Neubildung und einem Aneurysma einer Gehirnarterie ist zuweilen sehr schwer oder gar unmöglich und bildet das rhythmische, mit dem Pulse isochrone Geräusch ein Symptom, welches für die Diagnose des Aneurysmas schwer in die Waage fällt (Gowers). Leube gibt in seinem diagnostischen Handbuche als charakteristisches Merkmal für die Unterscheidung zwischen Aneurysma und Geschwulst an, daß bei ersterem die Symptome sprungetappenweise vorschreiten; doch ist zu bemerken, daß solche plötzliche Verschlimmerungen auch bei Neubildungen (Hämorrhagien, collaterale Hyperämien in denselben etc.) und Gehirnsyphilis vorkommen können, andererseits aber, daß beim Aneurysma das Krankheitsbild sich langsam fortschreitend entwickeln kann. Die atheromatöse Entartung der Gefäße der Ret na, auf die Leube Gewicht legt, ist auch vielen anderen Processen eigen und kann nicht als Unterscheidungsmerkmal für Aneurysma gelten. Wenig Anhaltspunkte bietet auch die Aetiologie dieses Leidens. Die fettige und atheromatöse Entartung der Gefäßwände kommt sehr oft vor und bildet eher den Ausgangspunkt von Blutungen und Gehirnerweichung, als von Aneurysmen. Die Syphilis hat auch öfters das Entstehen von specifischen Tumoren als von Aneurysmen zur Folge. Das Trauma nimmt als ätiologisches Moment der Geschwülste einen wichtigeren Platz ein, als in der Aetiologie der Aneurysmen. Es bleiben noch die embolischen Processe, die Gowers für die häufigste Ursache der Aneurysmen hält. Nach diesem Autor ist der Nachweis einer früher oder gleichzeitig existirenden Endocarditis neben den Symptomen eines basalen Gehirntumors für die Diagnose eines Aneurysmas maßgebend.[28])

Das entscheidende Symptom eines Aneurysmas bleibt jedenfalls ein am Schädel hörbares Gefäßgeräusch, doch ist auch dieses Symptom nicht absolut pathognomonisch, denn die nähere Analyse unseres Falles zwingt uns zu einem gewissen Skepticismus dieser Diagnose gegenüber, und zwar aus folgenden Gründen. Wie bekannt, können kleine Aneurysmen ganz symptomlos verlaufen, und erst ein Bersten derselben mit nachfolgendem Bluterguß verräth ihre Anwesenheit. Solche latente Aneurysmen kommen nicht nur an den kleineren Gefäßen, wie Art. communicantes anter. und Art. cerebellares, sondern auch an größeren, wie Art. cerebri med. und Art. basilaris vor. Um Symptome von Gehirndruck hervorzurufen, müssen die Aneurysmen eine gewisse Größe erreichen, was nur an den größeren Gefäßen der Schädelbasis möglich ist. Hier wurden auch Aneurysmen, welche im Leben den Symptomencomplex der Gehirntumoren darboten, angetroffen. Man müßte also in unserem Falle vermuthen, daß ein Aneurysma einer größeren Arterie an der Gehirnbasis vorliege, und zwar der linken Carotis int-rna, da das Geräusch linkerseits am schärfsten war und beim Druck auf die linke Carotis comm. sistirte. Dann aber ist es merkwürdig, in welcher Weise die Symptome, die bei einer solchen Localisation eines großen aneurysmatischen Sackes vorhanden sein müßten, gänzlich fehlen konnten.

Die Art. carotis interna befindet sich, nachdem sie den Canalis caroticus verlassen hat, im Sinus cavernosus. Ein Aneurysma an dieser Stelle müßte eine wenigstens vorübergehende Stauung in der Vena ophthalmica und einen Druck auf die in der Wand des Sinus verlaufenden Nervenstämme und Aeste, wie: N. trochlearis, Ramus ophthalmicus nervi trigemini, Oculomotorius comm. und Abducens, und in Folge dessen eine Unbeweglichkeit und Anästhesie des Augapfels mit Ptose hervorrufen. Ein Aneurysma im weiteren Verlaufe der Art. carotis interna müßte auf den hinteren unteren Theil des Lobus frontalis und den vorderen unteren Theil des Lobus temporalis, auf den N. opticus und olfactorius, und bei bedeutenderer Größe der Geschwulst und ihrer Entwicklung von der hinteren Wand der Arterienkrümmung sogar auf den Pedunculus cerebri einen Druck ausüben. In unserem Falle aber war die Beschränkung der Augapfelbewegungen unbedeutend, wie sie bei hochgradiger Amblyopie öfters angetroffen wird. es war auch weder Ptose, noch Anästhesie der Augäpfel vorhanden, die Amblyopie war beiderseitig als Folgezustand der Stauungspapille erklärlich, nicht aber als Folge des Druckes auf die Sehnerven selbst; auch war der Geruchssinn intact. Die Aneurysmen, die aus dem Endzweige der Carotis interna, der Art. cerebralis media entstehen, liegen am häufigsten in der Fossa Sylvii, wo sie auf die motorischen Windungen der Rinde einen Druck ausüben, und haben deshalb öfters zur Folge: Halbseitige Lähmungen, Monoplegien, Krämpfe, die den Jackson'schen ähneln, zuweilen Aphasie, seltener Lähmungen im Bereiche der Schädelnerven. Aneurysmen der Art. communicans ant., cerebral. ant., haben gewöhnlich dünne Wände, erreichen keine größeren Dimensionen und bersten meistens, ohne vorher ihre Gegenwart zu verrathen; in den Fällen aber, wo Erscheinungen vorhanden sind, ist ihre Symptomatologie dieselbe, wie bei Aneurysmen der Carotis int., mit dem Unterschiede, daß die Nerven des Augapfels unberührt bleiben. Die Aneurysmen der Art. communicans post. haben gleichfalls dünne Wände und bersten gewöhnlich, bevor sie im Stande sind, einen wesentlichen Druck auf den Tractus nerv. opticorum, N. oculomotorius comm. und den Pedunculus cerebri etc. auszuüben. Wir können es unterlassen, näher auf die sonst häufigen Aneurysmen der Art. basilaris oder vertebralis einzugehen, da von ihnen in unserem Falle am wenigsten die Rede sein kann, indem bei ihrer Anwesenheit die Symptome des Druckes auf den Pons Varoli und die Oblongata vorhanden sein müssten.

Wir sehen also, daß der Mangel von Symptomen des directen Druckes auf die an der Gehirnbasis befindlichen Theile die scheinbar so gerechtfertigte Diagnose eines Aneurysmas der Carotis interna, zweifelhaft macht, und kann auch das Resultat der vorgenommenen Ligatur der Carotis communis in dieser Hinsicht keinen genauen Aufschluß geben. Es könnte ja auf den ersten Blick scheinen, und zwar auf

[28]) Den Mechanismus des Entstehens eines Aneurysmas bei der Embolie erklärt Gowers auf folgende Weise. Partikeln vom Exsudate bei der Endocarditis, von dem Blutstrome fortgerissen, setzen sich an der Gefäßwand fest, doch verstopfen sie nicht das Gefäßlumen, sondern rufen in der Gefäßwand eine Entzündung hervor, die denselben Charakter hat, wie am Endocardium; in Folge der Entzündung büßt die Gefäßwand ihre Elasticität ein, baucht sich aus und bildet einen aneurysmatischen Sack. Die intracraniellen Aneurysmen nehmen ihren Ursprung am häufigsten aus der Art. cerebralis med., in welcher auch embolische Processe sehr häufig sind.

Grund des Wiederkehrens des Geräusches nach wenigen Stunden, daß, da nach der Ligatur in dem muthmaßlichen Sacke keine Gerinnung zu Stande gekommen ist, wir es mit keinem Aneurysma zu thun hatten; es wäre jedoch dieser Schluß zu übereilt. Bekanntlich befinden sich bei regelmäßiger Circulation in der normalen Arterie die geformten Blutelemente in der Mitte des Blutstromes, die plasmatische Schicht an der Peripherie, unmittelbar den Gefäßwänden anliegend. Bei der Verlangsamung des Blutkreislaufes beginnen in der peripheren Schicht die weißen Blutkörperchen und BIZZOZERO-schen Plättchen, die dazu eine größere Viscosität erlangen, in immer größerer Zahl sich zu sammeln, mit der Wiederkehr aber einer lebhafteren Circulation werden dieselben wieder fortgeschwemmt und die begonnene Conglutination auf diese Weise unterbrochen. Um die Conglutination zu Stande zu bringen, ist außer der Verlangsamung des Kreislaufes noch eine Veränderung an der inneren Gefäßwand nothwendig; ohne gleichzeitige Anwesenheit dieser beiden Bedingungen kommt es zu keiner Gerinnung (EBERTH und SCHIMMELBUSCH). Diese Bedingungen sind in dem aneurysmatischen Sacke vorhanden, indem die daselbst vorkommenden Wirbel noch die Coagulation beschleunigen und wo auch fast immer an den Wänden Fibrinschichten angetroffen werden. Nach der Unterbindung der Carotis int. müßte in dem ersten Augenblicke in dem vermeintlichen Sacke eine Verlangsamung der Stromgeschwindigkeit mit beginnender Conglutination stattfinden; diesem Zeitraume würde das Verschwinden des Geräusches unmittelbar nach der Operation entsprechen. Gleich darauf wurde aber eine lebhaftere Circulation durch die Verbindungen mit der Carotis int. der anderen Seite und der Art. basilaris (Circulus arteriosus Willisi) hergestellt, was die Conglutination im aneurysmatischen Sacke unterbrechen mußte. Denn die Conglutination muß ziemlich lange dauern, manchmal tagelang, bevor die Blutgerinnung eintreten soll. Aus diesem folgt, daß das negative Resultat der Ligatur nicht gegen die Diagnose „Aneurysma", noch viel weniger aber für dieselbe herangezogen werden könne.

Wenn es nun also auch zweifellos war, daß wir es mit einem Gehirntumor zu thun hatten, war jedoch die Lösung der Frage, ob ein Aneurysma oder Gewebsneubildung vorliege, äußerst schwer. Weder die Aetiologie, noch der klinische Verlauf, noch schließlich das negative Resultat der Ligatur waren genügend, um diese Frage zu entscheiden. Wenn auch ein Symptom — das arterielle Geräusch am Schädel — im ersten Augenblick für Aneurysma sprach, so brachte doch der Mangel von Herdsymptomen eines Basaltumors diese Annahme zum Schwanken. Noch größere Schwierigkeiten stellen sich der Annahme einer auf eine der größeren Arterien an der Gehirnbasis einen Druck ausübenden Geschwulst entgegen, denn erstens ist es fraglich, ob ein solcher Druck und folglich das Entstehen eines Geräusches bei der weichen Consistenz der Gehirnsubstanz überhaupt möglich sei, zweitens aber müßte eine solche Geschwulst, ebenso wie ein Aneurysma, Herdsymptome hervorrufen. Es bleibt uns deshalb nur die Annahme einer Geschwulst übrig, die von der Carotis int. sinistra stark mit dem Stamme und größeren Zweigen mit Gefäßen versorgt wird, jedoch in keiner directen Verbindung steht. Es kommen im Gehirne Sarcome vor, die zum großen Theile aus Gefäßen bestehen (Angiosarcome). In diesen Gefäßen kann bei gewissen schwer zu bestimmenden Verhältnissen ein objectiv wahrnehmbares Geräusch entstehen. Einer von uns hatte vor Jahren Gelegenheit, einen Kranken zu beobachten, bei dem am Planum externum ossis ilei eine halbkugelförmige, apfelgroße Geschwulst vorhanden war, welche gleichzeitig mit der Art. radialis pulsirte, bei dem Druck auf die Aorta abdominalis sich verkleinerte, bei der Auscultation einen Ton wahrnehmen ließ, und bei deren Punction mit der PRAVAZ-Spritze reines arterielles Blut aspirirt wurde; dennoch erwies sich die Geschwulst bei der Section als Angiosarcom. Die Annahme einer Geschwulst in unserem Falle verträgt sich am besten mit der schnellen und gleichmäßigen Entwicklung der Symptome, mit den stark hervorstechenden Erscheinungen des vergrößerten intracraniellen Druckes (heftige Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungspapille). Mit dieser Hypothese läßt sich der Umstand, daß das Geräusch beim Drucke auf die Carotis comm. sin. schwand, beim Drucke auf die Carotis comm. dextra aber schwächer wurde, leichter erklären, als bei der Annahme eines Aneurysmas; nämlich in der Weise, daß die Geschwulst hauptsächlich ihre Gefäße aus der Carotis int. sin., aber auch theilweise aus der Carotis int. dext., jedoch in von der letzteren zur Geräuschbildung ungenügender Quantität, erhielt. In der Krankengeschichte ist weiter eine Parese der linken Extremitäten angegeben, die sich durch die Annahme eines linksseitigen Aneurysmas nicht erklären ließe, während eine von beiden Art. carotides int. gespeiste Geschwulst einen indirecten Druck auf die rechte Pyramidenbahn ausüben konnte, denn nur von einem solchen Drucke kann in unserem Falle in Betracht des geringen Grades der Hemiparese die Rede sein. Dieses führt uns zur Frage über die Localisation der Geschwulst. Auf Grund des Vorhandenseins einer linkseitigen Parese müßten wir dieselbe in die rechte Hemisphäre verlegen, wogegen aber die hauptsächliche Blutversorgung seitens der linken Carotis spricht. Man könnte jedoch vermuthen, daß die Geschwulst anfangs ihren Ursprung aus der linken Hemisphäre hatte, und zwar aus einer Stelle, welche gewöhnlich keine Herdsymptome abgibt, z. B. aus dem Centrum ovale des linken Stirnlappens, näher dessen medialen, der rechten Hemisphäre anliegenden Fläche, wo sie auf den Lobulus paracentralis einen indirecten Druck ausüben könnte. Es ist dies aber nur eine Hypothese. Die Benommenheit der Patientin scheint die Annahme einer Localisation im Stirnlappen zu bekräftigen, doch müssen wir gleich hinzufügen, daß diese Benommenheit sich nicht durch größere Intensität, als gewöhnlich bei Gehirntumoren auszeichnete, und jedenfalls waren keine hervorragenden Geistesstörungen, wie wir sie bei der Erkrankung der Stirnlappenrinde manchmal antreffen, vorhanden. Die Ausdruckslosigkeit des Gesichtes, an dem sich keine Affecte abspiegelten, könnte als eine reflectorische, emotionelle Lähmung betrachtet werden, und mit der ebenfalls vorhandenen Erscheinung des unwillkürlichen Harnabganges auf eine Affection der Vierhügel bezogen werden (NOTHNAGEL, BECHTEREW); allein das Fehlen in unserem Falle von automatischen Bewegungen, als choreatischen, atethotischen, von Zittern, Hemianopsie u. s. w., macht diese Annahme sehr unwahrscheinlich. Es ist also ersichtlich, daß der Mangel von Herdsymptomen die genaue Bestimmung des Sitzes der Geschwulst nicht ermöglicht.

Wir müssen noch den Umstand hervorheben, daß, wenn auch die Ligatur der Carotis comm. sin. resultatlos sich erwies, dieselbe doch auch keine schädlichen Erscheinungen zur Folge hatte, vielmehr konnten wir einige Zeit nach der Ausschaltung der Carotis sin. aus dem Kreislaufe auch die rechte Carotis einem Drucke aussetzen, ohne störende Symptome hervorzurufen, und auf diese Weise die schon von Anderen gewonnene Erfahrung über die relative Unschädlichkeit dieser Maßnahmen bestätigen (TILLAUX).[29]) Bei diesem letzten Experimente schwand das Geräusch nicht, es änderte nur seinen akustischen Charakter. Dieser Fall zeigt also, daß das Gehirn sich leicht an die neuen Kreislaufsverhältnisse, bei denen seine Ernährung hauptsächlich von den Vertebralarterien aus stattfindet, anpassen kann. PILZ[30]) hat 29 Fälle, in denen die Unterbindung der Carotis comm. einige Zeit nach der Ligatur der anderen Seite vollzogen wurde, zusammengestellt; aus dieser Zahl starben nur acht Fälle, und nur in 5 Fällen sind Gehirnsymptome entstanden. WYETH[31]) erwähnt einen Fall, in dem beide Carotiden zugleich unterbunden wurden und SMYTH einen solchen, in welchem 54 Tage

[29]) „Anatomie topographique", pag. 73.
[30]) „Archiv f. kl. Chir.", Bd. IX, pag. 257.
[31]) The international Encyclopedia of Surgery of Asshurst, pag. 500.

nach der Ligatur der rechten Carotis comm. die rechte Vertebralis ligirt wurde, ohne Gehirnsymptome hervorzurufen. ROSSI machte die Ligatur der rechten Carotis comm. bei einem Patienten, bei dem nach dem Tode eine Verstopfung der linken Carotis comm. und rechten Vertebralis constatirt wurde. Dieser Kranke lebte trotzdem noch 6 Tage nach der Ligatur. In keinem Falle von Ligatur der Art. innominata, bei welcher der Blutzufluß zur rechten Gehirnhälfte aufgehoben wird, wurden Gehirnsymptome beobachtet. In manchen Fällen jedoch treten schon bei der Ligatur einer Carotis comm. Gehirnsymptome auf, die einer zeitweiligen Gleichgewichtsstörung in der Gehirncirculation zugeschrieben werden müssen.

(Schluß folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

R. EMMERICH und H. SCHOLL: **Klinische Erfahrungen über die Heilung des Krebses durch Krebsserum (Erysipelserum).**

Im Laufe der letzten Decennien ist von verläßlichen Autoren vielfach über merkwürdig rasche Heilung von Krebs und Sarcom durch intercurrentes Erysipel berichtet worden. Auf dieser Grundlage wurde denn auch in der Krebstherapie von verschiedenen Forschern gearbeitet. So erzielten FEHLEISEN und NEISSER durch Injection virulenter Reinculturen von Erysipelcoccen bei hoffnungslosen Fällen von Krebs unzweifelhafte Erfolge; aber dieses Verfahren war zu gefährlich und hatte auch in einem Falle den Tod des Pat. zur Folge. Weiters erzielte WILLIAM B. COLEY durch filtrirte Bouillonculturen von Erysipelcoccen und Bacillus prodigiosus besonders bei Sarcomen evidente Erfolge, doch beobachtete er ungünstige Nebenerscheinungen, wie Uebelkeit, Brechreiz, hohes Fieber und Kopfschmerzen, welche Erscheinungen 4—24 Stunden anhielten.

Die Resultate, zu welchen die beiden oben genannten Autoren auf demselben Gebiete und auf analogem Wege gelangten („D. med. Woch.", 1895, Nr. 17), nahmen ihren Ausgangspunkt von Versuchen EMMERICH's aus dem Jahre 1886, welche ergaben, daß der Milzbrand durch Serum von mit Erysipel inficirten Thieren heilbar ist, und zwar durch Veränderungen, welche die Erysipelcoccen im Blute verursachen. Die Autoren schlossen nun weiter: „Nachdem bekannt ist, daß die natürliche und künstliche Erysipelinfection auch den Krebs heilt — was lag näher als anzunehmen, daß diese Heilung des Krebses ebenso wie die des Milzbrandes durch Veränderungen bewirkt wird, welche die Erysipelcoccen im Blute verursachen? War dieser naheliegende Schluß richtig, dann mußte das vom Erysipel befreite Blutserum von mit Erysipel inficirten Thieren auch ein Heilmittel gegen Krebs, nicht nur gegen Milzbrand sein. Heilerfolge beim Krebs werden, wie wir der Analogie halber schließen müssen, dadurch zu Stande kommen, daß das Erysipelserum die Krebsparasiten (die erst zu entdeckenden wohl — Ref.) vernichtet, ebenso wie es den Milzbrand durch Abtödtung von Milzbrandbacillen heilt."

Zur Gewinnung dieses „Krebsheilserums" wurde fast ausschließlich Schafblutserum verwendet. Die Bereitungsweise ist viel umständlicher, als die des Diphtherieheilserums. Im Allgemeinen ist sie folgende: Die mit Erysipelcultur inficirten Schafe läßt man verbluten und fängt das Blut in sterilisirten Gefäßen auf. Nach einer bestimmten Zeit wird das Serum abpipettirt und durch CHAMBERLAND- oder D'ARSONVAL'sche Filter von Erysipelcoccen befreit. Das auf diese Weise kalt sterilisirte Serum wird dann in 10 Ccm. fassende, sterilisirte Rollflaschen gefüllt, welche, mit sterilisirtem Kitt verschlossen, bis zum Gebrauch kühl und im Dunkeln aufbewahrt werden.

Mit diesem Krebsserum wurden im Laufe des letzten halben Jahres eine Anzahl von Krebs- und Sarcomfällen behandelt, von welchen die Autoren sechs des Näheren beschreiben. Wirkungslos erwies sich das Serum nur in zwei Fällen, in welchen bereits eine secundäre Infection des Carcinoms und eiteriger ausgedehnter Zerfall vorhanden war. Unangenehme Nebenwirkungen hatte diese Behandlung nicht im Gefolge; es tritt zwar eine erysipelähnliche Schwellung auf, aber kein oder nur mäßiges Fieber und höchstens leichte Schmerzen in Folge der Injection.

Was nun die von den Autoren angeführten Fälle betrifft, so handelte es sich in dem ersten um eine 54jährige Pat., welche als inoperabler Fall in Behandlung kam, und bei der vor 2 Jahren die rechte carcinomatöse Mamma exstirpirt worden war. Am 14. December waren ein etwa taubeneigroßer, kegelförmiger derber Knoten neben der Operationsnarbe und ein hühnereigroßer Knoten unterhalb der rechten Achselhöhle vorhanden. Die Haut über dem kegelförmigen Knoten stark gespannt und dunkelroth glänzend. Der ganze Infraclavicularraum über dem Musculus pectoralis bretthart, carcinomatös infiltrirt, und von dieser handtellergroßen Infiltration führt eine Fistel in die Achselhöhle, wo sich durch eine pfennigstückgroße Oeffnung beständig eiterige Flüssigkeit entleert. Oberhalb der rechten Clavicula am Halse eine walnußgroße und mehrere haselnußgroße Drüsen zu fühlen. Der rechte Arm stark ödematös geschwollen und vollständig gebrauchsunfähig. Schon nach der Injection von je 0·5 Ccm. Krebsserum in den taubeneigroßen Knoten an zwei aufeinanderfolgenden Tagen war derselbe um die Hälfte verkleinert und die früher stark gespannte Haut darüber gerunzelt. Am dritten Tage war dieser Tumor nach der Injection von insgesammt 2 Ccm. Serum vollständig verschwunden. Inzwischen waren täglich auch kleine Serummengen (von 0·5—2 Ccm.) in den hühnereigroßen Carcinomknoten und in die harte Infiltration unter der Clavicula (1—1·5 Ccm.) injicirt worden. Die letztere verkleinerte sich schon nach zwei Injectionen derart, daß sie nicht mehr zu fühlen war. Ueber dem hühnereigroßen Knoten zeigt sich, von der Fistelöffnung ausgehend, Fluctuation. Es wurde eine 5 Cm. lange Incision gemacht, welche den carcinomatösen Knoten zum Theil durchtrennte. Es entleerte sich ein Eßlöffel voll Eiter, aus welchem auf Gelatineplatten der Staphylococcus aureus sich entwickelte. Die Injectionen von kleinen Serummengen (0·5—2·0 Ccm.) wurden mit mehrtägigen Unterbrechungen bis zum 4. Januar fortgesetzt. Am 8. Januar war auch der hühnereigroße Knoten in der Achselhöhle verschwunden, die Incisionswunde, sowie die Fistelöffnung vollständig verheilt. Der rechte Arm ist frei beweglich, und es tritt bei einer einfachen Bewegung ein Bruch der Clavicula ein, ein Zeichen, daß auch die, die carcinomatös entartete Clavicula einhüllenden Krebsmassen resorbirt worden waren, so daß die Clavicula ihre bisherige Stütze verlor. Die Drüsen am Hals waren kaum mehr zu fühlen und die Patientin verläßt temporär geheilt am 12. Januar 1895 das Krankenhaus, um in ihre Heimat zu reisen. Dieser nahezu vollständige Heilerfolg wurde durch die Injectionen von nur 40 Ccm. Serum (in Summa) erzielt. Bis zum 21. Februar war ein Carcinomrecidiv nicht aufgetreten.

Der zweite Fall betraf ein ähnliches Carcinomrecidiv nach Exstirpation der linken Mamma. Es waren längs der Operationsnarbe drei erbsen- bis kirschgroße harte Knoten in der Haut vorhanden, und ein vierter, etwa hühnereigroßer Knoten befand sich in der Operationsnarbe. Die Kranke erhielt im Verlaufe einer Woche tägliche Injectionen von je 0·3—0·5 Ccm. Serum in die einzelnen Knoten, worauf die drei kleineren Knoten innerhalb dieser kurzen Zeit von nur 8 Tagen verschwanden, während der große Knoten noch keine Verkleinerung erkennen ließ; Pat. entzog sich aus äußeren Gründen der weiteren Behandlung.

Der dritte Fall betraf ein exulcerirtes Mammacarcinom mit Metastasen in der Leber und in den Pleurahöhlen, bei welchem die Serumbehandlung nur solatii causa und in unzulänglichen Dosen ausgeführt wurde. Gleichwohl trat eine sichtliche Besserung ein.

Der vierte Fall betrifft ebenfalls ein Carcinomrecidiv nach Mammaexstirpation. $1^1/_2$ Jahre nach der Operation hatte sich ein nußgroßer Carcinomknoten an der inneren Fläche des Oberarmes in der Haut gebildet. Dieser Knoten war innerhalb 14 Tagen nach der Injection von 20 Ccm. Serum verschwunden, doch werden die Injectionen gegenwärtig noch fortgesetzt, um ein Recidiv zu verhüten.

Im fünften Falle, gleichfalls einem Mammacarcinom, war insoferne ein unverkennbarer Erfolg erzielt worden, als der Tumor, der bisher in rapidem Wachsthum begriffen war, nach kurzer Behandlung nicht nur sein rasches Wachsthum einstellte, sondern auch

eine bedeutende Verkleinerung zeigte. Zudem war das früher brettharte carcinomatöse Gewebe viel weicher geworden.

Der letzte Fall endlich betraf ein seit 9 Jahren bestehendes Cancroid des linken äußeren Augenwinkels, das in der letzten Zeit rasch zu wachsen begann. Der Effect der Behandlung war ein Zerfall der ganzen Geschwulst, so daß an Stelle des carcinomatösen Gewebes Geschwüre vorhanden sind, welche, wie es scheint, in Heilung begriffen sind.

Auch bei einem 6 Jahre alten, kopfgroßen, steinharten Sarcom wurde durch dreiwöchentliche Serumbehandlung Erweichung und Verkleinerung erzielt. Bs.

RUDOLF HABS (Magdeburg): **Die Exarticulation des Unterschenkels im Kniegelenke.**

Auf der chirurgischen Abtheilung der Magdeburger Krankenanstalt Altstadt wurden in den letzten 15 Jahren 20 Kniegelenkexarticulationen ausgeführt. HABS („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie", Bd. 40, H. 1/2), untersuchte die operirten Fälle, soweit er ihrer habhaft werden konnte, nach und fand die Resultate so günstig, daß er die noch immer vernachlässigte und doch so alte Operation auf das wärmste empfiehlt. Es wurde meistens die alte VELPEAU'sche, von HAGEDORN modificirte Methode, welche einen großen, viereckigen vorderen Lappen und einen ganz kurzen hinteren bildet, ausgeführt, weil dabei die Exarticulationsnarbe ganz nach hinten in die ehemalige Kniekehle verlegt und damit von der Prothese fern gehalten wird; die Patella wird, falls sie nicht zertrümmert oder erkrankt ist, erhalten. HABS empfiehlt, wenn die hohe Unterschenkelamputation nicht angeht, in erster Linie Exarticulation im Kniegelenk; ist auch hiezu nicht genügend Hautmaterial vorhanden, so würde GRITTI'S oder SABANAJEFF'S Methode, in letzter Reihe CARDEN'S Methode in Betracht kommen. Indicationen zu den Exarticulationen waren 14mal Zertrümmerungen des Schenkels; da wurde 8mal primär, 6mal secundär nach eingetretener Phlegmone oder Gangrän operirt. Außerdem lagen drei Sarcome vor, eine Gangrän nach Exstirpation eines Aneurysma der Arteria poplitea, 1mal Osteomyelitis chronica tibiae und 1mal Ulcus cruris. Gestorben ist post operationem ein Fall, der bereits septisch zur Operation kam. Das Alter der Operirten lag zwischen dem zweiten und dem 66. Lebensjahre; 14 Patienten waren männlich, 6 weiblich. R. L.

S. CHAZAN (Grodno): **Ueber Placentarretention nach rechtzeitiger Geburt.**

Nach Definition des Begriffes der Placentarretention ergeht sich CH. (VOLKMANN's Sammlung, Nr. 93) in Erörterungen der Frage nach den Ursachen derselben und bespricht schließlich die Technik der manuellen Placentalösung. Mit dem üblichen Modus, wonach man mit der flachen Hand, nachdem man an eine gelöste Stelle gelangt ist, zwischen Uteruswand und Placenta gleitet und letztere abdrängt, kann CH. sich nicht einverstanden erklären. Seit mehreren Jahren hat er diese Methode verlassen und einen ganz anderen Weg eingeschlagen. Von der Ueberzeugung ausgehend, daß es abnorm fest verwachsene Placenten überhaupt nicht gebe und daß es sich in fast allen Fällen von Placentarretention nur um die ausgebliebene Lösung des Kuchens handelt, sucht CH., indem er am gelösten Theile der Nachgeburt einen mäßigen, aber anhaltenden Zug ausübt, die gänzliche Lösung zu bewerkstelligen.

Bei der notorischen Leichtigkeit, mit welcher sich Placentarzotten von der Placenta losreißen, wenn an der Placenta gezogen wird, erscheint es nicht rathsam, diesem Vorschlage CHAZAN's zu folgen. C. BREUS.

Diagnostik der Nervenkrankheiten. Von **Dr. Paul Julius Moebius** in Leipzig. Leipzig 1894, 2. veränderte und vermehrte Auflage. F. C. W. Vogel.

Dieses in der ärztlichen Lesewelt wohlbekannte Buch ist nun in 2. Auflage erschienen.

Es gibt kaum einen Zweig der Medicin, wo die Kenntniß der allgemeinen Diagnostik von solcher Bedeutung wäre, wie bei der Neurologie, und MOEBIUS war der Erste, welcher sich der schwierigen Aufgabe unterzogen hatte, ein solches Buch zu schreiben. Es gibt wohl auch derzeit wenig Nervenärzte, die mit so viel Berechtigung an diese Aufgabe herantreten konnten, wie dieser Autor, der durch Jahre auf allen Gebieten der Neurologie in der ersprießlichsten Weise gearbeitet und andererseits als Referent eine weitverzweigte kritische Thätigkeit entfaltet hat. Die ersten Theile sind in ihrer Anlage unverändert geblieben, sie sind nur den Fortschritten der Zeit gemäß umgearbeitet worden. Der erste Theil enthält eine Aufzählung aller jener Momente, welche in der Anamnese von Bedeutung sind. Der zweite (umfangreichste) Theil beschäftigt sich mit dem Status praesens. Ein Capitel gibt eine Anleitung zur Ermittlung des psychischen Zustandes, dann folgen die Anomalien der Sprache, unter denen natürlich die Aphasie den größten Platz beansprucht. Unter den Erkrankungen des Bewegungsapparates finden die Lähmungen die weitgehendste Würdigung, an diese schließen sich die abnormen Bewegungen (Ataxie, Tremor, Krämpfe, Chorea etc.) an. Nun folgen die Capitel, welche sich mit der Prüfung der Sinnesorgane beschäftigen, unter welchen der Gesichtssinn die erste Stelle einnimmt.

Für den Praktiker sehr wichtig ist der 2. Theil, welcher die Function der Muskeln detaillirt schildert. Neu bearbeitet sind die Abschnitte über Neuritis, Localisation im Rückenmarke, in der Oblongata und im Gehirne.

Ganz neu ist der dritte Theil, welcher eine kleine, sehr anschauliche Beschreibung der Nervenkrankheiten enthält. Hier findet sich die von MOEBIUS herrührende Eintheilung durchgeführt. Die Nervenkrankheiten können exogen sein: Hieher gehören die Metallvergiftungen, die Alkoholvergiftungen, dann diejenigen, welche mit acuten oder chronischen Infectionskrankheiten zusammenhängen. Ferner gehören hieher die selbstständigen infectiösen Nervenkrankheiten, wie die primäre Neuritis, Poliomyelitis, Encephalitis, Chorea, Tetanie, Tetanus, Lyssa, Cerebrospinalmeningitis. In diese Gruppe fallen noch die Nervenkrankheiten durch primäre pathologische Veränderungen der Blutgefäße, die multiple Sklerose, die Paralysis agitans, die Myelitis und die Gliomatose. Dieser Gruppe stehen die endogenen Nervenkrankheiten gegenüber, unter denen die Neurasthenie, die Hysterie und die Epilepsie die wichtigsten sind.

Die Darstellung des Stoffes ist eine ungemein anregende. Das Werk ist ein ausgezeichneter Führer für den Lernenden, ein guter Leitfaden für den Lehrenden; es ist ein nützlicher Behelf für den praktischen Arzt, aber auch der Specialist findet allenthalben Neues und Interessantes.

Die Ausstattung des Buches, das über 100 Holzschnitte enthält, ist eine vorzügliche. F. H.

Grundzüge der Histologie. Von **Prof. Dr. E. Klein** in London. Deutsche Ausgabe von **Dr. A. Kollmann** in Leipzig. III. Aufl. Leipzig 1895, E. Haberland.

Das vorliegende Buch ist ein kleines Handbuch der Histologie; es ragt weit über einen Leitfaden für den Anfänger hinaus, da es ein gutes Gesammtbild über den gegenwärtigen Stand der histologischen Wissenschaft gibt. Die vorliegende neue Auflage berichtet ausführlich über die neuen Untersuchungen, welche GOLGI, RAMON Y CAJAL und KÖLLIKER über das Centralnervensystem angestellt haben, und überhaupt läßt jedes Capitel die ergänzende Hand eines gewiegten Kenners der einschlägigen Verhältnisse erkennen. Die Zeichnungen, 194 an der Zahl, sind sehr instructiv, da sie in glücklicher Weise, die Schematisirung vermeidend, ein klares Bild der histologischen Structur der Gewebe und ihrer Elemente geben. Es wäre im Interesse der Studirenden wohl gelegen, wenn sie sich mit diesem Buche intensiv beschäftigen wollten. F.

Travaux d'Électrothérapie gynécologique. Archives semestrielles d'Électrothérapie gynécologique fondées et publiées par le **Dr. G. Apostoli**, Vice-président de la Société française d'Électrothérapie etc. Volume I. Paris 1894, Société d'éditions scientifiques.

In der Absicht, den französischen Lesern die Orientirung über die vielumstrittene gynäkologische Elektrotherapie und die in den verschiedensten Sprachen seit 7 Jahren erschienene, dieses Thema

behandelnde Literatur zu erleichtern, gibt APOSTOLI unter obigem Titel in halbjährigen Bänden eine möglichst vollständige Zusammenstellung der wesentlichsten bisher erschienenen, einschlägigen Publicationen heraus.

Diese Arbeiten werden in extenso gebracht und die aus fremden Sprachen in französischer Uebersetzung reproducirt.

Sind dieser Art sämmtliche bisherige wissenswerthe, klinische Publicationen zusammengestellt, dann soll das Archiv fortgesetzt werden, um alles neu Erscheinende in gleicher Weise zu sammeln.

Der vorliegende, 750 Seiten starke Band beginnt mit den bekannten, APOSTOLI so sehr stützenden Abhandlungen von THOMAS und SKENE KEITH, sowie SPENCER WELLS, FRASER WRIGHT und MILNE MURRAY.

Dann folgen die einschlägigen Berichte und Discussionen aus der medico chirurgischen Gesellschaft zu Brighton, dem Congresse von Leeds, der geburtshilflichen Gesellschaft von Edinburgh und der medicinischen Akademie zu New-York.

Aus der russischen Literatur ist die umfängliche Schrift von BASIL MASSIN (Klinik SLAVIANSKY) übersetzt, aus dem Deutschen vorläufig nur die Arbeiten von GUSTAV KLEIN, ENGELMANN und MANDL-WINTER.

Den Schluß dieses Bandes bildet ein bibliographisches Verzeichniß der Publicationen A. TRIPIER'S und G. APOSTOLI'S.

Auch für den nichtfranzösischen Fachmann ist diese Zusammenstellung der verschiedensprachigen Literatur in bequemer Uebersetzung ein willkommener bibliographischer Behelf. Nur schade, daß der Eifer APOSTOLI'S im umgekehrten Verhältnisse steht zu der Beurtheilung, die die von ihm propagirte Therapie speciell in deutschen Landen findet, nachdem man sich mit ihr zu beschäftigen und sie zu erproben angefangen. C. BREUS.

Feuilleton.

Die Laienmassage und deren Bekämpfung.

Referat, erstattet in der Plenarversammlung des Vereines der Aerzte des ersten Bezirkes am 1. April 1895 von Dr. A. BUM.

Das Bestreben der Laien, sich Eingang in die Therapie zu erschleichen, hat mit der Ausübung und Empfehlung der Massage seitens der Aerzte an Beharrlichkeit erheblich zugenommen. Ein vielseitig angewendetes, zumal bei chronischen, das Leben kaum jemals gefährdenden Leiden angezeigtes therapeutisches Agens, dessen Ausübung scheinbar nur den Besitz zweier Hände und einige Anleitung erfordert, war — wie kein zweites — geeignet, von den Laien usurpirt zu werden, zumal die Aerzte, die im Großen und Ganzen wenig eigene Erfahrung über die Leistungen der Massage besaßen, da dieselbe an den medicinischen Schulen nicht gelehrt wird, und die Ausübung derselben lange Zeit hindurch als standesunwürdig betrachteten, ihnen bereitwillig Raum gaben.

Hiezu kam die seitens der Aerzte sicherlich sehr deplacirte Rücksicht auf das sogenannte „Schamgefühl" der Patientinnen, zumal der besseren Gesellschaft, welchen behufs Ausführung der angeordneten Massagebehandlung Masseusen, die modernisirten Streichfrauen des Mittelalters, empfohlen werden.

Auf diese Weise wurde die Laienmassage zu einem von den Aerzten favorisirten Gewerbe, welchem die Sanitätsbehörden in Oesterreich bis vor Kurzem recht ungleichmäßig begegneten. Während einzelne Bezirkshauptmannschaften die Ausübung der Laienmassage in ihrem Territorium strenge verboten, wurde dieselbe anderenorts, so z. B. in Wien, geduldet, obgleich das Stadtphysicat wiederholt ausgesprochen hatte, daß die Ausübung der Massage nur auf Grund ärztlicher Erfahrungen gestattet werden könne.

Eine Regelung der Laienmassage im administrativen Wege ist erst vor wenigen Wochen erfolgt. Mit Erlaß vom 18. Januar 1895, Z. 26545 ex 1894, „fand das Ministerium des Innern dem Recurse eines Laien gegen die Entscheidung der k. k. Statthalterei in Böhmen vom 9. Juni 1894, Z. 79120, mit welcher dem Ansuchen desselben um die Bewilligung der Ausübung der Massage in Prag und im Prager Polizeirayon nicht willfahrt wurde, insoferne derselbe die selbstständige Ausübung der Massage zur Heilzwecken beabsichtigt, keine Folge zu geben, weil nach dem eingeholten Fachgutachten des Obersten Sanitätsrathes die selbstständige Ausübung der Massage zu Heilzwecken als eine zur Heilkunde gehörige Heilmethode anzusehen ist, auf welche die Bestimmungen der Gewerbeordnung keine Anwendung finden. — Insoferne hingegen — fährt der Erlaß fort — die gewerbsmäßige Beschäftigung mit Massage ohne Anwendung derselben zur selbstständigen Behandlung von Krankheiten beabsichtigt wird, unterliegt dieselbe — insolange eine anderweitige Regelung dieser Beschäftigung auf Grund des Gewerbegesetzes nicht stattfindet — als freies Gewerbe lediglich der Anmeldung".

Dieser Erlaß der Obersten Sanitätsbehörde legt die Entscheidung über das Los der Laienmassage in die Hände der Aerzte. Indem er die selbstständige Ausübung der Massage zu Heilzwecken Nichtärzten ausdrücklich verbietet, gibt er den Aerzten nunmehr die Möglichkeit, die Laienmassage überhaupt aus der Welt zu schaffen. Denn wenn die Aerzte es einmüthig ablehnen, einen nicht unwichtigen Zweig der Therapie Laien zu überlassen, indem sie die Verantwortung für deren Thätigkeit übernehmen, bleibt letzteren lediglich die sogenannte diätetische oder hygienische Massage, welche im Uebrigen wohl gleichfalls fast ausschließlich über ärztliche Anordnung zur Anwendung gelangt.

Zwei Momente sind es, welche den Aerzten die Unterdrückung der Laienmassage peremptorisch gebieten, die Rücksicht auf das Wohl ihrer Patienten und die Rücksicht auf das eigene Wohl.

Vor nunmehr zwei Jahren hat der ärztliche Verein des I. Bezirkes eine an die n.-ö. Statthalterei gerichtete Eingabe sämmtlicher ärztlicher Bezirksvereine Wiens mitunterfertigt, in welcher im Hinblick auf die Gefahr, welche die Ausübung der Massage durch Laien für die Kranken im Gefolge hat, die Bitte gestellt wurde, die Laienmassage zu untersagen. Wer Gelegenheit hat, das nur auf die Ausbeutung des leichtgläubigen Publicums gerichtete Treiben der Laienmasseure beiderlei Geschlechtes zu beobachten, wer es gesehen, wie Fälle von Nephritis wegen der concomitirenden Kreuzschmerzen, ferner fluctuirende Abscesse massirt wurden, wer, wie HOFFA in Würzburg, Bauchmassage bei Sarcom der retroperitonealen Lymphdrüsen ausüben und in einem anderen Falle Peritonitis durch Unterleibsmassage erzeugen sah, wer, wie NEBEL in Hamburg, beobachten konnte, wie schwedische Laienmasseure — halbgebildete Gymnasten, die mit unleugbarer manueller Fertigkeit roheste Empirie verbinden — Tabes mittelst Nervendruck curiren wollten, Lungenkrankheiten wegbewegen und speciell der Lungenentzündung als einem „Krampf des Zwerchfelles" mit Geschick beizukommen wissen, wird kaum daran zweifeln können, daß unsere Kranken unter den Händen solcher Individuen sich in Gefahr befinden. Denn nicht in der wohl auch dem Laien möglichen Erlernung der Technik der Massage liegt die Bürgschaft für zweckentsprechende Ausübung dieser Heilmethode, sondern in der Fähigkeit, zu jeder Zeit eine genaue palpatorische Diagnose der vorliegenden Affection stellen und die Handgriffe der Massage dem Zustande des zu behandelnden Theiles entsprechend stets und selbstständig modificiren zu können.

Nachdrücklich sei ferner die Gefährdung der Gesellschaft durch die zur Fruchtabtreibung geeignete Vornahme der Unterleibsmassage seitens Laien, sowie durch Begünstigung der geheimen Prostitution unter dem Deckmantel der Laienmassage hervorgehoben.

Das wirthschaftliche Moment, das der Laienmassage gegenüber für die Aerzte in Frage kommt, wird kaum von irgend Jemandem verkannt werden. Hieher gehört zunächst die Begünstigung des Curpfuscherthums durch dieselbe. Lehrt doch die Erfahrung, daß gerade die Mitglieder des niederen Heilpersonals — Wärter, Hebammen, Masseure — die Neigung zur Curpfuscherei in sich bergen, wie schon WOLTZENDORFF warnend hervorhebt, ganz abgesehen von der Thatsache, daß viele Curpfuscher die Massage überhaupt nur als Deckmantel ihres Gewerbes benützen. Es gehört mit zu den zahlreichen wirthschaftlichen Unbegreiflichkeiten unseres Standes,

daß derselbe die Ausübung einer Heilmethode sich fast vollständig entwinden ließ, die sicherlich geeignet ist, der Unmasse jüngerer, arbeitslustiger und beschäftigungsloser Collegen, zumal in den Städten, zur Quelle des Erwerbes zu werden — einen entsprechenden Unterricht in der Mechanotherapie seitens der Schule vorausgesetzt — und daß es gerade die Angehörigen unseres Standes waren und sind, die die Laienmassage gezüchtet und favorisirt haben.

Offenbar gibt es noch immer Collegen, welche die Ausübung der Massage als des Arztes unwürdig betrachten, geradeso wie vor 50 Jahren die Chirurgie als der Medicin hintanstehend angesehen wurde. Wir wollen von diesen Collegen sicherlich nicht verlangen, daß sie mit diesen Anschauungen persönlich Massage ausüben, die ja auch von älteren oder sehr beschäftigten Aerzten kaum auszuführen wäre; was aber von jedem Arzte im gemeinsamen Standesinteresse verlangt werden muß, ist die Hochhaltung des Principes, therapeutische Maßnahmen irgendwelcher Art, die auszuführen er aus technischen oder persönlichen Gründen ablehnt, nicht halbgebildeten Laien, sondern hiezu geeigneten, geschulten und bereitwilligen Standesgenossen zu übertragen. Nur dann wird er die Interessen seiner Clienten mit jenen des Standes vereinigen.

Es kann und darf von diesem Standpunkte aus nicht geduldet werden, daß der Arzt in dieser Richtung den Wünschen des Publicums oder dem Mitleid mit unterstützungsbedürftigen, angeblich massagekundigen Laien nachgibt; denn höher als die Rücksicht auf diese letzteren muß dem Arzte die Rücksicht auf das Wohl seiner Kranken, auf das Wohl und die Würde des Standes stehen, dem er angehört. Ein entschiedenes Veto der Standesvertretung der Begünstigung der Laienmassage durch den Arzt gegenüber würde denselben im Uebrigen am leichtesten den nicht wegzuleugnenden Verlegenheiten entreißen, die so Manchem aus der Weigerung, im gegebenen Falle Laien für die Ausführung der Massage zu empfehlen, resultiren könnten.

Der angezogene Ministerialerlaß betont in seiner zweiten Alinea, daß die gewerbsmäßige Beschäftigung mit Massage ohne Anwendung derselben zur selbstständigen Behandlung von Krankheiten als freies Gewerbe zu betrachten sei. Damit ist unzweideutig ausgesprochen, daß die oberste Sanitätsbehörde die unter der Verantwortung eines Arztes ausgeübte Laienmassage als statthaft erklärt, mit anderen Worten, daß den Laienmasseuren die Ausübung ihres „Gewerbes" anstandslos gestattet ist, sobald sie einen Arzt gefunden haben, der sie der Sanitätsbehörde gegenüber mit seinem Namen deckt, geradeso wie die Zahntechniker das Verbot, operative Eingriffe im Munde von Kranken auszuüben, durch fictive Anstellung eines diplomirten Arztes als Compagnon ihres Ateliers zu umgehen wissen.

Thatsächlich sind derartige Fälle, Laienmassage betreffend, schon vor Verlautbarung des citirten Ministerialerlasses in Wien vorgekommen.

Es wurde von mehreren Seiten der Vorschlag gemacht, die Rücknahme dieses Erlasses, respective die Aufhebung desselben im Wege der Anrufung des Verwaltungs-Gerichtshofes, anzustreben. Abgesehen von der Aussichtslosigkeit dieser Bestrebungen scheinen dieselben nicht im Interesse der Aerzteschaft gelegen, welcher, wie bereits wiederholt betont, gerade durch diesen Erlaß, der die Zulässigkeit der Laienmassage einschränkt, die Möglichkeit geboten wird, dieselbe vollständig zu unterdrücken. Hiezu ist jedoch Einmüthigkeit und geschlossenes Vorgehen nöthig, das nur im Wege der Anrufung der officiellen Standesvertretung, der Aerztekammern, möglich ist.

Referent beantragt daher:

Im Hinblick auf die sanitären Gefahren, welchen Kranke durch die Ausübung der Massage seitens Laien ausgesetzt sind; in Berücksichtigung der schweren ethischen und wirthschaftlichen Schädigung, welche die Laienmassage für den ärztlichen Stand im Gefolge hat; in Würdigung der Thatsache, daß gerade der Erlaß des h. Ministeriums des Innern vom 18. Januar 1895, Z. 26.545 ex 1894 den Aerzten die Möglichkeit bietet, die Laienmassage zu unterdrücken, stellt der „Verein der Aerzte des I. Bezirkes" an die löbliche Wiener Aerztekammer die Bitte, dieselbe wolle als standeswidrig bezeichnen:

1. Die Empfehlung von Laien behufs Ausführung der Massage zu Heilzwecken.
2. Den Unterricht und die Ausstellung von Attesten über ertheilten Unterricht in der Massage und Heilgymnastik an Laien.
3. Die Uebernahme der Verantwortung für von Laien ausgeübte Massage und Heilgymnastik den Behörden oder dem Publicum gegenüber.

Der „Verein der Aerzte des I. Bezirkes" bittet die Kammer, eine Resolution in diesem Sinne zu fassen und dieselbe in geeignet erscheinender unzweideutiger Form der herauszugebenden Standesordnung einzureihen.

Kleine Mittheilungen.

— An der Baseler ophthalmologischen Klinik steht seit circa einem Jahre ein neues Präparat, das **Gallicin**, im Gebrauche, welches sich in circa 200 Fällen ganz besonders bewährt hat, und das Dr. Carl Mellinger („Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte", 1895, Nr. 8) empfehlen zu können glaubt. Das Gallicin ist der Methyläther der Gallussäure und kommt in schneeweißen, fein verfilzten Nädelchen in den Handel. Da das Mittel seiner chemischen Zusammensetzung nach an Resorcin und Pyrogallol erinnert (vor dem Pyrogallol soll es den Vorzug der Ungiftigkeit besitzen), und die günstige Wirkung dieser beiden letzten Präparate auf Catarrhe und Hautkrankheiten bekannt ist, wurde das Gallicin zunächst bei Catarrh der Conjunctiva und bei anderweitigen, den Hautkrankheiten identischen Erkrankungen des Auges versucht. Das Gallicin kam in Pulverform in Anwendung und wurde 1—2mal täglich, ähnlich wie Calomel, mit einem Haarpinsel in den Conjunctivalsack des erkrankten Auges eingestaubt. Bei manchen Patienten machte sich nach der Einstreuung ein unangenehmes Brennen fühlbar, welches unter kühlenden Umschlägen nach wenigen Minuten verschwand, dem aber auch durch einige Tropfen einer 2%igen Cocainlösung vorgebeugt werden konnte. Das Gallicin bewährt sich besonders in jenen Formen von Conjunctivitis catarrhalis, welche mit chronischer Schwellung der Schleimhäute, geringer oder zäher schmieriger Secretion und mit Eczemen der Lidränder verlaufen. Ferner wurde der Follicularcatarrh, sowohl die acute, als auch die chronische Form, günstig beeinflußt. Beim Eczem der Conjunctiva, der sogenannten phlyctänulären Augenentzündung, wurden gleichfalls günstige Resultate erzielt. Besonders Randphlyctänen zeigten nach wenigen Einstreuungen ein rasches Abblassen und Zurückgehen. Vor dem Calomel hat das Gallicin in solchen Fällen den Vorzug, daß letzteres auch bei vermehrter Secretion angewendet werden kann, während Calomel bei vermehrter Secretion den Reizzustand noch erhöht. Endlich wurden noch günstige Wirkungen bei der oft so langsam sich rückbildenden Keratitis superficialis constatirt. Nach Allem verdient das Gallicin die Berücksichtigung der Fachgenossen. Während Dermatol und Gallonol an der Baseler Klinik langsam außer Gebrauch gekommen sind, da sie keine besonderen Vortheile vor anderen Mitteln geboten haben, hält sich das Gallicin seit über einem Jahre in täglichem Gebrauch.

— Wenn man im Dermatol — basisch-gallussaurem Wismuthoxyd — an Stelle einer Hydroxylgruppe Jod einführt, erhält man ein Präparat, das unter dem Namen **Airol** auf den Markt gebracht wird. Dasselbe ist ein graugrünes, sehr feines Pulver, geruch- und geschmacklos und lichtbeständig. Dieses Präparat glaubt Dr. J. Fahm („Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte", 1895, Nr. 8) als Ersatz für das übelriechende Jodoform und für das Dermatol, dem gegenüber das neue Präparat den Vorzug der antiseptischen Wirkung haben soll, besonders wegen seiner austrocknenden Wirkung empfehlen zu können, nachdem es sich ihm in einer Reihe von frischen und älteren Verletzungen, besonders Verbrennungen und vor Allem bei varicösen Unterschenkelgeschwüren bewährt hat.

— Schon vor längerer Zeit konnte Dr. W. Moor in New-York über die günstige Wirkung des **Kalium hypermanganicum als Antidot bei Opiumvergiftungen** berichten. Bei dem Umstande, daß Opiumtropfen in Amerika als Hausmittel vielfach im Gebrauche

stehen, ist es nicht seltsam, daß M. derzeit von 71 Vergiftungsfällen weiß, bei welchen das übermangansaure Kali erfolgreich und manchmal lebensrettend wirkte. Neuerdings berichtet er im „Med. Rec.“ (2. März 1895) über 4 Fälle, von welchen zwei besonders in die Augen springend sind. In einem Falle nahm ein 19jähr. Mann aus Versehen 43 Grm. Tinct. opii crocat. Nach einer Stunde wurden minimal contrahirte Pupillen, glanzlose Augen, Somnolenz, schwacher, intermittirender Puls, verlangsamte Respiration constatirt. Nach Atropininjection trat Verschlimmerung ein. Nach 3 Stunden wurden 2mal innerhalb 15 Minuten 10 Tropfen einer Lösung von Kalium hypermanganicum 0·4 : 30·0 Wasser subcutan injicirt. Nach einer Viertelstunde trat Besserung, nach 6 Stunden vollständige Erholung ein. Im zweiten Falle nahm ein Pat. 85 Grm. Opiumtinctur und wurde nach 3 Stunden in moribundem Zustande in das Spital gebracht. Reflexe waren erloschen, 4 Respirationen in der Minute. Nachdem eine Reihe von Mitteln ohne Erfolg angewendet worden war, wurden innerhalb 3 Stunden im Ganzen 32 Grm. Kalium hypermanganicum subcutan injicirt. 4 Stunden nach der ersten Injection erlangte Pat. das Bewußtsein und erholte sich von da an rasch.

— Die Aetiologie der Alopecia areata ist bis nun noch eine ziemlich dunkle. Parasitärer Ursprung auf der einen, nervöse Grundlage auf der anderen Seite, dies ist der heutige Standpunkt der Frage. Einen Beitrag zur Klärung derselben glaubt RODINOFF (Russkaia Medicina“, 1894, Nr. 40) in jenen Fällen sehen zu können, in welchen die **Alopecia areata durch Helminthiasis bedingt** ist. Die Helminthiasis, besonders die Anwesenheit von Taenien schwächt den Organismus und ruft oft genug nervöse Störungen hervor. Man kann nun annehmen, daß bei Trägern von Taenien, diese letzteren eine Trophoneurose des behaarten Kopfes erzeugen, deren Resultat die Alopecia areata ist. Zur Stütze dieser Annahme berichtet R. über folgende zwei Fälle: Ein Knabe von 14 Jahren bemerkte den Abgang von Taeniengliedern durch den Stuhl; zur selben Zeit begann er an Kopfschmerzen zu leiden und alsbald zeigte sich die Alopecia areata. Durch Extract. filic. mar. aeth. wurde eine Taenia solium mit dem Kopfe abgetrieben. Von da an begann sich der Gesammtzustand des Patienten rasch zu bessern, die Kopfschmerzen wichen und die nackten Stellen der Kopfhaut bedeckten sich alsbald mit Haaren. In einem zweiten Falle war ein 10jähriger Knabe Träger einer Taenia mediocanellata und wies gleichzeitig Alopecia areata auf. Mit der Abtreibung des Bandwurmes begannen die Haare wieder zu wachsen. Diese beiden Fälle scheinen R. für die trophische Natur der Alopecia zu sprechen. Bei allen von dieser Affection befallenen Pat. räth R., die Stühle zu untersuchen, und falls sich keine Bandwurmglieder finden, mittelst des Mikroskops auf Eier zu fahnden.

— Die seinerzeit empfohlenen subconjunctivalen Sublimatinjectionen bedeuten zwar für die destructiven Hornhautprocesse einen unleugbaren therapeutischen Fortschritt, doch hatten sie eine Reihe subjectiver und objectiver Unannehmlichkeiten im Gefolge. Es mußte übrigens zweifelhaft sein, ob das Sublimat als Desinficiens das wirksame Agens sei, oder ob es sich nicht vielmehr um eine Einwirkung der injicirten Flüssigkeit auf den Lymphstrom handelte. Von diesem Gedanken ausgehend, wurden auf der Baseler Augenklinik systematisch **subconjunctivale Kochsalzinjectionen** in Anwendung gebracht, worüber Dr. MARTI in der Sitzung der „Med. Ges. der Stadt Basel“ vom 7. Februar d. J. berichtete („Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte“, 1895, Nr. 8). Die Resultate der seit dem Jahre 1893 gesammelten Erfahrungen sind mindestens ebenso gute, als die früher mit Sublimatinjectionen erzielten, ohne eine Spur der unangenehmen subjectiven und objectiven Begleiterscheinungen der letzteren. Die vorläufige Casuistik umfaßt 3 Fälle von Infiltrationskeratitis, 8 Fälle von Ulcus corneae, 5 Fälle von Ulcus corneae mit Hypopyon und 9 Fälle von sogenannter Hypopyonkeratitis oder Ulcus serpens SÄMISCH. Die Erfolge waren überraschende, trotzdem die Mehrzahl der Fälle ambulatorisch behandelt wurde. Die günstige Wirkung der Kochsalzlösung findet in den Resultaten der physiologischen Forschungen von RAGOWITZ und HEIDENHAIN eine Stütze und annehmbare physiologische Erklärung.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 3. Mai 1895.

Ein Fall von Lepra der Lunge.

RIEHL berichtet über den Obductionsbefund des seinerzeit [1]) von ihm vorgestellten Falles von Lepra der Lunge, welche Diagnose er mit Hinblick auf den wiederholten Befund von Leprabacillen im Sputum und auf das vollkommene Intactsein der sichtbaren Schleimhäute des Respirationstractes gestellt hatte. Im linken Pleuraraum fanden sich circa 700 Ccm. einer röthlichen trüben Flüssigkeit; die Pleura überall frei mit Ausnahme einer Stelle zwischen der 5. und 7. Rippe; nach Loslösung der Adhäsionen daselbst wurde ein taubeneigroßer Lungenabsceß, an welchem die Wirbelkörper participirten, constatirt; in der Lunge fand sich blos Bronchitis. Während dieser Befund, sowie die Untersuchung des pleuralen Exsudates und des Absceßinhaltes nichts für Lepra Charakteristisches boten, ergab die sorgfältige Untersuchung der Schleimhaut größerer und kleinerer Bronchien zahlreiche Leprabacillen in den Perichondrien und im submucösen Gewebe, während das Lungenparenchym davon frei war. RIEHL erörtert kurz die bisher vorliegenden Befunde von Lepra der Lunge, bei denen es sich aber der Mehrzahl nach nicht um Lepra, sondern um Tuberculose gehandelt hat, während der Fall RIEHL's die erste einwandsfreie Beobachtung von Bronchiallepra darstellt.

WINTERSTEINER theilt im Anschlusse die Befunde an den Augen dieses Pat. mit, die sich auf eine Iritis und Episcleritis leprosa und Lepraknötchen der Conjunctiven bezogen.

Multiple Thrombosen und Purpura nach Influenza.

GRUSS stellt einen 41jährigen Pat. vor, welcher im November v. J. plötzlich unter Erscheinungen erkrankt war, die mit Rücksicht auf die herrschende Epidemie als einer Influenza entsprechend angesehen wurden. Allmälig entwickelten sich die Erscheinungen eines pleuralen linksseitigen Exsudates; diese Diagnose wurde zweifelhaft, als unter dem linken Rippenbogen eine Geschwulst constatirt wurde, welche rasch nach abwärts bis zur Symphyse und über die Mittellinie hinüberwuchs und über deren Natur man erst Klarheit erlangte, als sich eines Tages eine Thrombose der l. Vena cephalica mit mächtiger Schwellung des Armes, im weiteren Verlaufe eine Thrombose im Bereiche der l. Art. thyreoidea und schließlich eine Purpura haemorrhagica einstellte. Es hatte sich demnach im Anschlusse an einen Influenzaanfall um Thrombosirungen anfangs größerer und später kleinerer und kleinster Venen gehandelt.

Fall von Muskelverknöcherung.

E. ULLMANN stellt einen 28jährigen Pat. vor, welcher seit längerer Zeit über Steifheit im rechten Fußgelenk klagt. Bei der Untersuchung erweist sich die Dorsalflexion als unausführbar, doch wird dieselbe theilweise möglich, wenn Pat. im Kniegelenk beugt. Als Bewegungshinderniß findet sich ein langgestreckter, sehr harter, beweglicher Tumor in der Wadenmusculatur und eine ähnliche Verhärtung im Verlaufe des Biceps femoris. U. stellt die Diagnose auf Verknöcherung der Musculatur, welche ätiologisch vielleicht mit großen Gehleistungen des Pat. in Zusammenhang zu bringen ist.

M. REINER: Zur Lehre vom Hirndruck.

Vortr. erörtert zunächst die modernen Anschauungen über den Hirndruck, geht sodann auf die von ihm gemeinsam mit J. SCHNITZLER angestellten thierexperimentellen Studien über dieses Thema über, welche sich auf locale und allgemeine Hirndruckphänomene bezogen, und erörtert schließlich die Beziehungen der erhaltenen Resultate zu den Verhältnissen in der Praxis, besonders bei Fractura cranii und Blutungen aus der Arteria meningea media.

Bs.

[1]) S. „Wiener Med. Presse“, 1895, pag. 2.

Notizen.

Wien, 4. Mai 1895.

Das Mai-Avancement im militärärztlichen Officierscorps.

Das diesjährige Mai-Avancement war in Folge der natürlichen Abgänge und der partiellen Standeserhöhung ein günstiges.

Ernannt wurden: 1 Generalstabsarzt, 6 Oberstabsärzte I. Cl., 11 Oberstabsärzte II. Cl., 15 Stabsärzte, 44 Regimentsärzte II. Cl., während 44 der letzteren in die I. Classe vorrückten. In die neue Charge gelangten: 1 Generalstabsarzt nach 4 Jahren, 6 Oberstabsärzte I. Cl. nach 2—3½ Jahren, 11 Oberstabsärzte II. Cl. nach 5—6½ Jahren, 15 Stabsärzte nach 17—19 Jahren, 44 Regimentsärzte II. Cl. nach 2—2¾ Jahren, während 44 der letzteren nach 2 bis 3 Jahren in die höhere Gebühr vorrückten.

Am ungünstigsten gestaltete sich die Beförderung zum Stabsarzte, wozu die neu Ernannten 18½—19 Jahre und selbst die Außertourlichen 17 Jahre benöthigten. Ist einmal die Standeserhöhung vollends durchgeführt, so werden die Avancements-Verhältnisse zum Stabsarzte noch schlechter, da dieselben dann nur von den natürlichen Abgängen und den Ergebnissen der künftigen Stabsarztprüfungen beeinflußt sein werden. Ob die Stabsarztprüfungen Werth und Würde des ärztlichen Corps zu erhöhen vermögen, oder ob durch jene nur einem dienstlich-formellen Bedürfnisse genügt wird, ist mehr als fraglich.

Außertourlich wurden 2 Oberstabsärzte II. Cl. und 3 Stabsärzte ernannt, welche sich im Corps und in der Armee eines ausgezeichneten Rufes erfreuen. Stabsarzt Dr. TSCHUDI hat sich durch hervorragende organisatorische Leistungen im Occupationsgebiete bemerkbar gemacht, so u. A. ein Spital für Civilkranke in Trebinje geradezu aus dem Nichts erschaffen; Stabsarzt Dr. SCHÖFER ist eine tüchtige Arbeitskraft im chemisch-bacteriologischen Laboratorium des Garnisons-Spitales Nr. 1 und wird ihm vertieftes Wissen im Vereine mit gewinnender Bescheidenheit nachgerühmt. Stabsarzt Dr. MYRDACZ ist ein anerkannter Schriftsteller und Statistiker des Militär-Sanitätswesens. Von seinen zahlreichen Schriften ist sein bereits in zweiter Auflage erschienenes „Handbuch", welches alljährlich durch die von amtswegen ergangenen Erlässe und Veränderungen ergänzt und corrigirt wird, zum Nachschlagen unentbehrlich und wird stets einen ehrenvollen Platz in der Militär-Literatur behaupten.

So müssen wir trotz grundsätzlicher Abneigung gegen außertourliche Beförderungen, welche nicht immer den richtigen Mann getroffen und manches Unrecht verschuldet haben, diesmal objectiv anerkennen, daß die besprochenen Ernennungen mit Genugthuung zu begrüßen sind.

Die Publication der Avancementsliste erfolgt an anderer Stelle dieser Nummer. Sp.

(CARL THIERSCH †.) In Leipzig ist am 28. April der Nestor der deutschen Chirurgen als Opfer der Influenza verschieden. Am 20. April 1822 zu München geboren, daselbst 1846 promovirt, erwarb der junge THIERSCH seine chirurgischen Sporen im schleswig-holstein'schen Kriege unter STROMEYER's Leitung, wirkte 1848 bis 1854 als Prosector am Münchener pathologischen Institute, wurde 1854 zum ordentlichen Professor der Chirurgie in Erlangen ernannt und 1867 in gleicher Eigenschaft an die Leipziger Hochschule berufen, welcher er fast drei Decennien hindurch zur Zierde gereichte. Die Bedeutung des verewigten Gelehrten wurzelte in der Verwerthung histologischer Untersuchungen für die Chirurgie, deren Resultate er zumal in seinen grundlegenden Arbeiten über den Epithelialkrebs der Haut, über Phosphornekrose und über die feineren anatomischen Veränderungen nach Verwundungen der Weichtheile (in PITHA-BILLROTH's Handbuch) niederlegte. Therapeutisch machte er die Ergebnisse seiner histologischen Studien in der von ihm angegebenen Methode der Hauttransplantation nutzbar. Diese, seine sonstigen zahlreichen Arbeiten, wie nicht minder die treffliche Schule, die THIERSCH geschaffen, sichern dem Dahingegangenen einen ersten Platz in der Geschichte deutscher Chirurgie.

(Aus dem Sanitätsdepartement der n. ö. Statthalterei.) Es ist männiglich bekannt, wie schwierig die Erlangung ärztlicher Stellen, seien es private oder öffentliche, Jenen gemacht wird, die einer mächtigen Protection entbehren. Dies scheint auch für nicht dotirte Stellen Geltung zu besitzen. Kam da ein als tüchtig und fleißig anerkannter, arbeitslustiger Ohrenarzt, der seit vielen Jahren an der Allgemeinen Poliklinik thätig ist, auf den Gedanken, sich der Direction des an der äußersten Peripherie Wiens liegenden Kaiser Franz Josefs-Spitales als Otiater anzubieten, da dieses Krankenhaus eines Specialarztes für Ohrenkrankheiten bislang entbehrt, und erklärte sich bereit, daselbst auf eigene Kosten ein Ambulatorium zu errichten, das Instrumentarium beizustellen und auf jedes Entgelt für seine Thätigkeit zu verzichten. Der Spitalsdirector griff die Idee mit Eifer auf, zumal entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung standen, und wußte die Vortheile eines otiatrischen Ambulatoriums für die Kranken sowohl, als auch für die Aerzte des Hauses zu würdigen. Da keine Remuneration beansprucht wurde, sahen alle Theile der Entscheidung der niederösterreichischen Statthalterei in dieser Sache ruhig entgegen. Doch sie hatten sich getäuscht. Die hohe n. ö. Statthalterei wies den Vorschlag rundweg ab, „da es grundsätzlich unstatthaft erscheint, in den k. k. Krankenanstalten nicht angestellte Aerzte zu verwenden, beziehungsweise durch solche Aerzte unentgeltliche Verrichtungen vornehmen zu lassen". Probatum est! Wer nicht im „Status" ist, darf — auch unentgeltlich — nicht ordiniren; wer dies will, wird in den „Status" nicht aufgenommen. Es ist eine schöne Sache um ein festes Princip; daß die 700 Kranken des Spitales an der Triester Straße und dessen zahlreiche Ambulanten ohrenärztlicher Behandlung entbehren müssen, deren Wichtigkeit bekannt ist, ficht die hohe Behörde nicht an; es ist eben kein Ohrenarzt im Status. Das selbstlose Anerbieten eines tüchtigen, strebsamen Mannes wird abgelehnt, weil es den Grundsätzen des referirenden Herrn Statthaltereirathes offenbar nicht entspricht, den uneigennützigen Arzt ohne Gegenleistung täglich auf den Wiener Berg zu bemühen, und so bleibt Alles beim Alten, denn zu Extravaganzen, wie die Errichtung eines otiatrischen Ambulatoriums oder gar einer Ohrenabtheilung in dem entlegenen Krankenhause, hat man kein Geld. Weh dem Kranken, dessen Leiden sich mit einer Ohrenkrankheit complicirt! Die Principien der obersten Leitung der Musteranstalt verwehren ihm specialistischen Beistand; er muß sie ertragen, bis irgend ein aus der Stadt herbeigeholter Otiater trotz der Abneigung der hohen Statthalterei gegen die Intervention von „in den k. k. Krankenanstalten nicht angestellten Aerzten" so human ist, ihm Linderung zu verschaffen. Oder ist auch dies nicht gestattet? — —

(Universitäts-Nachrichten.) An der deutschen medicinischen Facultät in Prag werden im Sommersemester 1895 24 Professoren und 12 Assistenten und Docenten 65 Vorlesungen und Curse, an der czechischen medicinischen Facultät 23 Professoren und 9 Docenten 51 Vorlesungen und Curse abhalten. — An der Krakauer medicinischen Facultät werden 21 Professoren und 6 Docenten lesen. — An der medicinischen Facultät in Graz waren im letzten Wintersemester 582 ordentliche und 120 außerordentliche Hörer inscribirt. Im Sommersemester werden 16 Professoren und 12 Docenten und Assistenten 57 Vorlesungen und Curse abhalten. — Die medicinische Facultät in Innsbruck frequentirten im letzten Wintersemester 270 ordentliche und 53 außerordentliche Hörer. Für das Sommersemester haben 18 Professoren und 4 Docenten 26 Vorlesungen und Curse angekündigt. — Habilitirt haben sich: Dr. LEOPOLD RETHI als Privatdocent für Laryngo- und Rhinologie und Dr. NORBERT ORTNER für interne Medicin an der Wiener Universität; Dr. ALEXANDER ROSNER für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Krakau.

(Militärärztliches Officierscorps.) Ernannt wurden: Die Oberstabsärzte I. Cl. Dr. JOH. BERTHA zum Sanitätschef des 1. Corps, Dr. CARL ŠAFAŘOVIC zum Festungs-Chefarzte in Krakau, Dr. FRANZ HERZOG zum Sanitätschef des 12. Corps, Dr. GEORG KRAUS zum Sanitätschef des 14. Corps; die Oberstabsärzte II. Cl. Dr. J. HADWIGER zum Commandanten des Garn.-Spitales Nr. 8 (Laibach), Dr. JOH. MÜLLER zum Commandanten des Garn.-Spitales Nr. 6 (Olmütz), Dr. MICH. VOLLERIĆ zum Commandanten des Garn.-Spitales Nr. 17 (Budapest), Dr. JUL. v. CAESAR zum Commandanten des Garn.-Spitales Nr. 26 (Mostar), Dr. JOS. BAHNER zum Garnisons-Chefarzte in Banjaluka; der Stabsarzt Dr. KONRAD KNÖCHEL zum Garnisons-Chefarzte in Königgrätz, ferner in gleicher Eigenschaft

die Stabsärzte Dr. MOR. WEISS in Rzeszów, Dr. STEFAN RUĆEVIĆ in Plevlje. — Transferirt wurde der Oberstabsarzt II. Cl. Dr. ALBERT V. SOLTZ zum Garn.-Spitale Nr. 16 (Budapest), die Stabsärzte Dr. WOLFGANG LISZNIEWSKI zum Garn.-Spital Nr. 14 (Lemberg) und Dr. GUSTAV STERGER zur 5. Inf.-Truppendivision. — Der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. FRANZ STANGL wurde in den Ruhestand versetzt und demselben der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen.

(Gegen den Mißbrauch der Kliniken und Ambulatorien.) Der Verwaltungsrath des ärztlichen Syndicats des Seine-Departements hat an die Directoren der Kliniken und Ambulatorien nachfolgendes Schreiben gerichtet: Sehr geehrter Herr Collega! Sie erhalten im Verlaufe dieser Tage mittelst Post und franco eine emaillirte Tafel von eleganter Ausstattung, auf welcher in dicken Buchstaben die folgende Bekanntmachung zu lesen ist:

„Die Gratis-Consultationen sind ausschließlich den **Armen** vorbehalten (den Kranken des Unterstützungs-Bureaus oder sonstigen Nothleidenden). Die anderen Hilfesuchenden mögen sich wegen der Bedingungen der Behandlung an den Arzt wenden."

(Beschluß des ärztlichen Syndicats der Seine.)

Das Syndicat bittet Sie um die Erlaubniß, Ihnen diese Tafel schenken zu dürfen und bittet Sie inständigst, im Interesse der Gesammtheit, sie in Ihrer Klinik anbringen zu lassen. Wir wollen nicht die Gründe erörtern, die uns bestimmt haben, die Einleitung dieser Maßregel von Ihrem Wohlwollen zu begehren; sie sind bekannt und bilden den Gegenstand unaufhörlicher Klagen. „Klinik" und „umsonst" sind heute für das Publicum zwei Begriffe, die sich vollkommen decken; wir hielten es an der Zeit, dieser Verwirrung ein Ende zu machen. Das Syndicat der Aerzte der Seine wollte gewiß nicht — seien Sie, geehrter Herr College, hievon überzeugt — einer etwaigen Initiative von Ihrer Seite vorgreifen, es hat sich blos bemüht, Ihnen ein bequemes und gleichmäßiges Mittel an die Hand zu geben, um gegen den flagranten und verderblichen Mißbrauch, ohne Beispiel bei anderen Ständen, reagiren zu können. Indem wir Ihre Mitwirkung in diesem Falle in Anspruch nehmen, fordern wir Sie — dies ist mindestens unsere Ueberzeugung — zu einem Acte weiser persönlicher Verwaltung und fester Solidarität auf. Genehmigen Sie etc.

(Aus Paris) wird berichtet: Eine ebenso gerechte, als interessante Entscheidung hat der Friedensrichter in Oran getroffen. Ein Hausbesitzer vermiethete eine Wohnung, in welcher ein Kind an Diphtherie verstorben war, ohne den Miether hievon zu verständigen. Einige Tage darauf erkrankte und starb an Diphtherie ein Kind dieses Miethers, der, als er vom Tode des Kindes seines Vorgängers erfuhr, die Wohnung verließ und sich weigerte, den Miethzins zu bezahlen; die gerichtliche Klage des Hausbesitzers beantwortete er mit einer Gegenklage auf 1500 Frcs. Schadenersatz. Der Richter wies die Forderung des Hausbesitzers zurück und verurtheilte ihn zur Zahlung von 1500 Frcs. an den Miether.

(Statistik.) Vom 21. bis inclusive 27. April 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6772 Personen behandelt. Hievon wurden 1317 entlassen; 179 sind gestorben (11·96% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 60, egyptischer Augenentzündung 7, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie 1, Blattern 1, Varicellen 48, Scharlach 96, Masern 208, Keuchhusten 57, Wundrothlauf 29, Wochenbettfieber 2, Mumps 23, Influenza 8. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 697 Personen gestorben (— 75 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Krakau der Professor der Augenheilkunde Dr. LUCIAN RYDEL, einstiger Assistent ARLT's; in Marienbad der Badearzt Dr. JOSEF DAVID, im 66. Lebensjahre; in Lienz (Tirol) der k. k. Bezirksarzt Dr. RUDOLF PERGER, 36 Jahre alt; in Weimar der Director des dortigen Stadt-Krankenhauses, San.-R. Dr. FELIX VULPIUS, im 80. Lebensjahre.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 8. Mai 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. F. ALT: Ueber den Ausfall der Gehörsperception auf einem Ohre.

Das Mai-Avancement.

I. Im militärärztlichen Officierscorps.

Ernannt wurden:

zum Generalstabsarzt: der OStA. I. Classe: Dr. M. Ritter Nagy v. Rothkreuz;

zu Oberstabsärzten I. Classe: die OStA. II. Classe: DDr. J. Uriel, Th. Helm, J. Pildner v. Steinburg, J. Roßmanith, L. Ehnl und L. Ficker;

zu Oberstabsärzten II. Classe: die StA.: DDr. L. Lukas, F. Stanek, E. Frantz, F. Wolf, J. Dutzmann, J. Schaff, Ph. Winterstein, Cl. Urbani, S. Galambos, F. Kapeller Edl. zu Oster- und Gatterfeld und F. Mautendorfer;

zu Stabsärzten: die RA. I. Cl.: DDr. V. Svoboda, E. Pokorny, L. Sorz, N. Gerzetic, C. Springer, F. Kraus, A. Schewczik, St. Sedlaczek, Ig. Hermann, A. v. Hönisch, F. Drevikovsky, A. Tschudi, P. Myrdacz und J. Schöfer;

zu Regimentsärzten I. Classe: die RA. II. Cl.: DDr. E. Taußig, W. Frank, A. Lusenberger, F. Stecker, J. Hladik, M. Munk, A. Paulo, E. Friedlieber, A. Rado, L. Gadany, L. Rupp, O. Flecker, W. Spitzer, D. Berenyi, C. Kandutsch, G. Moga, M. Groß, L. Toffler, F. Halbhuber, J. Hugel, M. Menkes, A. Abel, J. Brief, J. Scholcz, J. Skladal, A. Stary, A. Bergmann, V. Fogarassi v. Fogaras, B. Obsidowicz, I. Katz, J. Hamburger, L. Gerstl, A. Skislewicz, L. Hoffmann, Ed. Lang, J. Fein, Th. Feßler, R. Pohl, C. Wolfgang, St. Karas, W. Raschofszky, P. Todorescu, G. Werner und L. Deutsch;

zu Regimentsärzten II. Classe: die OA.: DDr. F. Wistreil, J. Lubowiedzki, W. Ploc, A. Röszler, F. Koller, M. Prager, A. Franz, G. Horwitz, C. Seifert, J. Ziembicki, S. Seidner, M. Grabscheid, S. Kornhäuser, J. Baumüller, A. Rosin, A. Antal, Ed. Starrach, J. Kulka, S. Haus, G. Blaustern, L. Cserey, Ph. Riwczes, A. Knobel, J. Schneider, C. Krasa, H. Chajes, A. Kartschmarow, J. Smidrkal, H. Retschnigg, W. Schayer, Th. Majewski, S. Rares, J. Slama, B. R. v. Zadurowicz, G. Hay, A. Verich, H. Tausig, M. Teich, A. Dzerowicz, S. Popiel, H. Tausz, J. Pichler, E. Vitaliani und J. Bermann.

II. Im marineärztlichen Officierscorps.

Ernannt: *zu Fregattenärzten:* die Corv.-Aerzte: DDr. J. Schiller, J. Rogina und J. Kopecky.

III. Im landwehrärztlichen Officierscorps.

Ernannt: *zu Regimentsärzten I. Classe:* die RA. II. Cl.: DDr. E. Edlen v. Kozlowski, J. Pecirka, L. Grabowicz, Ig. Max und L. Glück.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Augen wird ohne alle Schwierigkeit ausgeführt. Kniereflexe mittelstark, innere Organe normal, im Urin kein Eiweiß, kein Zucker.

Ich glaube, daß man es hier entschieden mit einer nervösen Taubheit zu thun habe, wofür ja schon die Anamnese des sehr correct beobachtenden Pat. spricht, in der das Apoplectische der Erscheinungen besonders betont wird. Auch die fast absolute Taubheit kann bis zu einem gewissen Grade in diesem Sinne verwendet werden. Dazu kommt noch der normale otoskopische Befund, das Fehlen der Kopfknochenleitung an einer Seite, ferner der Umstand, daß der Weber nach links geht. Allerdings könnte auffallen, daß die hohen Töne besser als die tiefen percipirt werden, was nach manchen Autoren eher für ein Mittelohrleiden spricht. Doch ist dies durchaus nicht durchgreifend und fällt neben den anderen, so klar sprechenden Symptomen gar nicht in's Gewicht. Es handelt sich entschieden um eine Affection des inneren Ohres, und mit Rücksicht auf die uns zur Verfügung stehenden Nekropsien wäre man geneigt, eine Labyrinthblutung anzunehmen. Hindernd steht nur die Trigeminus-Anästhesie im Wege. Man könnte noch die obgenannte Diagnose retten, wenn man diese Anästhesie als hysterische auffassen würde. Aber wir haben sonst keinen Anhaltspunkt für diese Neurose bei unserem Patienten. Es bleibt noch die Möglichkeit einer basalen Blutung, welche den Acusticus und Trigeminus gleichzeitig zerstört hatte. Eine sichere Entscheidung in dieser Sache ist momentan unmöglich.

Ein zweiter, allerdings nicht völlig klarer und nicht mit Sicherheit zu der rein apoplectischen Form zu zählender Fall ist ebenfalls zu gleicher Zeit, wie der vorher genannte, beobachtet worden. F. D., 32jähriger Beamter, erschien am 23. April 1895 im Ambulatorium. Er ist hereditär nicht belastet, war stets gesund, hat nie Lues gehabt, hat weder stark geraucht, noch getrunken, nie eine Verletzung erlitten, das Hörvermögen soll an beiden Ohren stets gut gewesen sein; nur hie und da glaubte er im rechten Ohr leises Knistern zu spüren, das jedoch nur wenige Minuten währte, ohne je das Hörvermögen zu beeinflussen. Schwindel, Ohrensausen bestand nie, der Magen functionirte immer normal.

Am Morgen des 29. April 1895 stand Patient nach wohl durchschlafener Nacht im besten Wohlsein auf. Als er das Haus verließ, um seiner gewohnten Beschäftigung nachzugehen, wurde er unter dem Thore plötzlich von starkem Sausen an beiden Ohren befallen. Pat. gerieth in's Schwanken, ohne bewußtlos zu werden, er bemerkte alsbald, daß er viel schlechter höre. Nachdem die Attaque 20 Minuten gedauert hatte, begann der Kranke zu brechen, und der Schwindel ließ etwas nach. Doch ist der Pat. seitdem fast continuirlich dem Drehschwindel unterworfen, der einmal noch von wirklichem Erbrechen, sonst aber von Brechreiz begleitet wird. Das Sausen quält ihn Tag und Nacht, die Schwerhörigkeit hat sich nicht gebessert. Die Untersuchung dess Ohres (Herr Prof. Politzer) ergibt: Rechts völlige Taubheit, links Flüstersprache 6 Meter, Trommelfell links etwas trüb, die hintere Falte stark ausgesprochen. Rechts erscheinen einzelne Stellen der Membrana tympani etwas atrophisch. Die Beweglichkeitsprüfung mit dem Sigle'schen Trichter ergibt, daß das Trommelfell in seinem oberen Theile schwer beweglich sei. Weber nach links, Rinne rechts unausführbar, links negativ. Kopfknochenleitung links normal, rechts fehlend. Der Gang des Pat. ist etwas unsicher, Romberg'sche Phänomen stark ausgesprochen. Wenn der Kranke versucht, mit geschlossenen Augen vorwärts zu schreiten, tritt deutliches Schwanken nach rechts auf. Drehungen bei Augenschluß führen zu sehr heftigen Schwankungen. Im Uebrigen ist der Befund völlig negativ: Pupillen mittelweit, gleich groß, prompte Reaction, Augenhintergrund normal, Bulbusbewegung frei, kein Nystagmus. Gesichts-, Kau- und Zungenmusculatur wird symmetrisch innervirt, Sensibilität im Gesichte beiderseits gleich, Geschmack und Geruch normal, Motilität der Extremitäten gut mit normaler Kraft, Sensibilität normal, Kniereflex mittelstark. An den oberen Extremitäten keine Ataxie. Die Blase und der Darm functioniren normal, innere Organe frei, im Urin weder Eiweiß noch Zucker.

Die Hauptsache der Hörstörung rechts gehört unbedingt dem inneren Ohre an; dafür sprechen das apoplectische Einsetzen, die völlige Taubheit, das Lateralisiren des Weber auf die gesunde Seite, das Fehlen der Kopfknochenleitung rechts. Die Deutung dieses Falles ist jedoch dadurch complicirt, daß die Trommelfelle nicht normal sind und daß der Rinne links ausfällt. Es ist eine bekannte Thatsache, daß Mittelohrkranke nicht selten unter Schwindelerscheinungen plötzlich völlig ertauben, nachdem sie bis dahin eine noch erträgliche Hörschärfe gehabt hatten. Nekroskopische Befunde über derartige Processe liegen nicht vor, und man weiß nicht, in welcher Beziehung dieselben zum echten Ménière'schen apoplectischen Typus stehen. Andererseits wäre es aber auch möglich, daß ein Mensch, der einen leichten Mittelohrcatarrh hat, daneben zufällig plötzlich eine Labyrinthblutung bekommt, die vielleicht gar keine Beziehung zu der früheren Erkrankung hat. Besonders ausgesprochen in diesem Falle ist die sehr starke Ataxie bei Bewegung mit geschlossenen Augen, ganz im Gegensatz zum ersten Fall, wo diese Erscheinungen fehlen. Ueber die Ursache der Erkrankung ist in beiden Fällen nichts Besonderes zu eruiren, da die Pat. an keiner der Affectionen litten, die erfahrungsgemäß zu derartigen Krankheiten disponiren, da sie beide keine Lues hatten, noch eine metaluetische Nervenkrankheit, wie Tabes und Paralyse, noch Symptome von Leukämie darboten.

Im Anschluß daran möchte ich eine Uebersicht über den heutigen Stand der Lehren vom Ménière'schen Symptomen-Complex geben. Allerdings hatten schon Itard und Burgraeve vor Ménière Schwindel bei Ohraffectionen beobachtet. Doch hat erst Ménière im Jahre 1861 das Bild beschrieben und darauf hingewiesen, daß ganz gesunde Menschen mit normalen Ohren unter Bewußtseinstrübung plötzlich ertauben, taub bleiben, von da ab Schwindelanfällen mit Ohrensausen und Erbrechen ausgesetzt sind. Diese Arbeit Ménière's findet wichtige Fortsetzung durch die Studien von Knapp, Politzer, Charcot, Troeltsch, Voltolini, Gruber, Gellé u. A. Man fand allmälig, daß die Erkrankung nicht immer apoplectisch einsetzen müsse, sondern daß sich neben einer bestehenden Ohraffection auch Schwindel, Ohrensausen und Brechreiz entwickeln kann, und zwar nicht nur bei den verschiedensten Labyrinthaffectionen, sondern auch bei Erkrankungen des Mittelohres bei völligem Freibleiben des inneren. Man glaubte auch zeigen zu können, daß auch vom äußeren Gehörgang aus ähnliche Erscheinungen ausgelöst werden können, und machte auch andererseits Nekropsien geltend, aus denen hervorgehen sollte, daß auch Acusticus-Läsionen zu Ménière-schen Anfällen führen. Man schlug daher folgende Eintheilung vor:

1. Ménière'sche Krankheit
(apoplectische Taubheit).

2. Ménière'sche Symptome
a) bei Erkrankungen des mittleren Ohres
b) „ „ „ inneren „
c) „ „ „ äußeren „
d) „ Hirnerkrankungen.

Wenngleich diese Terminologie den Verhältnissen gut entsprechen würde, kann ich mich doch nicht zu ihrer Annahme entschließen, da von vielen Autoren der Ausdruck „Ménière'sche Krankheit" für alle Formen des Ohrenschwindels gebraucht wurde, wodurch immer Verwechslungen herbeigeführt werden. Ich schließe mich daher der Terminologie an, die den Gesammtcomplex als Ménière'sche Symptome bezeichnet, die man dann weiter eintheilen kann, je nachdem sich der Verlauf gestaltet. Als Anhang zu dem Ménière'schen Symptomen-Complex kommen noch einige Krankheitsbilder, die bisher wenig Beachtung fanden: es erscheint bisweilen die Trias

(Ohrensausen, Schwindel, Brechreiz) paroxysmal bei intactem Ohre. Diese Formen sind meistens transitorischer Natur, wir wollen sie weiter unten als Pseudo-MÉNIÈRE'sche Symptome bezeichnen. Es würde sich daher das Schema der weiteren klinischen Erörterungen folgendermaßen gestalten:

I. Die Erkrankung erfolgt momentan bei bisher intactem Gehörgange.

1. Die apoplectische Form MÉNIÈRE's (eigentliche MÉNIÈRE'sche Krankheit der Autoren, apoplectische Taubheit), anatomische Basis: vermuthlich Bluterguß in's Labyrinth.

2. Diejenige traumatische Form, bei welcher sich die Trias dem Insulte unmittelbar anschließt.

II. Die Erkrankung gesellt sich zu vorliegenden Ohrenerkrankungen entweder acuter oder chronischer Natur.

Das Einsetzen ist entweder gleichzeitig mit der Erkrankung des Ohres oder der Schwindel entwickelt sich chronisch bei früher entstandener Affection. Manchmal tritt die Trias ganz plötzlich zu schon vorhandenen Ohrenleiden dazu.

Man unterscheidet daher diese Formen je nach dem Sitze der Affection. Mithin MÉNIÈRE'sche Symptome: a) bei Mittelohrprocessen: α) acute, β) chronische; b) bei Labyrinthprocessen: α) die acuten; hieher gehören vielleicht die epidemisch auftretenden Formen von Taubheit und Schwindel bei Kindern, Abortivform der Meningitis cerebrospinalis; β) die chronischen; γ) die transitorischen toxischen Formen (Chininvergiftung etc.); c) Processe im äußeren Gehörgange; d) die Erkrankungen der Verzweigungen des Acusticus: α) isolirt bei Tabes; β) als Theilerscheinung bei Gehirntumoren und anderen Gehirnprocessen.

III. Durch äußere Eingriffe und Einflüsse entstehender Ohrenschwindel (Ohrenausspritzung, starke Schalleinwirkungen). Catheterisirung, Luftdouche, Kopfgalvanisation, heftige Dreh- und Schaukelbewegungen (?), Seekrankheit (?).

IV. (Anhang.) „Pseudo-MÉNIÈRE'sche Anfälle." Paroxysmales Auftreten von Schwindel, Erbrechen und Ohrensausen bei intactem Ohre ohne äußere Einflüsse:

a) bei Hysterie als Einleitung des hysterischen Anfalles;

b) bei Epileptikern als Aura des Anfalles oder als epileptoider Zustand;

c) hie und da bei migräneleidenden Menschen (hemicranisches Aequivalent (?).

(Fortsetzung folgt.)

Casuistisches aus Franzensbad

in der Saison 1894.

Vom **Universitäts-Docenten Dr. Em. Hasenfeld.**

Ernste, wahrheitsgetreue casuistische Mittheilungen aus einem Heilbadeorte oder, wie BENEDIKT sagt, aus „dem Hospitale chronischer Krankheiten" dürften den alltäglichen, schablonenhaften Badebroschüren an Werth und Interesse den Rang abgelaufen haben.

Der obige Titel spricht es aus, daß wir hier durchaus nicht die Absicht haben, die allbekannten Indicationen im Allgemeinen der seit 100 Jahren erprobten Franzensbader Curmittel wieder zum Gegenstand unserer Besprechung zu machen. Jedermann weiß, welch souveränes Heilmittel wir in den Franzensbader alkalisch-salinischen Eisenquellen, den kohlensauren Mineralwasserbädern und Eisenmoorbädern bei Blutarmuth und den darauf beruhenden Functions- und Innervationsanomalien besitzen, und es wird auch Niemanden überraschen, daß wir auch in der letzten Saison bei unseren blutarmen, bleichsüchtigen Kranken in vielen Fällen den auf 30% herabgesunkenen Hämoglobingehalt des Blutes nach der Cur auf 60—70% steigen sahen. Wir wollen somit diesmal mehr durch einige lehrreiche Krankengeschichten unseren früher einmal schon eingenommenen Standpunkt erläutern und durch die Thatsachen der Erfolge bekräftigen lassen, damit Franzensbad nicht nur als exclusiver Curort für Frauenkrankheiten betrachtet werde.

Gerade in dieser Saison hatten wir erst recht wieder Gelegenheit, uns zu überzeugen, welch excellente Wirkungen man in Franzensbad bei der nervösen Verdauungsschwäche (nervöse Dyspepsie, LEUBE) und bei den schon früher einmal durch uns bezeichneten typischen Formen der Neurasthenie erzielen kann.

Folgender Fall beweist am klarsten den von LEUBE aufgestellten Satz, daß die nervöse Dyspepsie bei vollständiger Integrität der mechanischen und chemischen Vorgänge im Magen im Wesentlichen auf einer durch den rein mechanischen Act der Verdauung bedingten, abnorm erhöhten Reaction des gesammten Nervensystems beruht.

Herr L. M. aus England, 26 Jahre alt, Ingenieur, mit blasser Hautfarbe und gracilem Körperbau, von gesunden Eltern stammend, war bis vor 2 Jahren immer gesund. Geschäftlich viel mit geistigen Arbeiten überbürdet, empfand Patient allmälig eine Abnahme seiner Verdauung und eine ganze Reihe unangenehmer nervöser Erscheinungen. Uns klagte er über Mangel an Appetit, abwechselnd aber Heißhunger, 2—3 Stunden nach genommener Mahlzeit ein oft stundenlanges Aufstoßen zumeist nur von leeren Gasen, manchmal aber auch saueres Aufstoßen, Sodbrennen, manchesmal unangenehme Sensationen in der Magengegend, Druck und ein Gefühl von Aufgetriebensein, Eingenommenheit des Kopfes, Mattigkeit, Unlust zur geistigen Arbeit, oft Schwindel (Magenschwindel, TROUSSEAU), Mangel an Energie und Arbeitslust, Verstimmung des Gemüthes. Außerdem klagte Patient, dessen Haut und Gesichtsfarbe namentlich in den letzten Monaten sehr blaß wurde, daß er ohne jeden Grund oft das Bedürfniß hat, nach Luft zu schnappen, tief einzuathmen, oft an Herzklopfen und Schlaflosigkeit leidet.

Wir constatirten daher, daß hier nicht nur das Nervensystem vorwiegend in Mitleidenschaft gezogen war, sondern zeitweilig auch durch gewisse Schädlichkeiten von der Magenschleimhaut aus abnorme Wirkungen auf den Circulationsapparat ausgelöst wurden, wir es also zumeist mit den Folgen der abnormen Reizbarkeit der sensiblen Magennerven zu thun hatten. Wir haben unterlassen, eine chemische und mikroskopische Untersuchung der Magencontenta zu machen, da wir von vorneherein die Diagnose auf nervöse Dyspepsie, beruhend auf einer durch erschöpfende geistige Arbeiten bedingten Anämie, stellten, und haben wir dem zeitweiligen Aufstoßen deshalb kein größeres Gewicht beigelegt, weil, wie LEUBE bemerkt, in ähnlichen Fällen das Aufstoßen nur deshalb sauer ist, weil es in Folge abnormer Erregung der Magennerven überhaupt zum Aufstoßen kommt, oder als Irradiationserscheinung von den Endigungen des Vagus im Magen ausgelöst gedeutet werden kann.

Unbedingt sind daher sämmtliche Klagen des Patienten, da objectiv keine anatomische Veränderung nachzuweisen war, auf eine durch das Allgemeinleiden bedingte Herabsetzung der Thätigkeit der verdauenden Organe, auf eine geringere Drüsenabsonderung und eine Schwäche der musculösen Apparate, theilweise aber auch auf reflectorische Wirkungen von den gereizten Magennerven aus zurückzuführen.

Patient hatte natürlich alle bei Magenerkrankungen üblichen diversen Heilmethoden durchprobirt, auch Karlsbader Wasser wurde getrunken; später unternahm Patient auch eine größere Seereise, und es schien auch, daß diese Luftveränderung ihm gut bekommen hätte, aber die Besserung war von nicht langer Dauer, und so kam dann Patient nach Franzensbad. Ohne uns in eine weitläufige Schilderung der eingeschlagenen balneotherapeutischen Heilmethode einzulassen, wollen wir blos constatiren, daß der Gebrauch der Salz- und Franzensquelle, später Herkulesquelle, ferner der Schwarz'schen und Eisenmoorbäder mit wöchentlich zweimaliger Anwendung der elektrischen Bäder mit 20—30 Milliampère — normaler und gewendeter Strom — einen überraschenden Erfolg erzielte, so daß Patient nach 5 Wochen frohen, heiteren Gemüthes, bedeutend gebessert den Curort verließ.

Mit den oben erwähnten, der nervösen Dyspepsie analogen Erscheinungen kamen auch einige Damen in unsere Behandlung, und finden wir nachstehende 2 Fälle besonders erwähnenswerth:

Frau v. C. aus Ungarn, ein mageres, sehr anämisches Frauchen von 37 Jahren, seit 17 Jahren verheiratet, hatte 12mal geboren, einigemal auch abortirt, klagte zumeist über Verdauungsschwäche, Druck im Magen, öfteres Aufstoßen von Gasen mit weit hörbaren, schrillenden Tönen, habitueller Obstipation, Hemicranie, profusen Menstrualblutungen und anderen begleitenden nervösen Erscheinungen. Die Dame wurde ursprünglich nach Karlsbad gewiesen, vom dortigen Arzte aber in gewissenhafter Weise nach Franzensbad dirigirt. Bei einer genauen Investigation konnten wir jede essentielle Texturerkrankung des Magens ausschließen, die Magencontenta ließen eine verminderte Salzsäureausscheidung erkennen. Am lacerirten, ectropischen Muttermunde fanden wir hochgradige folliculäre Excoriationen. Wir haben somit Anhaltspunkte, um sowohl in der rationellen Diät wie in der Medication mit den Franzensbader Curmitteln nebst Würdigung des örtlichen Leidens das Entsprechende zu verfügen, und waren wir auch so glücklich, den besten Erfolg zu erzielen.

Auch eine andere junge Dame von 29 Jahren, Frau F. aus Mähren, seit 4 Jahren verheiratet, Nullipara, an Amenorrhoe leidend, bot ähnliche krankhafte Erscheinungen im Digestionstracte. Der Hausarzt erkannte wohl die hochgradige Anämie als Urquelle der ganzen Leidenscolonne und wies deshalb die Dame zur regelmäßigen Cur auf 6 Wochen nach Franzensbad. Aber wie das häufig vorkommt, daß sich Patienten rathen lassen und dann nach ihrem Kopfe handeln, ging Patientin auf ihre eigene Faust, wie sie angab, auf 2 Wochen nach Karlsbad. Die Dame machte aber die Rechnung ohne ihren Karlsbader Ordinarius; man behielt sie dort 5 Wochen lang, ließ sie täglich 3—4 Gläser heißes Wasser trinken und erschöpfende Promenaden machen, so daß die Kranke sich endlich aufraffte, Karlsbad plötzlich verließ und in deployablem Zustande nach Franzensbad kam. Eine genaue Investigation ließ uns nebst der hochgradigen Anämie einen mäßigen Vaginismus und eine Parametritis postica dextra constatiren, und es bedurfte 6 Wochen der sorgsamsten Pflege, daß wir mit den Franzensbader Curmitteln der Dame wieder auf die Beine halfen, denn mit der allgemeinen Kräftigung und Besserung der Hämatopoëse besserten sich auch die nervös dyspeptischen Erscheinungen. In der langen Kette nervöser Erscheinungen zeigte sich, namentlich in der letzten Zeit, wo sie durch Gemüthsaffecte viel zu leiden hatte, eine zeitweilig auftretende Hyperhydrosis.

Interessant erschien uns auch und in wenigen Worten mittheilenswerth ein Fall von exquisiter Neurasthenia spinalis. In differentialdiagnostischer Beziehung war es nicht so leicht, sich präcise zu orientiren, ob Neurasthenie oder Tabes dorsualis, respective ob wir es mit einer blos functionellen oder organischen Erkrankung zu thun hatten oder besser gesagt, da auch an eine functionelle Erkrankung ohne organische, wenn auch nicht nachweisbare Veränderung nicht recht gedacht werden konnte, ob wir auch bei der oberflächlichen Beobachtung eine erkennbare anatomische Veränderung des Rückenmarkes vor uns hatten. Wir haben uns somit die Frage gestellt, haben wir es mit einer Mischform oder richtiger ausgedrückt, haben wir es mit einer, aus einer puren Neurasthenie in Tabes übergegangenen Erkrankung zu thun, oder haben wir es von vorneherein mit einer Tabes zu thun, da bekanntermaßen ja der Tabes dorsualis oft jahrelang Prodrome vorangehen, welche nur als reine Functionsstörungen gelten.

Der Fall betraf Herrn S. R., Kaufmann aus Böhmen. Patient, 37 Jahre alt (Aussehen entsprach 50 Jahren), verheiratet, Vater von 3 Kindern — jüngstes Kind 1 Jahr — war mit Ausnahme einer noch in der Jugend acquirirten luetischen Erkrankung stets gesund. Seit 2 Jahren klagt Patient über Schmerzen in den Beinen, im Oberschenkel und abwechselnd auch im Unterschenkel, zumal bei Witterungsveränderungen, zeitweilig Druck im Kopfe und Eingenommenheit, Abnahme des Gedächtnisses, hypochondrische Gemüthsstimmung, Mattigkeit im Allgemeinen, rasches Ermüden beim Gehen, öfter Schwindel, Unlust zu Berufsbeschäftigungen, gestörte Verdauung, harten, unregelmäßigen Stuhl, Herzklopfen, kalte Hände und Füße, leichtes Schwitzen, hie und da Rückenschmerzen, in der Nacht manchmal unwillkürliches Harnträufeln und bei überaus schlechter Verdauung auch eine dem Gürtelgefühl entsprechende Empfindung im Unterleibe, hie und da Pollutionen, Potentia coeundi unverändert.

Wir untersuchten den Kranken gründlich und fanden keine Spur von Abweichungen in der motorischen Sphäre, denn das Hauptsymptom einer Tabes, welches in der gestörten Muskelfunction besteht und als DUCHENNE'sche Coordinationsstörung, Ataxie, charakteristisch ist, fehlte gänzlich, der Gang bei den üblichen Proben war normal, vom ROMBERG'schen Symptom bei geschlossenen Augen keine Spur, Muskelzuckungen nicht vorhanden.

In der sensiblen Sphäre untersucht, konnten nur zeitweilig Schmerzen, aber nicht blitzähnlich und nicht durchfahrend, constatirt werden. Das bekannte ROMBERG'sche Gefühl der Umschnürung des umgelegten Reifens, wie auch das Pelzigsein unter den Füßen fehlte, hingegen konnten wir objective Störungen der Sensibilität, d. i. Abnahme der Gefühlsschärfe, nachweisen. Ueberrascht waren wir bei den Untersuchungen durch Kneipen, Nadelstiche und WEBER'schen Tastzirkel, daß an der Körperoberfläche weit ausgedehnte anästhetische Stellen abwechselnd von handtellergroßen normalen und inselförmigen hyperästhetischen Plaques aufzufinden waren und eine etwas verlangsamte sensible Leitung.

Das Kniephänomen (WESTPHAL) oder der Patellarsehnenreflex (ERB) wies keine Abweichungen auf, Sinnesorgane normal, in der geschlechtlichen Potenz keine Abweichung, nur zeitweilige Insufficienz des Sphincter vesicae, Urin sauer, specifisches Gewicht vermehrt, Urate reicher.

Ohne uns hier nach der oben erwähnten subjectiven und objectiven Symptomengruppe in analytische Erörterungen und Motivirungen einzulassen, haben wir uns der Diagnose der Neurasthenie zugeneigt und dementsprechend unseren Heilplan eingerichtet. Die rationelle Trinkcur mit unseren Quellen, welche lediglich die Aufgabe hatte, die nervös-dyspeptischen Symptome zu bessern, den Stuhl zu regeln und die Blutbereitung zu verbessern, die vorsichtige Benützung der kohlensauren Mineralbäder, wie auch der Moorbäder, das Fernsein vom erregenden Geschäftskreise, die Veränderung der bisherigen Lebensweise im Allgemeinen mit der systematischen Einwirkung auf die Psyche des Kranken besserten den Zustand nach einer 5wöchentlichen Cur in frappanter Weise; objectiv fiel uns besonders auf, daß die anästhetischen Stellen der Haut bedeutend kleiner wurden.

(Schluß folgt.)

Ueber objectiv wahrnehmbare Ohr- und Kopfgeräusche.

Von **Dr. S. Goldflam** und **Dr. S. Meyerson** in Warschau.

(Schluß.)

Daß der Druck auf eine Carotis comm. nicht immer ein unschuldiger Handgriff ist, soll folgender, ebenfalls von uns beobachteter Fall von Gefäßgeräuschen am Schädel illustriren:

P. K., 44 Jahre alt, klagt über verschiedene Beschwerden, die zum Theile neurasthenischer Natur, zum Theile aber von der vor 12 Jahren durchgemachten Syphilis abhängig sind. Im Februar 1893 empfand er zum ersten Male im rechten Ohre ein Geräusch, das er mit dem stillen Aechzen eines Kindes vergleicht; dieses Geräusch ist bis jetzt unverändert geblieben und ist besonders des Abends ausgesprochen. Seit April verspürt Pat. beim Aufstehen Schmerzen in den Knien, Oberschenkeln und im Kreuze, die dann nach einigen Schritten verschwinden. Nach längerem Gehen werden die Beine schwer wie bleiern. Am schlimmsten fühlt sich Pat. Abends, er wird unruhig, bekommt Schwindel und Angstgefühl, Zittern in den Beinen, springt aus dem Bette und spazirt manchmal die ganze Nacht im Zimmer herum. Oefters verspürt Pat. gleich nach dem Aufstehen des Morgens ein Gefühl von Taubsein im linken Fuße. Im Laufe der letzten Monate soll Pat. sehr abgemagert sein.

Die Untersuchung des Harns zeigt keine anormalen Bestandtheile. Pat. hat zu verschiedenen Zeiten über 300 Quecksilbereinreibungen bekommen, meistens wegen der Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, an denen er seit der Infection vor 12 Jahren litt. Seit einem halben Jahre haben die Kopfschmerzen nachgelassen.

Bei diesem Pat. konnten keine Zeichen von Syphilis weder an der Haut, noch an den inneren Organen, die eine materielle Grundlage für seine Klagen darböten, nachgewiesen werden, mit Ausnahme der Gehörsempfindung im rechten Ohre. In der That wird mittelst Stethoskop am ganzen Schädel und Gesichte ein nicht allzulautes, hohes, scharfes, schrilles, dem Vibriren einer gespannten Saite ähnliches Geräusch gehört, das synchronisch mit dem Pulse ist. Das Experiment mit dem Drucke auf die Carotiden gelang sehr schwer wegen der Ohnmachtsanfälle, die dabei eintraten; gewiß ist jedenfalls, daß beim Drucke auf die rechte Carotis comm. das Geräusch sowohl sub- als auch objectiv schwand, ob aber der Druck auf die linke Carotis denselben Einfluß hätte, blieb unentschieden, indem wegen des sofort dabei eintretenden Ohnmachtsanfalles das Experiment unterbrochen werden mußte. Gewöhnlich hört Pat. sein Geräusch am Tage nicht, wahrscheinlich wegen des Lärms, der dasselbe übertönt, Abends aber, wenn es still wird, wird von ihm das Geräusch empfunden; aber schon das Verstopfen eines Ohres mit dem Finger genügt, um das Geräusch in dem verstopften Ohre auch am Tage zum Vorschein zu bringen; werden beide Ohren verstopft, so hört Pat. das Geräusch abwechselnd in dem einen oder anderen Ohre, zuweilen im Innern des Schädels. Die Untersuchung zeigte keinen Unterschied im Charakter des Geräusches am Tage und des Abends. Dem Hausarzte gelang es eines Tages, das Geräusch in der Entfernung von 1—1½ Fuß vom Ohre zu hören.

Es liegt also in diesem Falle ein objectiv nachweisbares Geräusch arteriellen Ursprunges vor, da der Druck auf die Carotis comm. d. dasselbe zum Schwinden brachte. Es ist wahrscheinlich, daß es sich bei dem mit Syphilis behafteten Patienten um eine Veränderung in den Gehirngefäßen handelt, und daß die Bedingungen der Dehnbarkeit der Gefäßwände unter dem Einflusse des Blutdruckes sich hier anders gestalten, als in den normalen Arterien, und, da in diesen Fällen die Veränderungen besonders an der inneren Gefäßwand ausgesprochen sind, die Reibung der Blutsäule an der Intima zugenommen hat. Diese Verhältnisse können zur Erklärung des Geräusches in diesem Falle herangezogen werden, wenn auch die Wirkung einer mehr localen Ursache, z. B. einer Verengerung des Canalis caroticus syphilitischer Natur, wie dies in der Einleitung angegeben worden ist, nicht ausgeschlossen werden kann. Künftighin müßte bei Individuen mit diffuser Arteriitis luëtica nachgeforscht werden, ob und unter welchen Bedingungen bei ihnen Geräusche entstehen und wovon dieselben abhängig sein können. Durch die ungenügende Ernährung der Nervencentra in Folge der Gefäßveränderungen lassen sich auch die verschiedenen Symptome, wie Kopfschwindel, Taubsein und Schwere in den Füßen, allgemeine Unruhe etc. bei unseren Kranken erklären.

Die objectiven Geräusche venösen Ursprungs sind viel seltener, als die arteriellen; wir wollen hier einen Fall, den wir im vorigen Jahre zu beobachten Gelegenheit hatten, anführen.

Frau A., 28 Jahre alt, leidet seit 10 Jahren an einem Geräusch im rechten Ohre. Das Geräusch hat einen hauchenden Charakter, wird von der Patientin manchmal stärker, manchmal schwächer empfunden, aber nur dann, wenn es in ihrer Umgebung still ist; bei Straßenlärm verschwindet es, respective wird von demselben übertönt. Patientin ist sehr anämisch, von schwacher Ernährung, seit 10 Jahren verheiratet, hat 5 Kinder glücklich geboren, hat selbst nicht gestillt. Bei der Untersuchung fanden wir ein lautes venöses Geräusch (Nonnengeräusch) rechts am Halse zwischen den Insertionen des M. sternocleidomastoideus, ein viel schwächeres an der correspondirenden Stelle der linken Seite. Dasselbe Geräusch hört man beim Anlegen des Stethoskopes an die rechte Ohrmuschel, es hat einen hauchenden Charakter, ist mit dem Pulse isochron, doch ist dasselbe nur bei einer gewissen Kopflage, sowohl sub als auch objectiv hörbar, und zwar bei gerader, oder nach links geneigter Kopfhaltung; verschwindet aber sub- und objectiv, wenn der Kopf nach vorne gebeugt oder nach rechts gedreht wird. Desgleichen verschwindet das Geräusch bei leichtem Drucke auf die rechten Halsvenen. Außerdem fanden wir ein leichtes anämisches systolisches Geräusch in der Gegend der Aorta.

Bekanntlich erklären wir die Entstehung des Nonnengeräusches auf die Weise, daß beim Einmünden der schmäleren Vena jugularis interna in den weiten Bulbus venae jugularis Wirbel entstehen, die bei anämischen, besonders chlorotischen Individuen, mit veränderter Blutmischung und in Folge dessen veränderten Bedingungen der Reibung des Blutes an den inneren Gefäßwänden, ein Geräusch erzeugen, das bei gesunden Individuen nicht gehört wird. Da bei consecutiven Anämien (z. B. bei Krebs, Tuberculose etc.), bei denen auch die Blutmenge vermindert ist, dieses Geräusch gewöhnlich fehlt, so suchen manche Autoren (HAYEM), außer den genannten Bedingungen, noch die Ursache des Geräusches bei der Chlorose in einem unter dem Einflusse des Nervensystems befindlichen Tonus der Gefäßwände. Es fragt sich nun, ob das venöse Geräusch, das Patientin im Ohre hörte, ein von der Supraclaviculargegend fortgeleitetes oder im Ohre selbst entstandenes Geräusch war? BONDET[32]) behauptet, daß das venöse Geräusch sich längst der Vena jugularis bis zur Fossa jugularis fortpflanzen kann; MOOS[33]) glaubt, daß eine Vertiefung der Fossa jugularis ein venöses Geräusch dadurch hervorrufen könne, weil die Einmündungsöffnung des Sinus transversus in den Bulbus jugularis sehr eng ist und daher bei gewisser Geschwindigkeit der Blutcirculation daselbst ein hauchendes Geräusch entstehen könne. URBANTSCHITSCH (l. c.) macht aber darauf aufmerksam, daß eigentlich der Bulbus venae jugularis nicht vorhanden sei, und daß die verschiedene Vertiefung der Fossa jugularis nur der mehr oder weniger ausgesprochenen Krümmung der Vene entspreche. Wenn aber sogar zur Entstehung eines Geräusches günstige anatomische Verhältnisse vorhanden wären, wäre es doch schwer zu erklären, warum dasselbe bei gewisser Kopfhaltung verschwinden sollte. Wir wissen ja, daß die seitliche Kopfneigung deswegen das venöse Geräusch am Halse verstärke, weil dieselbe eine Spannung der Halsfascie und Halsmuskeln und dadurch einen Druck auf die Vena jugularis hervorrufe, was der Entstehung einer Wirbelbewegung günstig ist. Derartige Verhältnisse sind aber im Bereiche des Sinus transversus und der Fossa jugularis nicht vorhanden. Wenn wir weiterhin bedenken, daß das Geräusch am Ohre acustisch mit dem Nonnengeräusche am Halse identisch war, und ebenso wie letzteres bei der Kopfdrehung nach rechts und leichtem Drucke auf die Halsvenen schwand, so kommen wir zu der Ueberzeugung, daß das Ohrgeräusch als ein von den Halsvenen fortgeleitetes zu deuten ist. Wir hatten es also, nach unserer Meinung, mit einem seltenen Fall von Perception eines Nonnengeräusches im Ohre, das auch objectiv mittelst Stethoskopes nachweisbar war, zu thun.

Referate und literarische Anzeigen.

J. MIKULICZ (Breslau): Ueber Thymusfütterung bei Kropf und Basedow'scher Krankheit.

Auf Grund von theoretischen Erwägungen und der Thatsache, daß die Thymus sowohl entwicklungsgeschichtlich als functionell der Schilddrüse sehr nahe steht, hat M. auf seiner Klinik Fütterungsversuche mit Thymus in 10 Fällen von Kropf und bei einem Falle von Morbus Basedowii angestellt („Berl. kl. W." 1895, Nr. 16). Im Allgemeinen war der Erfolg bei Kröpfen derselbe oder wenigstens ein ähnlicher wie bei der Schilddrüsenfütterung.

[32]) Handbuch f. Ohrenheilk. Hrsg. v. SCHWARTZE. 1892, Bd. I, pag. 413.
[33]) „Arch. f. Augen- und Ohrenheilk.", Bd. IV, I. Abth., pag. 174.

Zur Verfütterung wurde ausschließlich frische rohe Hammelthymus verwendet. Es wurde mit einer Gabe von 10—15 Grm. angefangen und dieselbe allmälig bis auf 25 Grm. gesteigert. In der Regel erhielten die Kranken dreimal wöchentlich die bestimmte Dosis, feingehackt, auf Brod. Die wöchentlich genommene Menge schwankte somit zwischen 30 und 75 Grm. Bei diesen im Verhältniß zur Schilddrüsenfütterung großen Dosen wurden störende Nebenwirkungen gleichwohl nie beobachtet.

Die 10 Kropfkranken standen im Alter von 13 bis 28 Jahren; achtmal handelte es sich um diffuse Hyperplasien, zweimal um isolirte Kropfknoten. Was nun die unmittelbare Wirkung der Behandlung auf den Kropf betrifft, so verschwand ein kleiner, relativ kurze Zeit bestehender Kropf bei einem 14jährigen Mädchen innerhalb zwei Wochen vollständig; sechsmal trat eine sehr erhebliche Verkleinerung auf, zweimal war innerhalb 2—3 Wochen ein unbedeutender, einmal gar kein Erfolg erzielt worden. Es scheint, daß die Zeit von 2—3 Wochen genügt, um über den Erfolg der Thymusfütterung Aufschluß zu geben, ähnlich wie bei der Schilddrüsentherapie, wobei sich das Organ nur in den ersten 8—14 Tagen auffallend rasch verkleinert. Nach 5—6 Wochen scheint der Zustand stationär zu bleiben, auch wenn die Thymusfütterung fortgesetzt wird.

Aehnlich wie in den Fällen von BRUNS [1]) gestaltete sich auch hier der partielle Erfolg zu einem vollen, da er die Kranken von den Beschwerden befreite, die ihn zum Arzte führten und die sonst eine Operation erheischt hätten. Auch bezüglich des Umstandes, daß es vorwiegend die diffusen Hyperplasien bei jugendlichen Individuen sind, welche auf die Fütterung reagiren, stimmt die Thymustherapie mit der Schilddrüsenbehandlung überein. Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Methoden scheint aber darin zu liegen, daß, wie erwähnt, die Thymusfütterungen bisher keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorgerufen haben. Die von den Engländern als Thyreoidismus bezeichneten Symptome, wie Störungen des Allgemeinbefindens, Abnahme des Körpergewichts, Vermehrung der Diurese Pulsbeschleunigung etc. wurden bei der Thymusfütterung niemals gesehen; vielmehr wurden in einem Falle, der zunächst mit Schilddrüse behandelt wurde, schwere Zufälle gesehen, welche zum Aussetzen des Mittels zwangen, während die darauffolgende Thymusfütterung gut ertragen wurde und der Erfolg bezüglich des Kropfes ein sehr günstiger war.

Was schließlich den der Thymusfütterung unterzogenen Fall von Morbus Basedowii betrifft, so handelte es sich um einen typischen Fall bei einer 44jährigen Frau, welche der drohenden Erstickungsgefahr wegen aufgenommen worden war. In diesem Falle wurden innerhalb 6 Wochen 375 Grm. Thymus verfüttert. Die Besserung war eine auffallende. Der Kropf wurde zwar nicht wesentlich beeinflußt, doch wurden sämmtliche Allgemeinerscheinungen, namentlich die subjectiven Beschwerden, in unzweideutiger Weise gebessert. Die Cyanose schwand, Dyspnoe und Stridor stellten sich nur bei körperlicher Erregung ein, das Herzklopfen geringer, die Pulsfrequenz um 20 bis 30 Schläge in der Minute verringert. Dieser Fall bildet einen gewissen Gegensatz zu der von den meisten Beobachtern gemachten Erfahrung, daß die Erscheinungen der BASEDOW'schen Krankheit unter dem Einfluß der Schilddrüsenfütterung wesentlich verschlimmert werden. Ba.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 581.

PAUL KEMMLER (Breslau): **Krampfanfälle mit rhythmischen Zuckungen bei progressiver Paralyse.**

Man pflegt die paralytischen Anfälle in die apoplectischen und in die epileptiformen zu unterscheiden; von den epileptiformen Anfällen verläuft ein Theil nach dem Typus der genuinen Epilepsie mit tonisch-klonischen Convulsionen, eine andere Gruppe entspricht dem Bilde der Rindenepilepsie. KEMMLER trennt in einer unter der Leitung von WERNICKE ausgeführten Untersuchung (Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik in Breslau, herausgegeben von Prof. Dr. CARL WERNICKE, Heft II, Leipzig 1895, Verlag von Georg Thieme) von den epileptiformen Anfällen eine weitere Gruppe ab, welche sich durch eine regelmäßig rhythmische Wiederkehr kurzer Zuckkrämpfe auszeichnet; diese rhythmischen Zuckungen sind den klonischen Krämpfen gegenüber dadurch scharf charakterisirt, daß sie in ihrem Rhythmus synchron mit dem Pulse verlaufen.

Bei den Zuckungsanfällen, welche häufig mit anderen Erscheinungen paralytischer Anfälle combinirt sind, ist die Körpertemperatur entweder normal oder nur mäßig gesteigert; ausnahmsweise sieht man auch excessive Temperatursteigerungen auf 41°C.

Die Zuckungen beginnen in einem beschränkten Muskelgebiet einseitig, breiten sich allmälig auf eine Körperhälfte aus und gehen dann auf die andere Körperhälfte über, um dort in einem beschränkten Muskelgebiet zu endigen oder um wieder auf die erst ergriffene Körperseite zurückzukehren und in dem ursprünglichen Muskelgebiete aufzuhören. Neben diesem Haupttypus kommen noch zwei Nebentypen vor, indem der Zerfall auf ein einzelnes Muskelgebiet beschränkt bleiben oder andererseits sofort in der Gesammtmusculatur auftreten kann. Die Athmungsmuculatur wird meist nur bei schweren Krämpfen ergriffen.

Den rhythmischen Zuckungen geht gewöhnlich eine mäßig tonische Contraction der Musculatur parallel; der Höhepunkt des tonischen Krampfes entspricht jener Stelle, welche die stärksten rhythmischen Zuckungen aufweist. Wenn die Zuckungen schwächer werden, schwindet auch die tonische Spannung. Zugleich findet sich eine lebhafte Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit und der Sehnenreflexe, während bei tonischen Spasmen anderer Natur, insbesondere bei den tonischen Krämpfen der genuinen Epilepsie, die Sehnenreflexe sich nicht hervorrufen lassen.

Man kann an den Muskelzuckungen die Eigenschaften der Pulswelle ablesen. Im Beginn des Anfalls ist der Puls voll und schwellend und die Zuckungen sind entsprechend kräftig; der bei schwereren Anfällen nicht seltene Nachlaß der Herzthätigkeit geht mit einem Schwinden der Zuckungsenergie einher. Der Parallelismus zwischen Puls und Zuckung spricht sich sehr auffallend in dem Vorkommen dikroter Muskelzuckungen aus.

KEMMLER empfiehlt bei leichteren Anfällen die Anwendung der Kälte auf den Schädel, um die Erregbarkeit der motorischen Rindencentra herabzusetzen, und die Einwirkung der Kälte auf die Herzgegend, um die oft bedeutend gesteigerte Herzthätigkeit einzudämmen. Die Darreichung von analeptischen Mitteln widerräth er, da jede Steigerung der Herzthätigkeit den epileptischen Reizzustand verstärkt.

Bei schweren Anfällen ist die Chloroformnarkose das beste Mittel, doch empfiehlt es sich, so zeitig als möglich die Ablösung des Chloroforms durch Chloralhydrat oder Amylenhydrat vorzubereiten.

Wenn ein paralytischer Anfall droht, so ist es zweckmäßig, eine energische Diurese und Diaphorese einzuleiten. Zur Verhütung der Anfälle gibt es nur ein werthvolles Mittel, die Bettruhe, welche durch Ueberernährung und durch Jodkaligebrauch unterstützt werden kann. Fe.

PAUL DREIKE: **Ein Beitrag zur Kenntniß der Länge des menschlichen Darmcanals.**

Aeltere Darmmessungen rühren von SAPPEY und TARENETZKY, von CRAMPE, von CUSTOR, von BOLSSENN u. A. her. Neue Untersuchungen stellte darüber auf Veranlassung ZOEGE'S V. MANTEUFFEL in Dorpat an 169 Leichen russischer Nationalität PAUL DREIKE an und kommt auf Grund seiner Beobachtungen, die er in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie", Bd. 40, H. 1/2, veröffentlicht, zu folgenden interessanten Schlüssen:

1. Bei Kindern übt das Geschlecht keinen Einfluß auf die Darmlänge aus; unter den Erwachsenen haben die Männer einen relativ längeren Darm als die Weiber.

2. Kinder haben einen relativ längeren Darmcanal als Erwachsene.

3. Der Dickdarm ist im Verhältniß zum Dünndarm bei Erwachsenen länger als bei Kindern.

4. Pathologische Veränderungen am Darm bewirken bei Kindern eine bedeutende Verlängerung des Darmes.

5. Phthisiker und an marastischen Zuständen zu Grunde gegangene Individuen haben einen relativ kurzen Darm.

6. Ein Einfluß der Rasse auf die Darmlänge läßt sich nicht nachweisen. R. L.

W. Bockelmann: Zur Unfruchtbarkeit des Weibes.

Vom anatomischen Standpunkte aus die Aetiologie der Sterilität betrachtend, theilt B. („Berl. Klinik" Nr. 69) die ursächlichen Momente in zwei Gruppen: Barrièren, welche sich der Fortbewegung beider Elemente hindernd in den Weg stellen, und anatomische Veränderungen, welche eine Weiterentwicklung des befruchteten Ovulum von vornherein unmöglich machen oder an einem bestimmten Punkte unterbrechen. Bezeichnender Weise führt B. hier auch die „operative Sterilität" an, die dadurch entsteht, „daß in Bezug auf die Exstirpation nicht immer sehr kranker Tuben und Ovarien viel gesündigt wird und daß gar manche Frau in jungen Jahren durch Entfernung ihrer Adnexe gründlich sterilisirt wird, die die Welt noch mit einer Anzahl von Kindern hätte beglücken können."

Wenn nicht mechanische Hindernisse für Sterilität vorliegen, so erklärt B. die chronische Endometritis für die weitaus gewöhnlichste Form der Erkrankung, welche selbst ohne Beschwerden und andere Symptome zu verursachen, Sterilität, resp. wiederholten Abortus verschuldet, und empfiehlt die Ausschabung des Uterus für solche Fälle zur Beseitigung der Sterilität. C. Breus.

Erfahrungen über Nierenchirurgie. Von **Prof. Dr. James Israel.** Berlin 1894, August Hirschwald.

Die Grundlage zu diesem Büchlein bilden 81 vom Verf. an 68 Personen in einem Zeitraume von 11 Jahren ausgeübte Operationen an den Nieren. Die Ergebnisse sind zahlreich und belehrend, die Resultate, die Verf. erzielte, den besten bisher bekannten überlegen, so daß die Chirurgie der Nieren durch die Veröffentlichung dieser Erfahrungen eine nicht unbedeutende Förderung erfährt.

Das gesammte Mortalitätsprocent aller Operationen insgesammt beträgt 14·8% gegenüber den bestbekannten Resultaten Schede's, der 21% erzielen konnte.

Im Capitel über maligne Tumoren der Niere fällt ein Fall vorzugsweise auf, in welchem es Verf. gelang, durch sorgfältige Palpation einen umschriebenen Tumor von Kirschengröße nachzuweisen, der am unteren Nierenpol prominirte. Die klinischen Erscheinungen sprachen für eine maligne Neubildung, als welche sich die Geschwulst thatsächlich bei der Operation erwies. Die Palpation von Tumoren gibt selbstverständlich blos bei circumscripter Form positive Ergebnisse, während sie bei der infiltrirten Form im Stiche läßt.

Bezüglich der Operationsmethode erklärt Verf. den extraperitonealen Schnitt für den leistungsfähigsten. Vorerst wird die Niere stumpf aus ihrer Fettkapsel ausgeschält, worauf die Capsula adiposa, da sie nicht selten Geschwulstkeime birgt, auf das Sorgfältigste entfernt wird. „Dieser Act soll für die Operation der malignen Nierentumoren ebenso typisch werden, wie die Ausräumung der Achselhöhle bei Mammacarcinomen." Bemerkenswerth ist auch die Angabe Israel's, daß die Nierenepithelien durch die Chloroformnarkose eine Schädigung erleiden, welche bisweilen von deletärer Wirkung sein kann.

Das zweite Capitel ist der Besprechung der Hydronephrosen, Pyonephrosen und Nierenabscesse gewidmet.

Die Grundsätze der operativen Behandlung bei Pyonephrosen sind nach Israel die folgenden: Bei begründeter Voraussetzung einseitiger Erkrankung ist in denjenigen Formen von Pyonephrosen, die bei vorgenommener Incision ein verhältnißmäßig reichliches intactes Parenchym zeigen, die Nephrotomie als Normaloperation zu betrachten. Dagegen ist sie nicht angezeigt, wenn das Organ in ein System eitergefüllter Höhlen umgewandelt ist, die unzureichend oder gar nicht mit dem Nierenbecken communiciren. Bei bestehender Erkrankung der zweiten Niere sind die Grenzen der Nephrotomie selbstverständlich weiter gezogen.

An dieser Stelle erörtert Verf. die Indication zur secundären Exstirpation der Niere nach vorgenommener Nephrotomie, welche dann in ihre Rechte tritt, wenn nach Incision schwerer multiloculärer Pyonephrosen Fisteln resultiren, die eine reichliche urinös-eitrig-jauchige Flüssigkeit produciren. Für die Bestimmung des Zustandes der zweiten Niere nach Nephrotomie hält Verf. die Durchtrennung des Ureters der nephrotomirten Niere mit Einheilung seines centralen Endes in die Hautwunde für die einzig sichere und verläßliche Methode.

Ganz ausgezeichnet sind des Verf. Resultate bei Hydronephrosen. In diesem Theile entwirft der Autor ein interessantes Bild der Pathogenese der intermittirenden Hydronephrose.

Die weiteren Capiteln handeln über paranephritische Nierencysten, Aetiologie der Pyonephrosen, Nierenabscesse und Ureteritis.

Für die Thatsache, daß die Tuberculose der Nieren primär und auf dieses Organ localisirt vorkommen kann, spricht ein Fall, in welchem 4 Jahre nach Entfernung der tuberculösen Niere völlige Gesundheit besteht.

Bei Nierensteinen hat Verf. in 4 Fällen die Niere vom convexen Rand her bis in's Nierenbecken gespalten (Sectionsschnitt). „In allen 4 Fällen ist die angelegte Nierenwunde sofort durch die Naht geschlossen worden mit dem constanten Erfolge einer idealen Vereinigung der Wundränder p. p. i., so daß niemals ein Tropfen Urin die Incisionswunde passirt hat." Die Naht wurde mit tiefgehenden und oberflächlichen Catgutfäden angelegt. Bei einer zwei Monate nach dieser Operation vorgenommenen anatomischen Untersuchung der Niere zeigte eine lineare, kaum eingezogene Narbe die Stelle des Schnittes an.

Der Sectionsschnitt muß für jene Fälle reservirt bleiben, in denen der Stein nach Freilegung der Niere nicht zu tasten ist, oder ein großer Stein die Kelche und das Becken derart anfüllt, daß die Pyelotomie nicht Raum gewähren würde, denselben unzertrümmert zu entfernen.

Anläßlich von Fällen, betreffend Ureterverschluß durch eingeklemmte Steine, führt Verf. den Beweis für den reflectorischen Einfluß, den Reizzustände in einer Niere auf die Function der zweiten zu entfalten vermögen, so daß die reflectorische Anurie und Oligurie nunmehr als bewiesene Thatsachen angesehen werden können.

Die Capitel über Nierenblutungen aus unbekannter Ursache und Nephropexie bei Wanderniere beschließen diese außerordentlich instructive Arbeit. O. Zuckerkandl.

Chemie und Mikroskopie des Harnes. Von **Dr. Albert Daiber** in Zürich. Mit 32 Abbildungen. Jena 1894, Gustav Fischer.

Gegenüber der im Jahre 1892 vom Verf. erschienenen Anleitung zur chemischen und mikroskopischen Untersuchung des Harnes ist zwar das vorliegende Buch nicht unwesentlich vergrößert worden, enthält jedoch im Wesentlichen nichts Neues. Wir verkennen nicht das eifrige Bestreben, welches der Verf. an den Tag gelegt hat, seiner Aufgabe Herr zu werden, wir bezweifeln aber, daß der Praktiker wesentlichen Vortheil aus dem Buche ziehen wird. Der Cardinalfehler des Daiber'schen Werkes ist, daß in demselben die einzelnen Capitel keineswegs erschöpfend behandelt und die neueren Forschungen wenig berücksichtigt sind. Um den mir für eine Recension zur Verfügung gestellten Raum nicht wesentlich zu überschreiten, begnüge ich mich, im Nachstehenden auf einige Mängel hinzuweisen.

Die Namen der Xanthinkörper (pag. 24) hat Verf. unvollständig angegeben, indem Guanin, Trimethylxanthin, Theobromin, Caseïn gar nicht erwähnt sind. Auch vermissen wir die Eintheilung der Xanthinkörper in Nucleïnbasen, Xanthinbasen und Sarcinbasen. Für den Nachweis von Jod im Harn (pag. 53) empfiehlt Verf. einen halben Liter Harn mit 2 Grm. Aetzkali zu versetzen, zur Trockne einzudampfen etc. Sind dem Verf. wirklich keine einfacheren, verläßlichen Proben bekannt? Man spricht von einer „Phosphaturie", wenn der ausgeschiedene Harn von Phosphaten getrübt ist und nicht, wenn in einem Harne die Phosphate vermehrt sind. Die Angaben bezüglich der Verminderung und Vermehrung der Phosphate in Harnen sind durchaus unbegründet. — Bei Besprechung der Blutfarbstoffe fehlt der Nachweis des Hämatoporphyrins im Harn, welcher Körper bekanntlich bei Intoxicationen eine wichtige Rolle

Prof. Dr. LUDWIG HIRT in Breslau; seine Ausführungen laufen im Wesentlichen darauf hinaus, daß die Hypnose im vorliegenden Falle nicht zu einer strafbaren Beeinflussung des Willens geführt habe. HIRT hebt mit Recht hervor, daß eine dauernde Beeinflussung des Willens durch Hypnotisirungen, wie sie Czynski an der Baronin vorgenommen hat, nicht herbeizuführen ist, und er führt unter Anderem als Beweis dafür an, daß die hypnotische Behandlung von Menschen, welche das Wollen verlernt haben, also an Abulie leiden, fast aussichtslos ist, weil es eben sehr schwer, ja fast unmöglich ist, den Willen dauernd zu beeinflussen. „Seit einiger Zeit," erzählt HIRT, „behandle ich einzelne Formen des Stotterns — was sieht man nun da? Ein Mensch, der beim Eintritt in das Zimmer derart stottert, daß er nicht seinen Namen auszusprechen vermag, spricht, wenn ich ihn eingeschläfert und befohlen habe, nicht mehr zu stottern, wie jeder Gesunde; keine Spur eines Sprachfehlers ist während der Hypnose zu bemerken — ich habe seinen Willen beeinflußt, ihn dem meinigen untergeordnet. Wenn Sie aber den Patienten wecken, so stottert er in wachem Zustande gerade so wie vorher: die Beeinflussung des Willens ist sofort vorüber, und das Uebel ist wieder da, wie ehedem."

Prof. GRASHEY sprach in seinem Gutachten von einer pathologischen Liebe, welche sich durch ihre Ursache, Motivirung und Entstehung von einer normalen Liebe unterscheide: HIRT hatte ein leichtes Spiel, diese Unterscheidung lächerlich zu machen. Die Ausführungen von Prof. HIRT sind so klar und präcise, daß wir uns nicht versagen können, ihre wichtigsten Stellen hier anzuführen:

„Wenn Sie die Art der Entstehung der Liebe, wie sie hier vorliegt, als etwas Pathologisches, und mehr noch als etwas vom juristischen Standpunkte aus Strafbares ansehen, dann ist nach meiner Auffassung jede Handlung, die bezweckt, ein Mädchen und überhaupt ein Weib verliebt zu machen, unerlaubt und strafbar. Vergleichen Sie den Zustand, in dem sich die Baronin im December 1893 (als sie zu dem Hypnotiseur in intime Beziehungen trat) befand, z. B. mit dem Gretchen's, als sie Faust kennen gelernt hatte — finden Sie da irgend einen Unterschied? Wenn Gretchen singt „Mein armer Kopf ist mir verrückt, mein armer Sinn ist mir zerstückt", und „Nach ihm schau' ich zum Fenster hinaus, nach ihm nur geh' ich aus dem Haus", hat sie da nicht genau die gleichen Gefühle wie die Baronin gegenüber Czynski, und haben Sie schon einmal die Möglichkeit bei sich erwogen, daß Gretchen durch Faust hypnotisirt worden sei? Freilich werden wir Alle, Sie, meine Herren Geschworenen, Herr Prof. GRASHEY, die ganze Welt und also auch ich darin einverstanden sein, daß die Handlungsweise Faust's gegenüber Gretchen eine gewissenlose und niederträchtige gewesen sei, aber glauben Sie vielleicht, daß sich Faust, um Gretchen verliebt zu machen, anderer als der alltäglichen Mittel bedient habe, und daß es überhaupt nöthig gewesen sei, sich solcher Mittel zu bedienen? Gretchen war eben in demselben Gemüthszustande wie die Baronin; sie waren beide verliebt, verliebt bis über die Ohren, und um ein verliebtes Weib zu Falle zu bringen, dazu braucht man sie nicht zu hypnotisiren — sie kommt einem auf halbem, oder wie die Baronin dem Czynski, auf ganzem Wege entgegen, sie ergreift die Initiative, sie bestimmt Zeit und Ort der Rendezvous, wo sie les délices de la nuit (eigene Worte der Baronin!) zu genießen wünscht. Und das Alles hätte sie in willenlosem Zustande gethan? Nein, nein und abermals nein, ich wenigstens werde niemals daran glauben! Die Küsse, welche Czynski der Baronin theils im hypnotisirten, theils im wachen Zustande massenhaft gegeben hat, sind für mich nur ein Mittel, die Baronin sinnlich zu erregen und lüstern, dem Coitus geneigt zu machen, eine hypnotisirende Wirkung vermag ich diesen Küssen in keinem anderen Sinne beizumessen, als die deutsche Sprache dies durch die Bezeichnung „berauschend" ausdrückt. Ebensowenig hat das Tragen von Ringen und Amulets für mich irgend eine Willenlosigkeit erzeugende Bedeutung — durch das Anschauen eines Ringes oder eines Amulets wird höchstens eine Autosuggestion erzeugt, wodurch der Anschauende veranlaßt wird, an den Geber des Ringes und des Amulets zu denken, sich geistig mit ihm zu beschäftigen; das ist aber keine Hypnose, und dieses Anschauen versetzt nicht in willenlosen, erzeugt auch keinen willenlosen Zustand, sondern geschieht völlig bewußt."

Diesen Worten ist nichts hinzuzufügen; der Standpunkt des vorurtheilslosen Beurtheilers ist hier so treffend zum Ausdruck gebracht, daß es räthselhaft wird, wie die Sachverständigen, die nach HIRT in dem Processe zu Wort kamen, den Muth hatten, eine gegentheilige Ansicht auszusprechen. Einigermaßen interessant war auch das Gutachten von Prof. PREYER, der auch in seinen Irrthümern genial ist; er legt den Hauptwerth auf den Blick und meint, daß unter dem Einflusse des fascinirenden Blickes, der eigenthümlichen Sprache und der streichenden Handbewegungen die Verbalsuggestionen im Stande waren, die Baronin sexuell widerstandsunfähig und so willenlos zu machen, daß sie in Bezug auf ihn nichts wollen konnte, was er nicht wollte. — Im Anschlusse an den Proceß veröffentlicht nun PREYER eine kleine Studie über „einen merkwürdigen Fall von Fascination" (Stuttgart 1895, Ferd. Enke). Im Gegensatze zum Proceß Czynski handelt es sich hier nicht um Hypnose, sondern um einen Abhängigkeitszustand, den sich PREYER durch Wachsuggestionen zu Stande gekommen erklärt. Der Fall ist interessant genug: Eine junge, reiche, nicht geisteskranke und nicht hysterische Frau, die ihren Gatten und ihren Sohn ungemein liebt, wird einem verheirateten Freunde ihres Gatten so unterthan, daß sie ihm gegenüber willenlos ist bis an die Grenze, wo der physische Ehebruch beginnt. Diese durch eine unglaubliche Leichtgläubigkeit charakterisirte Frau mußte sich buchstäblich nach der Pfeife ihres Bezwingers bewegen; denn er kam monatelang jeden Abend flötend an ihrem Hause vorüber, und die gepfiffenen Melodien hatten von ihm schriftlich bestimmte Bedeutungen; die eine besagte, er müsse sie in einer wichtigen Angelegenheit sprechen, eine andere, sie dürfe nur ihn lieben, eine dritte, sie solle ihrem Manne ihre Abneigung ausdrücken; und sie, zuerst diesen Befehlen widerstrebend, leistet ihnen doch gegen ihr besseres Wissen Folge. Wie weit ihre geistige Abhängigkeit ging, beweist die Thatsache, daß sie monatelang jeden Morgen um neun Uhr am Fenster stehen mußte, um ihn vorbeigehen zu sehen, daß sie ihn zweimal des Tages, einem schriftlichen Straßenverzeichniß entsprechend, in der Stadt begegnen mußte, und daß sie sich überhaupt seinen Anordnungen gegenüber wie eine Marionette benahm. Endlich kam es zur Auflösung beider Ehen; das sonderbare Liebespaar ging im Auslande, trotzdem die Frau katholisch ist, eine Scheinehe ein, ohne daß aber der Verkehr der beiden Leute je über das Verhältniß eines Bruders zur Schwester hinausgegangen wäre. Bei Gelegenheit einer ärztlichen Untersuchung gelang es einem „redegewandten Assistenzarzt", sie nach vierzehn mehr als zweistündigen Gesprächen innerhalb einer Woche von ihrer Abhängigkeit zu befreien, indem er zu beweisen suchte, daß sie einem Heuchler unbegrenztes Vertrauen geschenkt habe; ihr Bezwinger wurde bald darauf in einer Irrenanstalt internirt, er mußte aber nach sechswöchentlicher Beobachtung Mangels einer Geistesstörung entlassen werden.

BRAID hat im Jahre 1855 für solche Zustände den Namen Monoïdeïsmus eingeführt; er nannte die von einer sehr starken, die geistige und körperliche Thätigkeit bestimmenden Vorstellung beherrschten Personen monoïdeïsirt, und PREYER vergleicht die Fascination mit dem „bösen Blick", bei dem durch eine Schreckwirkung, wie beim Blick der Klapperschlange, die Willenskraft und Einsicht eingeschränkt wird.

„Gute Früchte trägt die böse Saat." Auf dem Boden des Processes Czynski ist eine sehr interessante psychologische Studie erwachsen, und wenn ein Ibsen mit dem psychologischen Verständnisse eines PREYER einen solchen Stoff behandelte, es würde wohl ein anderes Stück entstehen als „Die Frau vom Meere". PREYER's Worte über den menschlichen Blick verdienen wohl allgemeinere Berücksichtigung. „Ein langer, ernster, vorwurfsvoller Blick ohne Lidschlag mit etwas gesenktem Kopfe ist mehr werth als manche Moralpredigt, ein freundlicher, verzeihender, Straflosigkeit verheißender Blick kann ein Kind mehr beglücken, als das schönste Geschenk, dagegen kann ein zu strenger, starrer, verweisender Blick Weinkrämpfe veranlassen. Die Sprache der Augen ist viel feiner abgestuft, als die der Worte und dem Kinde doch früher verständlich als diese, daher pädagogisch höchst werthvoll.

Mancher Verhaftete hat dem Blicke des Untersuchungsrichters nicht Stand gehalten und die Wahrheit gesagt, weil er diesem ruhigen Auge gegenüber, ohne daß etwas Besonderes gesprochen wurde, die Kraft zu lügen verlor."

Und noch einen weiteren Vortheil dürfte der Proceß Czynski bringen. Hoffentlich wird die Gesetzgebung zur Einsicht kommen, daß der Unfug, der mit dem Hypnotismus in nichtärztlichen Kreisen zum Zwecke der geselligen Unterhaltung getrieben wird, aufhören müsse, wenn nicht höhere Interessen empfindlich gefährdet sein sollen. Die Behörden haben die dringende Pflicht, jede Art von Ausübung hypnotischer Proceduren durch Laien zu verbieten und die Anwendung des Hypnotismus zu Heilzwecken und zu wissenschaftlichen Studien nur Aerzten zu gestatten. Fe.

Kleine Mittheilungen.

— Von der Thatsache ausgehend, daß das Creosot mit Alkalien, respective alkalischen Erden Verbindungen eingeht, in welchen der widerliche Creosotgeschmack wesentlich verdeckt ist, hat SCHWEISSINGER („Pharm. Ctrlh.", 1894, Nr. 50) versucht, **ein geschmackloses Creosotpräparat** darzustellen. Die Magnesiaverbindung des Creosots ist in Wasser unlöslich und hat die Eigenschaft, sich pulverförmig zerreiben zu lassen. Durch Wasser wird diese Verbindung nicht zerlegt, sehr leicht dagegen durch Säuren und Alkalien. Im Contact mit dem Magen- oder Darmsaft wird sie sofort gespalten, und Creosot in feinster Vertheilung wird frei. Dieses Pulver wird nun mit einer Flüssigkeit, am zweckmäßigsten mit einem Syrup, zu einer leicht abzumessenden Arzneiform vereinigt; man wählt eine solche Concentration, daß 100 Theile Creosotsaft 10 Theile Creosot enthalten. 1 Grm. entspricht dann genau 0·1 Creosot. Die Anwendungsweise ist folgende: Man tropft die verordnete Menge (z. B. 20 Tropfen = 0·1 Creosot) in ein Viertel Trinkglas Wasser, trinkt es aus und nimmt einen Schluck Wasser hinterher. Das Nachtrinken von Wasser ist nicht unbedingt nöthig, doch wird ein kleiner, später auftretender Nachgeschmack dadurch völlig verhindert. Dagegen empfiehlt es sich, den Creosotsaft nicht unverdünnt nehmen zu lassen. Ein besonderer Vorzug dieses Creosotsaftes ist schließlich seine Billigkeit, worin er alle übrigen Creosotpräparate übertrifft.

— LERMOYEZ und HELME („Lyon méd.", 1895, Nr. 9) schlagen folgendes Verfahren vor, um **sterile Wattetampons** herzustellen. Die auf einem Tamponträger oder auf einem Holzstiel befestigte Watte wird in eine gesättigte Lösung von Borsäure in Alkohol getaucht und angezündet. Durch die Verbrennung des Alkohols wird die Watte sterilisirt, die Borsäure verhindert die Verkohlung der Watte. Um die Watte sicher zu sterilisiren, genügt es, die Flamme kurze Zeit brennen zu lassen; sobald die zunächst farblose Flamme eine lebhaft grüne Farbe annimmt, kann sie ausgelöscht werden. In 5 Secunden kann auf diese Weise die Watte sterilisirt werden. Controlversuche mit Impfung steriler Nährböden haben die gänzliche Keimlosigkeit derartig sterilisirter Tampons ergeben.

— In einer der letzten Sitzungen der Pariser „Acad. de méd." empfahl Dr. SAINT-PHILIPPE die Anwendung von **Antipyrin bei Diarrhöen der Säuglinge**, womit er in circa 500 Beobachtungen gute Resultate erzielt hat. Das Antipyrin empfiehlt sich besonders in jenen Fällen von gastrischen und intestinalen Störungen, welche mit einer leicht fieberhaften Reaction einhergehen. Bei dem bereits abgesetzten Kindern gibt S.-P. zuerst Calomel, läßt die Kinder bei absoluter Milchdiät und verschreibt dann Antipyrin, das eventuell mit Benzonaphthol abgewechselt werden kann. Besonders gute Dienste leistet das Antipyrin bei den Diarrhöen während der Dentition und bei jenen Diarrhöen, welche gleichzeitig mit den Menses der Amme auftreten. Als Verschreibweise des Antipyrins empfiehlt sich folgende:

Rp. Antipyrin . . . . 0·50
Syrup. cort. aurant.
Aq. . . . . aa. 50·00
S. 2stündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Bei Kindern über einem Jahre kann diese Dosis verdoppelt werden.

— Als Beitrag zur Lehre von den gonorrhoischen Metastasen beschreiben JACOBI und GOLDMANN („Beitr. zur klin. Chir.") einen Fall von **Tendovaginitis suppurativa gonorrhoica.** Derselbe betraf einen 37jähr. Pat., welcher, nachdem er seit 6 Wochen an einer Gonorrhoe erkrankt war, eine Anschwellung des linken Sprunggelenkes bekam, die vom Malleolus int. bis zur Tuberositas oss. navicul. reichte. Bei der Operation fanden sich in den Sehnenscheiden des M. tibialis post. etwa 50 Grm. dickflüssigen Eiters, der Gonococcen, in polynucleäre Leukocyten gelagert, enthielt. In dem excidirten Stücke der Sehnenscheide wurden ebenfalls Gonococcen nachgewiesen. Es hatte sich somit um eine reine metastatische gonorrhoische Sehnenscheideneiterung gehandelt, die als ein Analogon der gonorrhoischen Gelenkseiterungen aufgefaßt werden kann.

— In einer vorläufigen Mittheilung aus der Klinik SENATOR in Berlin theilt Dr. A. KIRSTEIN („Allg. med Ctrl.-Ztg.", 1895, Nr. 34) eine Methode zur Besichtigung des Kehlkopfes und der Luftröhre ohne Spiegel mit, welche er **Laryngoskopia directa und Tracheoskopia directa** nennt. Die Besichtigung erfolgt durch eine gerade Metallröhre von circa 25 Cm. Länge, welche hinter der Epiglottis derartig auf den Kehlkopf aufgesetzt wird, daß sie die unmittelbare Verlängerung des tracheolaryngealen Lumens darstellt. Diese Application gelingt an dem horizontal gelagerten Pat. bei stark herabhängendem Kopf, nachdem zum Zwecke der Fixirung dieser Haltung ein MIKULICZ-ROSENHEIM'sches Oesophagoskop in die Speiseröhre eingeführt ist. Das Niederdrücken des Zungengrundes zum Mundboden leistet die Kehlkopfröhre als ein Hebel, dessen Hypomochlion an der Schneide der Zähne des Oberkiefers liegt. Zur Beleuchtung der Kehlkopfröhre ist das CASPER'sche Elektroskop gut verwendbar. Der Arzt muß mit unbewaffnetem Auge untersuchen, da Brillengläser schnell beschlagen. Ueber die Einzelheiten der Technik, sowie über die Grenzen der Anwendbarkeit und der Leistungsfähigkeit der neu entdeckten Methode behält sich K. ausführliche Mittheilung vor und bemerkt jetzt nur zweierlei: 1. Die Methode ist nicht im entferntesten etwa eine gewaltsame, vielmehr verursacht sie bei richtiger, durch Cocainanwendung unterstützter Ausführung dem Patienten gar keinen Schmerz, weder bei der Untersuchung, noch nachträglich. 2. Die neue Methode will nicht mit der alten, bewährten, in ihrer Technik so hoch entwickelten indirecten Laryngoskopie in einen Wettbewerb eintreten. Aber sie erweitert nach bestimmten Richtungen hin die Grenzen unserer diagnostischen und therapeutischen Herrschaft über den menschlichen Körper.

— Dr. PURTSCHER berichtet im „Ctbl. f. pr. Augenheilk." (April 1895) über einen Fall von **Keratitis nach Wespenstich**, ein, wie es scheint, sehr seltenes Vorkommniß. Es handelte sich um einen 50jähr. Pat., welcher angab, daß ihn eine Wespe direct in das rechte Auge gestochen habe, worauf sich heftige Schmerzen im Auge einstellten. Die Untersuchung des letzteren ergab eine diffuse oberflächliche Trübung im inneren und unteren Antheil der Cornea; am saturirtesten war dieselbe etwas nach innen vom Hornhautcentrum, von dieser Stelle strahlten radiäre, grauliche Streifen nach den radiären Trübungsbezirken aus. Dem Trübungscentrum entsprechend, bestand ein kreisrunder, äußerst scharf begrenzter, etwa 3 Mm. im Durchmesser betragender Epitheldefect mit einem gleichfalls sehr scharf markirten, vertieften Punkt im Centrum — offenbar der Stelle des Stiches. In der vorderen Kammer fand sich ein kleines Hypopyon, die Pupille war überall frei.

— Anläßlich einer jüngst erschienenen Arbeit von S. HOMBERG „Ueber die Belebungsversuche beim Chloroformtode" macht D. REIN in Moskau („Ctbl. f. Chir.", 1895, Nr. 17) darauf aufmerksam, daß in Rußland, speciell in Moskau, schon seit mehreren Jahren die **Kochsalzinfusion bei Chloroformsynkope** mit dem besten Erfolge geübt wird, und zwar war es Prof. BOBROFF, welcher nach 4jähriger Erfahrung sich 1891 entschieden für die Kochsalzinfusion als fast alleiniges Mittel bei Chloroformherzsynkope aussprach; außerdem gebraucht er nur noch die Autotransfusion und, wenn die Athmung aussetzt, künstliche Athmung nach SYLVESTER. Andere Mittel, wie die Injection von Aether, Alkohol etc., verwirft er als ganz irrationell. Die weiteren Erfahrungen während der nachfolgenden Jahre haben BOBROFF in seiner Meinung nur noch bestärkt und haben auch andere Chirurgen von der Richtigkeit seiner Auffassung überzeugt, so daß seine Methode jetzt nicht nur in Moskau, sondern auch in anderen Orten Rußlands Verbreitung gefunden hat.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

II.

ALEXANDER FRÄNKEL (Wien): **Ueber Heteroplastik bei Schädeldefecten.**

Durch die Heteroplastik bei Schädeldefecten ist dem Chirurgen die Möglichkeit gegeben, individualisirend vorzugehen. Immer aber ist bei pulsirenden Schädeldefecten der functionellen Störungen wegen der chirurgische Eingriff dringend geboten Bei Einheilung von Knochenstücken kann es nicht selten zur Granulationswucherung der Dura und schließlich zur narbigen Verb ndung derselben mit dem überpflanzten Knochenstück kommen. Der Verschluß des Defects durch Celluloid macht dagegen das Eindringen von Granulationen unmöglich, zum mindesten wird die Granulationsbildung nicht den Grad erreichen, wie beim Knochenmaterial, vorausgesetzt, daß der implantirte Fremdkörper vollkommen aseptisch und unbeweglich fixirt ist und ferner nicht mechanisch reizt. Die Celluloidplatte heilt nicht ein, sondern bleibt in der Lücke als ein mechanisch, den Defect ausfüllender Körper liegen. Redner hat das Celluloid dreimal zur Heteroplastik verwendet, einmal mit einem Mißerfolg wegen fortschreitender allgemeiner Tuberculose. Im zweiten Falle wurde ein seit früher Kindheit bestehender Defect im Proc. mastoideus trotz offenbar bestehender Communication mit dem Ohr zu dauerndem Verschluß gebracht. Im dritten Falle machte ein die motorische Zone einnehmender Defect, welcher außerordentlich heftige Kopfschmerzen hervorrief, die Heteroplastik dringend nothwendig. Seit $1^1/_2$ Jahren ist vollkommene Heilung eingetreten. Aus der Literatur hat Redner den erfreulichen Beweis für die ausgedehnte Verwendung des Celluloids bei Schädeldefecten entnehmen können, namentlich aus Mittheilungen der WÖLFLER'schen Klinik. So wurde z. B. das Celluloid als Ersatz des Infraorbitalknochens herangezogen, um das Herabsinken des Bulbus zu verhüten, sowie zum Ersatz des resecirten Oberkiefers. Gegenüber anderem Material besitzt das Celluloid den Vorzug der raschen und einfachen Verwendbarkeit. Seine Anwendung wird sich besonders bei pathologischen Defecten mit der Möglichkeit eines Recidivs sehr empfehlen. Daß die eingelagerte Celluloidplatte die Einlagerung granulirender Processe in die Schädeldecke verhindert, kommt namentlich bei corticaler Epilepsie in Betracht. Der Hauptwerth der Celluloidimplantation liegt in der Verhinderung einer Verwachsung der Operationsstelle mit der Schädeldecke und der Verhütung jeder Zerrung der Hirnrinde.

Discussion.

Jansen (Berlin): Auf der Universitäts-Ohren-Klinik kommen jährlich 40—50 Fälle von extraduralem Absceß in der hinteren Schädelgrube zur Behandlung. Diagnosticirbar sind vor Allem die Fälle von Sklerose des Warzenfortsatzes mit Eindringen des Eiters in die Schädelgrube. Von 24 Fällen mit Sinusthrombose wurden 11 durch die Operation geheilt. Bei eiterigem Inhalt des Sinus wurde die vordere Wand excidirt, bei Thrombose der Jugularis diese unterbunden. Verhängnißvoll ihrer schweren Diagnosticirbarkeit wegen sind häufig die Fälle von extraduralem Absceß mit Durchbruch des Labyrinthganges in die hintere Schädelgrube. Zu erkennen sind sie nicht sel en an den Erscheinungen der Labyrintheiterung. Von zwei operirten Fällen. in denen Redner durch das Vestibulum in die hintere Schädelgrube eindrang, ist einer geheilt, einer gestorben.

Czerny (Heidelberg) empfiehlt bei deprimirten Schädeldefecten die Entnahme eines Knochenperiostlappens aus der Tibia; der Erfolg war in 2 Fällen ein vorzüglicher.

v. Bramann (Halle) hat vor 3 Jahren bei einem Pat. wegen Lähmung der linken Seite, Stauungspapille und häufigen Krämpfen einen Tumor von 280 Grm. Größe aus der rechten großen Hemisphäre mit günstigem Erfolge entfernt. Nur eine Lähmung des Arms ist zurückgeblieben, die übrigen Erscheinungen sind dauernd verschwunden, Pat. kann sein Geschäft leiten.

Barth (Marburg) hat experimentell festgestellt, daß der organische knöcherne Verschluß hauptsächlich durch Ausnützung der Kalksalze der implantirten Knochenstücke zu Stande kommt. Auch ausgeglühte Knochenstücke, in denen die organischen Substanzen zerstört und nur die Kalksalze erhalten sind, führen zu vollständigem Verschluß eines Knochendefectes und ergeben dieselben histologischen Vorgänge, wie beim lebenden Knochen. Besonders interessant war der Nachweis, daß man auch durch Implantation von Knochenkohle Neubildung von Weichtheilen erreichen kann. Bei einer Katze, welcher Redner Knochenkohle in die Bauchhöhle eingeheilt hatte, fand er 6 Wochen später in verschiedenen Theilen der Bauchhöhle eine mikroskopisch nachweisbare Neuanlage von Knochen. —r.

CRAMER (Köln): **Resection aller Fußwurzelknochen.**

Redner hat die totale Resection aller Fußwurzelknochen im letzten Jahre 6mal mit gutem Erfolge ausgeführt. Für die Operation ist der dorsale Querschnitt zu empfehlen, der Weichtheile und Knochen in ausgiebiger Weise freilegt. Das Resultat ist eine beträchtliche Verkürzung, aber freie Beweglichkeit des Fußes mit großer Gehfläche.

CRAMER (Köln): **Behandlung des Ellbogen-Schlottergelenks.**

Ellbogen-Schlottergelenk entsteht zumeist durch chirurgischen Eingriff mit ungenügender Adaption. Die Behandlung besteht in der Bildung entweder eines ankylotischen oder eines festen Gelenks. BARDENHEUER hat in neuerer Zeit sehr gute Resultate dadurch erzielt, daß er die Ulna keilförmig anfrischt und in dem entsprechend angefrischten Humerus einfügt.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 10. Mai 1895.

Psoriasis im Säuglingsalter.

RILLE demonstrirt ein $5^1/_2$ Wochen altes Kind mit Psoriasis vulgaris. Der Vater des Kindes leidet an derselben Krankheit. Psoriasis in so frühem Lebensalter gehört zu den größten Seltenheiten. In dem demonstrirten Fall ist fast die ganze Hautoberfläche von Psoriasis vulgaris-Efflorescenzen bedeckt, allerdings stellenweise durch ein universelles Eczem verdeckt.

Ueber ein neues Antisyphiliticum, Jodquecksilberhämol.

RILLE berichtet über die Erfahrungen mit dem an der Klinik NEUMANN in Anwendung gezogenen, von KOBERT dargestellten Jodquecksilberhämol. Dasselbe wurde bisher in 25 Fällen von Syphilis in allen Stadien und Formen angewendet, und es ergab sich zunächst, daß dieses Präparat gegenüber den anderen, innerlich gegebenen Quecksilberpräparaten gewisse Vorzüge besitzt, indem es nur in kaum einem Drittel der Fälle Erscheinungen von Seiten des Darmcanals und Salivationen erzeugte, Symptome, die aber niemals so beträchtlich wurden, daß sie zu einem Aussetzen des Mittels gezwungen hätten. Eine eigentliche Mercurialstomatitis ist überhaupt niemals eingetreten. Als geeignetste Dosirung erwies sich die Gabe von täglich 6 Pillen von einer Masse, bei welcher 10 Grm. des Mittels zu 50 Pillen verarbeitet worden waren, wobei sich als mittlere Behandlungsdauer eines recenten maculösen Syphilides der Zeitraum von 16 Tagen ergab. Neben der specifischen Wirkung war ein tonisirender und roborirender Einfluß des Mittels nicht zu verkennen.

Zur operativen Behandlung des Lupus vulgaris.

LANG stellt eine Pat. vor, bei welcher ausgedehnte lupöse Infiltrate des Gesichtes, der Arme und der Oberschenkel durch Exstirpation mit nachträglicher Deckung nach THIERSCH und, soweit dies möglich, mit directer Vereinigung zur Heilung gebracht worden waren. L. hebt den großen Werth dieser Methode für die Praxis hervor, deren Prävalenz vor den übrigen Methoden von den Dermatologen bereits anerkannt werde. An den operirten Stellen entwickeln sich zwar nach einiger Zeit gewisse Schwielenzüge, die aber, wenn sie ein gewisses Maximum erreicht haben, wieder verschwinden, so daß die Narbe schließlich glatt und blaß ist. Narbenretractionen, welche sich bisweilen einstellen, gestatten leicht eine nachträgliche Correctur.

Zur Behandlung des Darmprolapses.

WEINLECHNER stellt einen Pat. vor, welchen er vor 4 Jahren wegen ringförmigen Carcinoms des Rectums nach KRASKE operirt hatte, und bei welchem sich zwar kein Recidiv, wohl aber ein mächtiger Prolaps des Mastdarms entwickelt hatte. W. gedenkt denselben nach seiner Methode durch Abbindung über einem starren in das Lumen des prolabirten Darmes eingeführten Cylinder zu beseitigen.

v. DITTEL anerkennt die Vorzüge der Abbindungsmethode gegenüber den schneidenden Verfahren mit Hinblick auf den großen Blutverlust bei letzteren. Mit Rücksicht auf einen Fall, bei welchem ihm der in den Prolaps eingeführte Cylinder in den Darm hineinschlüpfte, hat v. D. eine Modification angebracht, welche darin besteht, daß er durch das untere Ende des Cylinders einen gebogenen Stab führt, welcher sich mit seinem Ende an die Crena ani und mit einer Pelotte an das Kreuzbein anlehnt, wodurch ein Rutschen des Cylinders vermieden wird.

WEINLECHNER verwendet in den Fällen, in welchen die einfache Ligatur nicht genügt, eine Art Zwirnspule.

HOFMOKL hat das Abbindungsverfahren in 3 Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt, ist aber dabei so vorgegangen, daß er durch den Cylinder eine lange Nadel durchsteckte, hinter welcher unterbunden wurde.

Ueber das Verhalten der Alloxurkörper im pathologischen Harne.

R. KOLISCH berichtet in vorläufiger Mittheilung über gemeinsam mit DOSTAL an der Klinik NEUSSER ausgeführte Untersuchungen, die das Verhalten der Alloxurkörper im pathologischen Harn zum Gegenstande haben. Unter dem Namen Alloxurkörper werden die Harnsäure und die Nucleinbasen zusammengefaßt, da dieselben chemisch und physiologisch zusammengehören. Stickstoffbestimmungen haben nun ergeben, daß der gesammte Alloxurkörperstickstoff normaler Weise im 24stündigen Harn 0·2—0·3 Grm. beträgt. Diese Zahl kann unter pathologischen Verhältnissen eine Veränderung erfahren, die den Alloxurkörperstickstoff als Ganzes betrifft, oder sich auf die einzelnen Componenten, Harnsäure und Basen, bezieht. Eine Steigerung des Gesammt-Alloxurkörperstickstoffes erhält man durch Fütterung mit nucleinhaltigem Material, und dasselbe Resultat hat auch ein excessiver Zerfall von Leukocyten. Der Typus dieser Gruppe ist die Leukämie, bei welcher die Alloxurkörper demgemäß in toto vermehrt sind, was mit der Lehre von HORBACZEWSKI über den Ursprung der Harnsäure aus den Leukocyten im Einklang steht. Eine Vermehrung der Alloxurkörper wurde aber auch bei einer Gruppe von Krankheitsfällen ohne gleichzeitige Hyperleukocytose gefunden, nämlich bei Uratikern. Nun hat NEUSSER im Anschluß an seine Entdeckung von der perinuclearen Basophilie die Annahme gemacht, daß die um den Zellkern gruppirten Granula der Ausdruck einer Ueberproduction des Zellkernes sind und dem Nuclein nahe stehen. Wenn nun bei uratischer Diathese, die mit perinuclearer Basophilie einhergeht, gleichzeitig eine Steigerung der Alloxurkörper im Harne auftritt, so liegt es nahe, den von NEUSSER vermutheten Nucleinreichthum der Leukocyten für dieselbe verantwortlich zu machen, wodurch sich auch der scheinbare Widerspruch mit der Lehre HORBACZEWSKI's erklären ließe.

Was nun die Veränderungen des Alloxurkörperstickstoffes bei gleichbleibender Größe durch Vermehrung des Alloxurbasenstickstoffes betrifft, so ist dieses Verhältniß zunächst gegeben durch excessive Herabsetzung der oxydativen Processe (Anämie mit acutestem Blutzerfall), in viel größerem Maße aber durch Alteration gewisser Zellgruppen und ganz besonders des Nierenparenchyms. In sämmtlichen untersuchten Fällen von Nephritis fand sich stets eine Verminderung des Harnsäure- und eine Vermehrung des Basenstickstoffes. Auf Grund dieser Untersuchungen stellt K. mit Rücksicht auf das Verhalten der Alloxurkörper im pathologischen Harne folgendes Schema auf:

I. Vermehrung der Alloxurkörpersumme.

1. Leukämie.
2. Uratische Diathese.

II. Gleiche Summe, Vermehrung der Basen, Verminderung der Harnsäure.

1. Acuter Blutzerfall.
2. Nephritis.

Vom praktischen Standpunkt gibt der Nachweis der Alloxurkörpervermehrung, zusammengehalten mit der perinuclearen Basophilie, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung der Gicht, während die Vermehrung der Basen bei gleichzeitiger Herabsetzung der Harnsäure ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal darstellt, welches bereits bei der Differenzirung von Nephritis, Stauungs- und anderweitigen Albuminurien gute Dienste geleistet hat.

Ueber die Consequenzen, welche sich aus diesen Thatsachen für die Therapie ergeben, behält sich Redner weitere Ausführungen vor.

Polypöses Sarcom der Blase im jugendlichen Alter.

AD. KLEIN stellt einen Knaben vor, bei welchem er durch Sectio alta einen Tumor aus der Blase entfernt hatte, der sich als polypöses Sarcom erwies und circa 1 Jahr hindurch bei dem Kinde die heftigsten Harnbeschwerden verursacht hatte. Der Tumor war im Fundus nach links gelegen, hatte die Größe einer Nuß und war durch einen circa 4 Mm. langen Stiel mit der Blasenwand verbunden. Die Heilung war eine glatte; Pat. ist gegenwärtig von seinen Harnbeschwerden gänzlich befreit.

v. HACKER: Ueber Magenoperationen bei Carcinom und narbigen Stenosen.

An der Hand der von BILLROTH und seinen Schülern in den Jahren 1880 bis 1894 ausgeführten Operationen (54 Resectionen und 55 Gastroenterostomien) bespricht Vortr. die diesbezüglichen Verhältnisse. Für das Carcinom haben die Erfahrungen der letzten Jahre neuerdings bestätigt, daß durch die Operation ein Dauererfolg nur in Ausnahmsfällen erzielt wird, daß aber durch die Gastroenterostomie das Leben der Kranken durch Monate, ja sogar Jahre zu einem erträglichen gemacht wird, und daß auch der Resection jahrelanges Wohlbefinden folgen kann.

Die Hauptbedeutung der Magenchirurgie ist in der Behandlung der narbigen Stenosen zu suchen. v. H. bespricht zunächst den Werth der Gastrostomie bei tiefsitzenden Oesophagusstricturen zum Zwecke der Sondirung ohne Ende, welche Methode er in einigen Fällen von Verätzungsstricturen mit glänzendem Erfolge ausgeführt hat. Für die narbigen Stenosen am Magen selbst kommen mehrere Methoden in Betracht. Bei Pylorusstenosen hat v. H. den Eindruck, daß, wenn auch die Resection glänzende Resultate geben kann, die leichter auszuführende und weniger eingreifende Gastroenterostomie zu selten ausgeführt wird, obwohl sie den Effect einer Radicaloperation haben kann. Für die Resection eignen sich nur gut bewegliche und wenig verwachsene Stenosen. Die Gastroenterostomie führt v. H. in der von ihm angegebenen Methode als Gastroenterostomia rectrocolica posterior aus; er kann nicht begreifen, daß dieselbe von einigen Seiten als zu complicirt hingestellt wird.

v. H. bespricht weiters die bei Sanduhrmagen eventuell in Betracht kommenden Operationen und stellt schließlich vor: 1. Einen Pat., bei welchem im Februar 1892 wegen Carcinom die Pylorusresection ausgeführt wurde, und welcher bisher völlig arbeitsfähig und ohne Beschwerden ist. 2. Einen im Mai 1892 operirten Fall von eigroßer Schwiele des Pylorus nach Ulcus, bei welchem die Gastroenterostomie und zweizeitige Eröffnung der Gallenblase mit Entfernung mehrerer Gallensteine ausgeführt wurde. 3. Eine Pat., bei welcher eine analoge Operation vor 4 Wochen ausgeführt wurde und 4. eine Pat., bei welcher vor 8 Jahren wegen Schwiele nach Ulcus der Pylorus resecirt wurde. Pat. befindet sich gegenwärtig ausgezeichnet, ihr Gewicht ist von 31·5 Kgrm. vor der Operation auf einige 70 Kgrm., die sie gegenwärtig wiegt, gestiegen.

Ein neuer gymnastischer Apparat.

ISOR STEIN demonstrirte den von ihm construirten gymnastischen Apparat. Das System des „Exerciteur" besteht darin, daß elastische Paragummischläuche bei der Ausübung von Arm-, Fuß-, und Rumpfbewegungen dem Uebenden Widerstand leisten. Außerdem werden auf einer verstellbaren, schiefen Ebene die Wadenmuskeln durch Streckbewegungen gekräftigt. Die Gummischläuche sind empirisch geaicht, und kann eine jede Arbeitsleistung durch Messung der Verlängerung der Gummischläuche während der Bewegung bestimmt werden. Mit dem Apparat lassen sich 14 Widerstandsübungen, außerdem mehrere Uebungen mit einseitiger Belastung zur Behandlung der Verkrümmungen der Wirbelsäule ausführen. Der Apparat ist vermöge sein Verstellbarkeit bei jeder Körpergröße und jedem Kräftezustande verwendbar.

Bs.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 1. Mai 1895.

Vorsitzender: Prof. OBERSTEINER.

Doc. Dr. v. FRANKL-HOCHWART: Ueber den MÉNIÈRE'schen Symptomencomplex.

(Erscheint ausführlich.)

Discussion:

Dr. Kaufmann: Die Otiater bezeichnen nicht alles Das, was Dr. v. FRANKL MÉNIÈRE'schen Symptomencomplex nennt, als solchen. Sie sind nicht gewohnt, gleich an MÉNIÈRE'schen Complex zu denken, wenn z. B. bei einer acuten Entzündung des Mittelohres oder nach einer Ohrausspritzung Schwindel, Erbrechen und Ohrensausen auftreten. Sie bezeichnen nur das als MÉNIÈRE'schen Complex, wenn eine Blutung oder sonstige Erkrankung des Labyrinthes vorhanden ist oder supponirt wird. Redner glaubt, daß die Eintheilung v. FRANKL's noch mehr zur Verwirrung beitragen werde. Man muß suchen, durch pathologisch-anatomische Untersuchungen Klarheit in die Sache zu bringen. Redner möchte sich als Ohrenarzt dagegen verwahren, Schwindel, Erbrechen und Ohrensausen, die so häufig vereint vorkommen, als MÉNIÈRE'schen Complex zu bezeichnen.

Doc. Dr. v. Frankl meint, daß er mit seiner Ansicht nicht allein dastehe, daß die meisten Ohrenärzte den MÉNIÈRE'schen Complex im Gegensatze zur MÉNIÈRE'schen Krankheit anerkennen. Er weicht nur darin von der von POLITZER angegebenen Eintheilung ab, daß er statt MÉNIÈRE'scher Krankheit einen MÉNIÈRE'schen Symptomencomplex mit apoplektischem Typus annimmt.

Dr. Alt meint, daß Doc. Dr. v. FRANKL von seinem Standpunkte aus Recht habe; er habe aber einen anderen Umstand nicht erwähnt. Soll die MÉNIÈRE'sche Trias kurz dauernd sein oder längere Zeit anhalten? Derartige Fälle von MÉNIÈRE'scher Trias kommen sehr häufig vor. Sie sind transitorisch und man spricht da von subjectiven Beschwerden, die eventuell leicht zu beheben sind, ohne daß man in jedem dieser häufigen Fälle von vorübergehender Erkrankung gleich an den MÉNIÈRE'schen Symptomencomplex denke. Redner fragt, ob der Vortr. auch dann von MÉNIÈRE'schem Complexe spreche, wenn die Affection kurz dauert und nicht wiederkehrt.

Doc. Dr. v. Frankl: Das ist ein MÉNIÈRE'scher Anfall.

Doc. Dr. Pollak: Man bezeichnet als MÉNIÈRE'sche Erkrankung eine Erkrankung, die als Blutung des Labyrinthes auftritt. Neben dieser seltenen Affection — Redner selbst hat nur 3 Fälle gesehen — kommt eine Reihe von der MÉNIÈRE'schen Krankheit ähnlichen Symptomencomplexen vor, die mit der eigentlichen MÉNIÈRE'schen Krankheit nichts zu thun haben und auf verschiedener Grundlage basiren. Redner glaubt, daß man nur der Abkürzung wegen den Ausdruck MÉNIÈRE'scher Complex annimmt.

Doc. Dr. v. Frankl betont noch einmal, daß er sich von den Anderen nur dadurch unterscheidet, daß er einen MÉNIÈRE'schen Symptomencomplex mit apoplektischem Typus aufstellt.

Doc. Dr. Herz bemerkt, daß man nur dann, wenn man ein Anatomisches Schema aufstelle, im Stande sein werde, die vollständige Lähmung des Gleichgewichtssinnes als Ausfall der Labyrinthfunction in das System einzureihen. Er erinnert an einen im physiologischen Club vorgestellten hiehergehörigen Fall. Ferner hält H. es nicht für gerechtfertigt, den MÉNIÈRE'schen Symptomencomplex bei Mittelohrerkrankungen von den Labyrinthaffectionen abzutrennen, weil der Schwindel in diesen Fällen wahrscheinlich einer Erhöhung des Labyrinthdruckes vom Stapes oder der Fenestra rotunda aus entspreche. J. MÜLLER habe in einem Falle durch Durchschneidung von Adhäsionen des Steigbügels einen continuirlichen Schwindel beseitigt.

Doc. Dr. v. Frankl meint, daß die Versuche der Otiater meist für das Labyrinth sprechen. Das ist aber nicht ganz sicher, weil die nekroskopischen Untersuchungen noch so gering sind.

Dr. Pins bemerkt, daß auf die Manègebewegungen gar kein Gewicht gelegt wurde. Er hält dieselben für sehr charakteristisch. Wenn man als integrirenden Bestandtheil der MÉNIÈRE'schen Krankheit die Manègebewegungen ansieht, so darf man die anderen Fälle nicht als MÉNIÈRE'sche Erkrankung hinstellen, sondern man muß den Namen MÉNIÈRE'scher Complex als Abkürzung für die MÉNIÈRE'sche Trias annehmen. Was ferner die von Dr. v. FRANKL erwähnte Differentialdiagnose zwischen epileptischen Anfällen und dem MÉNIÈRE'schen Complexe betrifft, so bemerkt Redner, daß epileptische Anfälle auch von vorübergehenden Reizen im Gehörorgane ausgelöst werden können. Er weist auf eine Arbeit von BOUCHERON hin, der viele Fälle nicht als epileptische, sondern als MÉNIÈRE'sche Complexe in Folge von Mittelohrcatarrhen hinstellt. Redner selbst hat es erlebt, daß durch einen Reiz bei einer Polypenoperation im Mittelohre ein wohl charakterisirter epileptischer Anfall ausgelöst wurde.

Doc. Dr. v. Frankl meint, daß Manègebewegungen bei MÉNIÈRE'scher Krankheit nicht immer auftreten müssen. Was die Differentialdiagnose mit der Epilepsie betrifft, so ist dieselbe sehr oft unmöglich.

Notizen.

Wien, 11. Mai 1895.

(Oberster Sanitätsrath.) In der am 4. d. M. abgehaltenen Sitzung sprach sich der Oberste Sanitätsrath gegen die sanitäre Zulässigkeit von Tropfbier und Bierresten zum gewerbsmäßigen Ausschank aus und empfahl auf Grund der Sectionsergebnisse von 79 Pferden, welche nach Mallein-Impfungen die charakteristische Fieberreaction gezeigt hatten und zum weitaus größten Theile mit Bestimmtheit rotzkrank befunden wurden, die weitere Fortsetzung und Prüfung dieser diagnostischen Impfmethode bei rotzverdächtigen Pferden. Hierauf gelangte ein von Professor WEICHSELBAUM eingebrachter Initiativantrag zur Verhandlung und einstimmigen Beschlußfassung, in welchem auf die andauernd fühlbaren nachtheiligen Wirkungen hingewiesen wurde, welche durch die den Zeitverhältnissen und den wichtigen öffentlichen Dienstleistungen der landesfürstlichen Bezirksärzte nicht entsprechende materielle und dienstliche Stellung derselben, sowie durch den Mangel eines organisirten höheren sanitären Inspectionsdienstes auf die Handhabung und zeitgemäße Entwicklung des staatlichen Sanitätsdienstes, sowie auf die Entfaltung einer umfassenderen Thätigkeit des Obersten Sanitätsrathes selbst ausgeübt werde. Der Oberste Sanitätsrath erneuerte seine schon in früheren Jahren von ihm ausgegangene Anregung, daß dem gedachten Mangel in der Organisation des staatlichen Sanitätsdienstes baldigst abgeholfen werden möge. — Zum Schlusse gelangten die sanitären Verhältnisse, welche durch die Folgen des Erdbebens in Laibach und Umgebung verursacht werden, zur Discussion. Der Vorsitzende Hofrath R. v. HOFMANN theilte seine aus persönlichem Augenscheine geschöpften Wahrnehmungen über die bedauernswerthe Lage der Bewohner Laibachs, sowie über die mit Umsicht getroffenen Maßnahmen zur Linderung der Nothlage derselben mit, durch welche bisher eine wesentliche Störung der Gesundheitsverhältnisse der Bewohner hintangehalten wurde. Der Oberste Sanitätsrath gelangte nach eingehender Erörterung des Gegenstandes zu dem Schlusse, daß ungeachtet der derzeit noch günstigen Gesundheitsverhältnisse in Laibach und Umgebung mit Rücksicht auf die voraussichtlich lange Dauer der Störungen in den Wohnungs- und Lebensverhältnissen der Bewohner zukünftigen Krankheitsgefahren durch planmäßige prophylaktische Vorsorge in sanitärer Beziehung vorgebeugt und die anläßlich dieser unerwarteten Katastrophe gemachten Erfahrungen zum Ausgangspunkte genommen werden mögen, damit im Wege der staatlichen Subvention und der Vereinbarung mit der bestens organisirten „Gesellschaft vom rothen Kreuze", welche auch bei dem gegenwärtigen traurigen Anlasse zur raschen freiwilligen Hilfeleistung sich bereit fand, eine stets rechtzeitige und ausreichende Bereitstellung öffentlicher Hilfeleistung beim Eintritte von Leben und Gesundheit bedrohenden Naturereignissen oder Epidemien gesichert werde.

(Wiener Aerztekammer.) In der dieswöchentlichen Vollversammlung der Wiener Kammer wurde an Stelle des verstorbenen Reg.-R. Dr. GAUSTER der bisherige Vicepräsident Primararzt Doctor JOSEF HEIM zum Präsidenten und Vorstandsmitglied Dr. JOSEF SCHOLZ zum Vicepräsidenten gewählt. In den Vorstand wurde Dr. JOS. KORNFELD einstimmig berufen.

(Die Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes in Wien.) In der am 7. d. M. stattgehabten Plenarsitzung des Wiener Gemeinderathes wurde das seinem wesentlichen Inhalte nach von uns bereits mitgetheilte Referat des Vicebürgermeisters Doctor RICHTER, die definitive Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes betreffend, angenommen, nicht ohne daß von gewisser Seite auch bei diesem Anlasse der confessionellen Hetze, die im Wiener Rathhause in Permanenz erklärt ist, reichlicher Tribut gezollt worden wäre. Das Referat selbst, auf welches eingehend zurückzukommen wir uns vorbehalten, spricht sich gegen die beabsichtigte Regelung des Gemeinde-Sanitätsdienstes im Wege der Landesgesetzgebung aus und bestimmt die Stellung und die Agenden des Stadtphysicus, seiner beiden Stellvertreter, der Physicats-Assistenten, der städtischen Bezirksärzte und der „städtischen Aerzte für Armenbehandlung und

„Todtenbeschau". Bezüglich der Besoldung der beiden letztgenannten Kategorien von Amtsärzten wurde eine, wenn auch nur mäßige Erhöhung der vom Referenten beantragten Bezüge im Stadtrathe selbst beschlossen, indem bestimmt wurde, es seien 6 städtische Bezirksärzte in der Rangclasse VIII und 8 Bezirksärzte in den Rangclassen IX a und b, ferner 57 Stellen von städtischen Aerzten für Armenbehandlung und Todtenbeschau in der Rangclasse X b zu systemisiren. Für das Stadtphysicat wurden drei Physicatsassistenten in der letztgenannten Rangclasse bestellt. Die definitiv angestellten städtischen Aerzte der Bezirke I—X, welche in Zukunft als städtische Bezirksärzte fungiren werden, erhalten ihre neuen Bezüge nach Maßgabe ihrer Einreihung in die Rangclassen vom 1. des auf den Gemeinderathsbeschluß folgenden Monates an. Die übrigen Bezirksärzte, sowie die städtischen Aerzte für Armenbehandlung etc. erhalten die systemisirten Bezüge vom Tage ihrer Ernennung, resp. Einreihung unter Wahrung allfälliger Ansprüche auf höhere Bezüge, als die systemisirten. — Den ersten Schritt zur Einführung eines ärztlichen Nachtdienstes in Wien bedeutet wohl jene Bestimmung des § 54 der neuen Instruction, welche die städtischen Amtsärzte verpflichtet, im Falle der Gemeinderath dies anzuordnen findet, die erste Hilfeleistung zur Nachtzeit gegen separate Honorirung seitens der Gemeinde zu leisten.

(Landwehrärztliches Officierscorps.) Nachfolgende Aerzte wurden in den Activstand der k. k. Landwehr übersetzt: a) Vom Activstande des k. u. k. Heeres: Reg.-A. I. Cl. Dr. JOHANN BUCKL, Reg.-A. II. Cl. Dr. GOTTFRIED JORDAN; b) vom Reservestande des k. u. k. Heeres: Assist.-A. Dr. H. R. v. SCHULLERN; c) vom nichtactiven Stande der Landwehr: Reg.-A. II. Cl. Dr. CARL STERN, die Reg.-Ae. II. Cl. Dr. VICTOR MALFÈR, Dr. ED. BEILICH, Dr. SAM. NESCHLING, Dr. AD. SCHWARZ; die Ass.-Ae. Dr. NACHMIEL DEM, Dr. FRANZ EHMER und Dr. FRANZ KMINEK unter gleichzeitiger Ernennung zu Oberärzten.

(Der Sanitätsdienst im [illegible]hinesisch-japanischen Kriege.) Der kürzlich beendete [illegible]ätige Feldzug Japans gegen China hat den neuerlichen Beweis [illegible] die Erfahrung erbracht, daß die Schlagfertigkeit einer Armee [illegible]cht zum geringsten Theile von der Entwicklung ihres Sanitätswe[illegible]s abhängig ist. Die chinesischen Truppen entbehrten jedw[illegible]r ärztlichen Intervention. Wie Dr. DUGALD CHRISTIE, welcher [illegible]dem vom Rothen Kreuze ausgerüsteten Feldspital in Mukden zugetheilt war, berichtet, gab es in der chinesischen Armee weder Chirurgen, noch Spitäler. Die Verwundeten wurden einfach ihrem Schicksal überlassen; gelang es ihnen, ein Dorf oder eine Stadt zu erreichen, so erhielten sie Pflege; die anderen starben, wo sie gefallen waren, falls nicht Kameraden, durch Mitleid oder Aussicht auf Entgelt bewogen, sie nach einem Zufluchtsorte brachten. Im Uebrigen soll die Hoffnung solcher Verwundeter, entsprechende Hilfe bei den eingeborenen Aerzten zu finden, sehr gering gewesen sein, da diese, jedweder chirurgischen Kenntnisse entbehrend, sich zumeist darauf beschränkten, die Wunden mit Harzpflaster zu bedecken. Einzelne gossen in die Schußöffnungen Quecksilber, um die Projectile „aufzulösen"; entleerte sich nach einiger Zeit metallisches Hg, so glaubte der Verwundete, die verflüssigte Kugel sei zum Vorschein gekommen. Ein in China sehr beliebtes Medicament ist der Staub einer pulverisirten verbrannten Ratte. — In erfreulichem Gegensatze zu diesen desolaten Zuständen stehen die sanitären Verhältnisse der japanischen Armee. Dieselbe zählte 380 Chirurgen und Apotheker, 970 Sanitätssoldaten und überdies 138 Aerzte und Wärter der Gesellschaft vom Rothen Kreuze. An zahlreichen Orten Japans waren Hilfsspitäler errichtet, die, Dank der Initiative der Kaiserin, mit Verbandmaterial etc. überreich ausgestattet waren. Dem Berichte des japanischen Chefarztes Dr. ISHIGURO ist zu entnehmen, daß die Mortalität der Verwundeten blos 4%, jene der Kranken 3% betragen hat, obgleich die Truppen in Corea durch Typhus, Dysenterie, sowie in Folge der ungünstigen klimatischen Verhältnisse sehr gelitten hatten. Erwägt man, daß im Bürgerkriege von Sassuma die mittlere Sterblichkeit 17% betragen hat, so kann man ermessen, welch bedeutende Fortschritte die ärztliche Kunst in Japan in kaum 25 Jahren aufzuweisen hat.

Ein neues Naturproduct bewirbt sich unter dem Titel **„Szegediner Petöfi-Bitterheilwasser"** um die Einführung in die Therapie. Dasselbe wirkt äußerst prompt und mild und ist daher indicirt bei **Magen- und Darmkrankheiten, Stuhlverstopfung, Frauenleiden etc.** Das neue Bitterwasser sei daher den Herren Aerzten bestens empfohlen.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 15. Mai 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. M. SCHEIN: Ueber das Wachsthum des Fettgewebes.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das Mai-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Der physische Rückgang der Bevölkerung in den modernen Culturstaaten, mit besonderer Rücksicht auf Oesterreich-Ungarn."** Von **Dr. Julius Donáth,** Universitätsdocent in Budapest.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 20. Sonntag den 19. Mai 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Mechanotherapeutische Mittheilungen

Von **Dr. Anton Bum** in Wien.

III. *)

Die mechanische Behandlung der Hemicranie. **)

M. H.! Der Symptomencomplex, den wir unter dem Namen „Hemicranie" zusammenzufassen gewohnt sind, hat seit jeher die verschiedenartigste pathogenetische Deutung erfahren. Von Aretaeus, welcher die „Heterocranie" zuerst definirte, bis zu Moebius, dessen Monographie über Migräne [1]) soeben die Presse verlassen hat, ist die Zahl der Ansichten der Zahl der Autoren fast aequipar.

Die Hemicranie wurde als Magenneurose (Tissot), als Hysteria cephalica (Schönlein), als Neuralgia cerebralis (Romberg) bezeichnet; Dubois-Reymond hat einen halbseitigen Tetanus der Blutgefäße als Ursache der Anfälle erklärt, Möllendorf eine Lähmung der Sympathicusfasern, weshalb man von einer Hemicrania sympathico-tonica und einer H. angioparalytica sprach und die H. vasomotoria lange Zeit im Vordergrunde der Discussion stand.

Von Galezowski, Féré u. A. wurde der Zusammenhang zwischen H. und Augenerscheinungen beobachtet, von Charcot die Beziehungen der H. zu Tabes, Paralyse und Hysterie dargethan.

Liveing und Moebius haben die Migräne der Epilepsie an die Seite gestellt und als Pendant des Status epilepticus den Status hemicranicus geschildert.

In seiner jüngsten Publication erklärt Moebius die Migräne als eine Form der ererbten Entartung, die in der Mehrzahl der Fälle durch gleichartige Vererbung entsteht und als krankhafte Veränderung des Gehirns (hemicranische Veränderung) aufzufassen ist, vermöge deren der Kranke von Zeit zu Zeit bald ohne nachweisbare Veranlassung, bald auf diese oder jene Veranlassung hin Migräneanfälle bekommt.

Während Moebius jeden Zusammenhang zwischen H. und Rheumatismus, respective Gicht leugnet, wird derselbe von französischen und englischen Autoren betont. So konnte Charcot unter 30 arthritischen Frauen 12 mit heftiger Migräne finden.

Wenn wir die Literatur des Gegenstandes sichten, so finden wir folgende Hauptgruppen von Autoren:

1. Solche in großer Zahl, welche die H. durch die Erkrankung bestimmter Nervenbahnen (Sympathicus, respective Trigeminus) erklärt wissen wollen. An diese schließen sich Vertreter der Anschauung, daß bei hiezu disponirten Individuen der schwankende Blutgehalt der Hirngefäße durch Reizung der Trigeminus-Endigungen in Dura und Pia den Anfall auslöst (Eulenburg).

2. Solche, welche die H. auf Veränderungen in der Gehirnrinde zurückführen.

3. Anhänger der Reflextheorie, von welcher ich gleich sprechen werde.

Diese divergirenden Anschauungen über das Wesen des Symptomencomplexes, Migräne genannt, legen wohl die Annahme nahe, daß wir es hier nicht mit einem gleichwerthigen, d. h. stets durch die gleiche Ursache bedingten Leiden zu thun haben (Rosenbach). So haben die Untersuchungen über die Abhängigkeit einzelner Fälle von H. von Erkrankungen der Nasenschleimhaut und der Zähne gezeigt, daß der hemicranische Anfall nicht selten auf dem Wege des Reflexes hervorgerufen werden kann, wofür der unzweifelhafte Erfolg der Nasenbehandlung in einzelnen, wenn auch nicht zahlreichen Fällen spricht.

In einer ähnlichen Beziehung zur Hemicranie scheinen, wie seinerzeit Henschen [2]), später Norström und Rosenbach gefunden haben, als rheumatische Affectionen aufzufassende musculäre Erkrankungen der Kopfschwarte, sowie einzelner Gesichts- und Halsmuskeln zu stehen.

---

*) S. „Wiener Med. Presse", 1892, Nr. 46 u. 1893, Nr. 1.

**) Vortrag, gehalten im „Wiener Med. Club" am 13. Februar 1895.

[1]) P. J. Moebius, Die Migräne. Wien 1894.

[2]) S. E. Henschen, Studier öfver hufvudets nevralgier. Upsala 1881.

„Betastet man — sagt ROSENBACH [3]) — die schmerzhafte Kopfhälfte und übt einen mäßigen Druck auf die Weichtheile aus, so findet man zuweilen außer Hyperästhesie eine Reihe von schmerzhaften Stellen, ja ganze Bezirke größerer Schmerzhaftigkeit, die mit den bekannten Nervenschmerzpunkten Nichts gemeinsam haben, da sie eine abweichende Localisation besitzen und sich überhaupt nicht auf bestimmte Nervenbahnen zurückführen lassen. Diese schmerzhaften Stellen finden sich mehr oder minder ausgeprägt oberhalb des Arcus superciliaris, oberhalb des Jochbogens und ferner entsprechend einer vom Proc. mastoid. nach der Protuberantia occipit. ext. sich erstreckenden Linie (Linea semicircul. sup.), also an den Ansatzpunkten und im Verlaufe gewisser Muskeln, namentlich des Frontalis, Occipitalis und Temporalis. Nicht minder schmerzhaft sind in anderen Fällen der Sternocleidomastoideus und der obere, zwischen Linea semicircul. sup. ossis occipit., Spina scapulae und Acromion sich erstreckende Theil des Cucullaris."

ROSENBACH ist geneigt, das Auftreten dieser Myalgien auf eine ererbte rheumatische Constitution zurückzuführen und hat von jenen physikalischen Heilmethoden, welche — wie Massage, Faradisation und Galvanisation mit häufigen Stromschwankungen und -Unterbrechungen — die Muskeln zu energischer Contraction zwingen, ausnahmslos günstigen therapeutischen Einfluß beobachtet.

Zu ähnlichen Ergebnissen ist NORSTRÖM [4]) gelangt, welcher in zahlreichen Fällen von Cephalalgie, die unter dem Bilde der Hemicranie verlief, Verdickungen in der Musculatur des behaarten Kopfes, einzelner Gesichts- und Nackenmuskeln nachweisen konnte und durch methodische, genügend lange Zeit fortgesetzte Massage der Muskelinfiltrate Heilung erzielte. Er hat unter 32 Fällen 14mal Indurationen am oberen, 19mal am unteren Ende und im Verlaufe der Nackenmuskeln, 9mal an den vorderen seitlichen Hals- und Schultermuskeln, 2mal an den Schädeldecken, 3mal an den Schläfen beobachtet. In 2 Fällen will NORSTRÖM erhöhte Druckempfindlichkeit des oberen und mittleren Sympathicusganglion gefunden haben.

Meine eigene Erfahrung umfaßt bisher 17 Fälle myogener Hemicranie mit ausnahmslos seit Jahren bestehenden typischen Anfällen, die alle längere Zeit hindurch medicamentös, einzelne auch elektrisch und hydrotherapeutisch behandelt worden waren und deutlich nachweisbare Indurationen an Kopf-, Gesichts, Hals- und Schultermuskeln zeigten.

Diese Muskelschwielen imponiren dem tastenden Finger als halbelastische, bald weichere, bald derbere, zumeist rundliche, zuweilen längsovale, bei Contraction des betreffenden Muskels deutlicher hervortretende, stets sehr empfindliche, in das Muskelstroma eingebettete Knoten, die sich von Neuromen durch ihre Größe, von Lymphdrüsen durch ihre Consistenz unzweideutig differenziren. — Die von NORSTRÖM wiederholt beobachtete Druckschmerzhaftigkeit der Sympathicusganglien konnte ich in keinem Falle constatiren.

Diese 17 Fälle betrafen 11 Männer und 6 Frauen im Alter von 19—47 Jahren. Die Hemicranie betraf 12mal die linke, 5mal die rechte Kopfhälfte ausschließlich oder doch in erhöhtem Grade. Die dieser Kopfhälfte entsprechenden Indurationen fanden sich

4mal . . im M. occipitalis
3mal . . „ „ occipitalis und cucullaris
1mal . . „ „ sternocleidomast.
2mal . . „ „ sternocleid. und cucullaris
1mal . . „ „ frontalis
1mal . . „ „ frontalis und temporalis
1mal . . „ „ temporalis, occipitalis und cucullaris
1mal . . „ „ frontalis, temporalis, occipitalis und cucullaris
1mal . . „ „ Platysma myoides
2mal . . „ „ Galea aponeurotica und im occipitalis.

In mehreren Fällen waren Gichtattaquen vorhergegangen, in 9 Fällen ergab die Harnanalyse zumeist hochgradige Vermehrung der Harnsäureausscheidung.

Die Behandlung bestand lediglich in methodischer, täglich oder fast täglich vorgenommener Massage der indurirten Stellen. Der Erfolg war in 13 Fällen ein positiver; die Anfälle wurden seltener und minder intensiv; Schädlichkeiten, die früher mit Sicherheit einen Anfall herbeiführten, blieben ohne nachtheiligen Einfluß. Acht Fälle, die ich noch jetzt, nach 3—9 Jahren, ab und zu zu sehen Gelegenheit habe, sind seit Beendigung des Heilverfahrens anfallsfrei geblieben; 4 Fälle habe ich, nachdem die Behandlung beendigt, d. h. die Muskelinfiltrate verschwunden, die Anfälle seltener und leichter geworden waren, aus den Augen verloren; sie hatten versprochen, sich zu melden, falls ihr Befinden sich wieder verschlechtern sollte.

In einem Falle trat nach 8 Monaten Recidive auf.

3 Fälle entzogen sich der immerhin unangenehmen Behandlung vor Abschluß derselben, und ein Fall ist nach 14tägiger, kein nennenswerthes Resultat aufweisender Behandlung abgereist.

Die Dauer der Behandlung bei den geheilten Fällen betrug im Minimum 5 Wochen, im Maximum 4 Monate.

Aus meiner Casuistik will ich nur einen ganz besonders prägnanten Fall, den ich bereits mitgetheilt [5]), hervorheben.

Ein 40jähriger Mann litt seit seiner Pubertätszeit an heftigen, rechtsseitigen hemicranischen Anfällen, welche zumal in den beiden letzten Jahren 1—2mal wöchentlich auftraten und den Kranken in seinem verantwortungsvollen Berufe empfindlich störten. Die Anfälle begannen mit Druckgefühl im Hinterhaupte, das sich binnen 1 bis 2 Stunden in lebhafte, über die rechte Kopfhälfte ausstrahlende Schmerzen mit allgemeiner Abgeschlagenheit, zuweilen Brechreiz und Erbrechen verwandelte und fast immer 10—14 Stunden währte. In den letzten Monaten rief jede ungewohnt rasche Bewegung des Kopfes, jede Eisenbahn- und Wagenfahrt fast regelmäßig einen Anfall hervor, so daß der vielseitig behandelte Patient, nur ungern der Weisung seines Arztes folgend, die Massagebehandlung aufsuchte. Ich sah den Kranken zum erstenmale anfangs März 1885, wenige Stunden nach einem heftigen Anfall. Der sehr gut genährte, kräftige Kranke bot das Bild strotzender Gesundheit. Sein Schädel ist sehr spärlich und fast nur in den Schläfengegenden und am Occiput behaart. Hier, am M. occipitalis, findet nun die untersuchende Hand hart am Rande der Behaarung vier fast gleich erbsengroße, derbe, unverschiebliche Indurationen, deren Betastung den Eindruck macht, als ob sie nicht auf, sondern unter dem Occipitalis auf der Galea säßen. Concentrischer Druck auf eines der Knötchen ruft keinen Schmerz, sondern, wie Patient sich ausdrückte, lediglich ein „recht unbehagliches Gefühl" der rechten Kopfhälfte hervor. Nach der ersten Massagesitzung, in welcher neben Effleurage der betroffenen Schädelhälfte energische Knetung der Infiltrationen vorgenommen wurde, erfolgte ein hemicranischer Anfall von mehrstündiger Dauer, der in tiefen Schlaf überging, aus welchem der Kranke am Morgen schmerzlos erwachte. Nach der neunten der anfänglich durch 5, später durch 10—15 Minuten täglich vorgenommenen Massagesitzungen kam es zu einem, zwei Stunden währenden leichten Migräneanfall, der seither nur ab und zu, und zwar sehr schwach, sich wiederholte. Inzwischen zwei schwere Anfälle. Nach dreimonatlicher täglicher Behandlung unternahm der Kranke eine zweiwöchentliche Reise, während welcher kein Anfall aufgetreten war. Die Infiltrationen waren bis auf eine, am äußeren Rande des Occipitalis nachweisbare vollständig geschwunden, die nach zehn weiteren Sitzungen resorbirt war. Der Kranke, welcher mehr als 90 Massagesitzungen durchgemacht hatte, ist bis heute anfallfrei geblieben.

Bevor ich auf die Technik der Behandlung eingehe, obliegt es mir, zwei Fragen zu beantworten. Die erste, die eigentlich nur theoretisches Interesse besitzt, geht dahin, ob diese myogenen Cephalalgien auch wirklich als

[3]) „Deutsche Med. Wochenschrift", 1886, Nr. 12 u. 13.

[4]) NORSTRÖM, Traitement de la migraine par le massage. Paris 1885. — Derselbe, Céphalalgie et massage. Paris 1890.

[5]) A. BUM, Die Massage in der Neuropathologie. „Wiener Klinik", 1888, 1. Heft.

Hemicranien in sensu strictiori aufzufassen sind; die zweite Frage betrifft den Zusammenhang der Muskelinfiltrate mit den Anfällen.

Die erste Frage wird von SEELIGMÜLLER[6]) verneint; derselbe betrachtet diese Cephalalgien nicht als Hemicranien, sondern als „acute rheumatische Affection der Kopfschwarte, die gelegentlich auch halbseitig auftreten kann, häufiger aber sich über die ganze Galea und die angrenzenden Partien des Nackens und der Schulter erstreckt."

Gegen diese Auffassung spricht die jahrelange Dauer des Leidens, das fast immer halbseitige oder doch vorwiegend halbseitige Auftreten der Anfälle, sowie der Umstand, daß die Muskelinfiltrate in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur an einer Kopf-, Hals-, Nackenhälfte etc. gefunden werden.

Auch ROSENBACH[7]) räumt ein, daß die myalgische Hemicranie sich in ihrem Bilde mit der neurogenen H. nicht vollständig deckt. Es fehlen die Nervenschmerzpunkte, die Augensymptome treten in den Hintergrund, wogegen das mit den Herzcontractionen synchronische, schmerzhafte rhythmische Klopfen und Pulsiren im Kopfe besonders stark hervortritt. Dasselbe ist nach ROSENBACH durch die in Folge der systolischen Füllung erfolgende Pressung der schmerzhaften Muskeln zu erklären.

Ich muß gestehen, daß ich nicht in der Lage war, diese Beobachtungen zu theilen. Die Schilderung ihrer Anfälle durch meine Patienten wies absolut keine Abweichung vom typischen Migräneanfalle auf. Augenerscheinungen, gastrische Störungen, halbseitige, hie und da doppelseitige, jedoch auf einer Seite besonders deutlich hervortretende Schmerzen, sowie mehr weniger deutliche visuelle und sensorische Aura waren vorhanden. Die Kranken verlegten den Schmerz stets in die Tiefe des Kopfes. Auch die bekannte psychische Depression im Anfalle fehlte selten.

Anfälle selbst habe ich nicht selten beobachtet, da die ersten Massagesitzungen zuweilen solche hervorrufen. Sie imponirten mir als classische Migräneattaquen.

Ich habe daher keinen Grund, anzunehmen, daß die myogene Hemicranie sich klinisch von der neurogenen H. unterscheidet.

Die zweite Frage, deren Beantwortung mir obliegt, betrifft den Zusammenhang des Muskelinfiltrats mit den Anfällen.

Daß ein solcher Zusammenhang thatsächlich besteht, beweist das Verschwinden der Anfälle nach Verschwinden der Infiltrate. Warum die Muskelschwielen, die als Residuen von Myositiden gelegentlich auch bei Individuen gefunden werden, die niemals cephalalgische oder hemicranische Zustände hatten, bei einzelnen Menschen solche Zustände hervorrufen, ist ebensowenig mit Sicherheit zu erklären, wie die Thatsache, daß Erkrankungen der Nasenschleimhaut, die ja außerordentlich häufig sind, bei Manchen reflectorisch Migräne erzeugen. Offenbar genügt der Reiz allein nicht, um den Reflex hervorzurufen; es ist hiezu jene Prädisposition vonnöthen, die man mit MOEBIUS „Status hemicranicus" nennen kann.

Dies erklärt uns auch die relative Seltenheit der myogenen Hemicranie.

Die moderne Hinneigung der Neuropathologie zur psychischen Therapie hat ihre Vertreter zum Skepticismus gegenüber jeder anderen Therapie, vor Allem gegen die physikalischen Heilmethoden veranlaßt. Man ist gegenwärtig dahin gekommen, diesen Methoden jede Wirkung abzusprechen und unleugbare Erfolge als Suggestionseffect zu erklären.

So kann auch MOEBIUS[8]) die Massagewirkung bei Hemicranie nur als Suggestion betrachten, eine Anschauung, welche als rein subjective nicht zu bekämpfen wäre, wenn MOEBIUS nicht soweit gehen würde, das Vorhandensein von Muskelinfiltraten bei Hemicranie überhaupt zu leugnen. Wahrscheinlich hält er die Angaben der Autoren hierüber für Autosuggestion oder gar für bewußte Unwahrheit.

Gegen beide Deutungen muß man sich ernsthaft verwahren. Eigene Palpationsergebnisse in zahlreichen Fällen lassen sich meines Erachtens nicht durch einen Federstrich aus der Welt schaffen. Wenn ich zwischen meiner Fingerspitze und dem Knochen des Patienten eine Muskelschwiele fühle, die bei geeigneter manueller Behandlung sich verkleinert, um endlich vollständig zu verschwinden, so glaube ich meinem Tastgefühle mehr, als ganzen Bibliotheken, und sicherlich ist die Palpation des geübten Untersuchers eine sicherere Basis zum Aufbau eines Heilverfahrens, als die geistvollsten Ausführungen eines noch so hervorragenden Autors für die Aufstellung pathogenetischer Hypothesen. Man sollte nicht negiren, was auf den ersten Blick nicht gerade in den Rahmen einer solchen Hypothese zu passen scheint.

MOEBIUS bemerkt ausdrücklich, daß die „Aetiologie der Migräne kein fertiges Capitel" ist. Diesen Ausspruch werden wohl Alle unterschreiben, die dem Gegenstande näher zu treten versuchten.

Die Technik der mechanischen Behandlung der myogenen Cephalalgie ist nicht leicht, kann jedoch bei einiger Uebung von jedem Arzte geleistet werden. Die Schwierigkeit liegt in der Nothwendigkeit, auf meist kleine, derbe, oft tief in die Musculatur eingebettete Infiltrate einzuwirken, um dieselben zur Resorption zu bringen.

Wir verwenden hiezu die als Reibungen, Streichungen und Erschütterungen (Vibrations) bezeichneten Handgriffe.

Mit dem Daumen oder den beiden ersten aneinander gelegten Fingern werden anfangs zarte, allmälig kräftiger werdende Cirkelreibungen vorgenommen, welchen sich Streichungen in der Richtung der Lymphgefäße, respective der Längsachse des Muskels anschließen.

Die Einzelsitzung dauert anfangs 5—10, später 10 bis 20 Minuten.

Die bekannte, von HASEBROEK[9]) und BUCHHEIM[10]) zuerst betonte, die Circulation in den Capillaren und Lymphgefäßen beschleunigende Wirkung der Erschütterung hat mich veranlaßt, dieselbe in Form der Vibration mittelst des in tetanische Zitterbewegung versetzten Fingers in Anwendung zu bringen.

Diese Indication der Zitterbewegung ist nicht zu verwechseln mit der von VIGOUROUX, BOUDET, GRANVILLE, GILLES-DE-LA-TOURETTE und CHARCOT beobachteten analgetischen Wirkung längerer leichter Erschütterungen des Kopfes, die im besten Falle im Anfalle selbst ihre Anzeige finden würden. Von diesen will ich heute nicht sprechen und nur bemerken, daß ich die Vibrationen bei der myogenen Hemicranie lediglich als circulations- und resorptionsbegünstigende Handgriffe neben den Reibungen und Streichungen benütze.

Da diese localen Erschütterungen technisch nicht leicht mit der gewünschten Gleichmäßigkeit ausführbar sind, so benütze ich im Falle der Ermüdung mit gutem Erfolge den vom Schweden LIEDBECK angegebenen „Vibrator", bei welchem eine durch einen Treibmechanismus gedrehte, biegsame Achse die Rotationsbewegung auf einen Handgriff überträgt, welcher einen durch die Rotation in Zitterbewegung zu versetzenden „Excenter" enthält. In diesem Handgriff können Pelotten verschiedenster Art befestigt werden.

Ich habe, um die Hilfe einer den Rotationsmechanismus bewegenden Person überflüssig zu machen, den für Handbetrieb bestimmten Vibrator für Fußbetrieb eingerichtet, indem ich die biegsame Achse mit einer amerikanischen Bohrmaschine, wie sie zu zahnärztlichen Zwecken allgemein im Gebrauch ist, in directe Verbindung brachte.

[6]) SEELIGMÜLLER, Artikel „Migräne" in EULENBURG's Real-Encyclopädie 2. Aufl., XIII. Bd., pag. 84.

[7]) l. s. c.

[8]) l. s. c. pag. 17, 18 u. 91.

[9]) HASEBROEK, Die Erschütterungen, Hamburg 1890.

[10]) BUCHHEIM, Die Bedeutung der Erschütterungen und das Verhältniß derselben zu den übrigen Handgriffen der Massage. „Deutsche Zeitschr. f. Chir.", XXXIV, 1892.

Dieser Apparat ist jedoch mit dem von Ewer angegebenen „Concussor", bei welchem gleichfalls Fußbetrieb zur Anwendung kommt, nicht zu verwechseln. Der Vibrator arbeitet viel intensiver und gleichmäßiger, ist daher als Surrogat der manuellen Erschütterung zu empfehlen.

Ueber den Ménière'schen Symptomen-Complex.

Von **Dr. L. v. Frankl-Hochwart**, Docent für Neuropathologie in Wien.

(Fortsetzung.)

I. Die Ménière'schen Symptome mit apoplectischem Einsetzen (ohne Trauma) bei bisher ohrgesunden Individuen mit sich anschließendem chronischen Verlaufe (echte Ménière'sche Krankheit, apoplectische Taubheit)

können bei a) bisher gesunden, b) bei anderweitig erkrankten Individuen (Tabes, Paralysis progressiva, Leukämie, Lues) eintreten.

In der Literatur konnte ich nur 27 halbwegs genau beobachtete Fälle dieser Kategorie ausfindig machen. Wo nicht eine der obgenannten Krankheiten vorher schon bestanden, sind veranlassende Momente nicht mit Sicherheit nachzuweisen; viermal werden rheumatische Ursachen beschuldigt. In manchen Fällen sind leichte Prodrome, wie Kopfschmerz, Schwindel, vorübergehendes Erbrechen, bemerkbar, bei Vielen erscheint der erste Anfall ziemlich unvermittelt. Nicht selten ist der Beginn ein totaler Bewußtseinsverlust ähnlich wie bei einer Hirnblutung oder Embolie. Bei anderen Kranken spielt sich der deletäre Proceß in der Nacht während des Schlafes ab, doch gibt es Fälle, so wie der erste demonstrirte, wo der Complex im wachen Zustande ohne jegliche Bewußtseinstrübung bald ganz plötzlich, bald im Verlaufe von Stunden eintritt.

Im Anschluß daran will ich noch zwei Fälle mittheilen, die sich von den sonstigen Fällen dadurch unterscheiden, daß die Taubheit sich mit totaler Facialislähmung vergesellschaftet. Nur Ziemssen scheint einmal etwas Aehnliches gesehen zu haben. Da der Ohrenbefund in letzterem Falle fehlt, ist es zweifelhaft, wie weit meine Fälle mit dem genannten übereinstimmen.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 53jährigen Officier, der im Jahre 1874 ein Ulcus durum überstanden hatte; im Uebrigen war er stets gesund, stand nur wiederholt wegen Ceruminalanhäufung bei Herrn Prof. Gruber in Behandlung, welcher die übrigen Ohrabschnitte stets normal fand. Am 16. August 1892 nach einem Uebungsritte trat plötzlich Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerz und Brechreiz ein, welche Zustände nach einigen Tagen vergingen. Am 16. September Morgens abermals plötzlich ein Anfall von Uebelbefinden, Brechreiz und Ohrensausen. Das Bewußtsein blieb frei. Seit dieser Zeit steht der Mund schief und Pat. ist außer Stande, das linke Auge zu schließen. Die Untersuchung ergab Pupillardifferenz bei prompter Reaction, Parese des linken Facialis mit Andeutung von Entartungsreaction; linkerseits völlige Taubheit mit allen Zeichen einer nervösen Affection.

Auch der zweite Pat., ein 40jähriger Schweizer J. N., war stets gesund gewesen, hatte nie Lues gehabt, war kein Potator. Seine Krankheit begann am 25. Mai 1894 des Morgens. Beim Erwachen fühlte der Pat. ziehende Kopfschmerzen und erbrach. Der Kopfschmerz verlor sich nach einigen Stunden und machte einem starken von linksseitigem Ohrensausen begleiteten Schwindel Platz, der bis zum heutigen Tage anhält. Pat. hatte das Gefühl, als müßte er nach links fallen, es ist ihm, als ob ihn etwas nach dieser Seite ziehen würde. Der Kranke mußte sich zu Bette legen und ist seitdem fast fortwährend gezwungen, in der horizontalen Lage zu verharren. Das Hörvermögen an der linken Seite hat seitdem etwas gelitten; als er am 27. Mai erwachte, bemerkte seine Frau, daß er einen schiefen Mund habe und daß er das linke Auge nicht schließen könne. Der Arzt constatirte eine linksseitige Gesichtslähmung; an diesem Tage fiel es auch dem Pat. auf, daß er, wenn er auf der rechten Seite lag, links nichts hörte. Das Erbrechen trat nun nicht mehr auf, nur bestand Uebelkeit und Brechreiz, Taubheit und Lähmung blieb constant. Die Untersuchung ergab im Bereiche der Hirnnerven nur zwei Defecte. 1. eine totale linksseitige Facialislähmung mit Entartungsreaction, 2. eine typische Nerventaubheit links. Außerdem bei extremer Blickrichtung Nystagmus.

Ich halte in diesen Fällen eine Basalblutung für das Wahrscheinliche.

II. Die Ménière'schen Symptome mit apoplectischem Einsetzen unmittelbar nach Traumen mit sich anschließendem chronischen Verlauf.

Es kommt nicht selten vor, daß Leute unter dem Einfluß eines Trauma plötzlich und für dauernd unter Ménière'schen Symptomen das Gehör verlieren und von da ab den letztgenannten Complex darbieten. Für die durch Fall entstandene haben wir sogar eine Nekropsie Politzer's, der eine zackige Fissur des Hinterhauptknochens constatirte, welche sich durch beide Labyrinthe fortsetzte und knapp an der inneren Trommelhöhlenwand endete. Das Trauma muß natürlich nicht gerade ein Sturz sein, es kann ein Schlag gegen den Kopf sein, wie ich dies in mehreren Fällen beobachtete, Ohrfeigen, Stich- und Schußverletzungen, Verletzungen durch zufällig in's Ohr gestochene Instrumente führen nicht selten zu so verhängnißvollen Folgen. Auch die verdichtete Luft in Taucherglocken, sowie starke Schalleinwirkungen können Derartiges produciren.

III. Die Entwicklung Ménière'scher Symptome bei bestehender Erkrankung des Gehörapparates.

Es gibt kaum einen Mittelohrproceß, wo die Ménière'schen Symptome nicht vorkommen können; doch sind es die chronischen, namentlich sclerosirenden Mittelohrcatarrhe, die in dieser Hinsicht besonders zu fürchten sind. Bei den Labyrinthaffectionen glaube ich ein fast constantes Vorkommen des oft genannten Complexes annehmen zu müssen. Besonders hevorzuheben ist die Form, welche Voltolini zuerst genau studirte; es ist dies eine eigenthümliche Erkrankung des Kindesalters, die acut einsetzt, bei der die Patienten unter Delirien und Schwindel erkranken, hochgradige Coordinationsstörung darbieten, brechen und in kurzer Zeit taub werden. Die Erkrankung geht rasch vorüber und nur die Hörfunction stellt sich nie mehr oder nur in geringerem Maße wieder her. Späteren Forschungen war es vorbehalten, diese Affection, für die Voltolini ursprünglich Labyrinthitis idiopathica annahm, als Abortivform der Cerebrospinalmeningitis zu erkennen.

Ménière'sche Symptome finden sich auch häufig bei luetischen Labyrinthaffectionen, ferner bei der Form, welche bei gewissen Arbeitern (Schlossern, Kesselschmieden, Eisenbahnbediensteten etc.) vorkommt. Hieber werden traditionell auch diejenigen Affectionen gerechnet, welche durch gewisse Gifte, namentlich Chinin, Salicyl, vielleicht auch Nicotin, Argentum nitricum und Chenopodium erzeugt werden; toxische Schwerhörigkeit wird ja auch, wie allen Aerzten bekannt ist, nicht selten von Schwindel, Brechreiz und Ohrensausen begleitet.

Was nun die Art des Einsetzens bei schon bestehender Ohraffection betrifft, so kann die Trias manchmal zu der schon bestehenden Schwerhörigkeit dazu treten. Im Gegensatze zu diesem erschreckenden Beginne sind die Initialsymptome bei anderen Patienten viel milder. Schleichend und nur langsam sich manchmal zu unerträglicher Höhe steigernd, tritt das Ohrensausen auf; anfangs ist der Schwindel nur gering, Magenerscheinungen fehlen. Wohl gibt es Fälle, wo das Bild unter dieser Form persistirt, viel

öfter jedoch wird der Schwindel immer stärker und häufiger, der Gang wird unsicherer, schwankend; es kommt endlich bei einer gewissen Anzahl von Kranken zu geringeren oder stärkeren Paroxysmen mit intensivem Drehschwindel und Zusammenstürzen. Selbstverständlich findet man unter diesen Patienten auch solche, die auch viele andere Symptome darbieten, da es ja bekannt ist, daß Ohrenleiden mit gewissen Grundleiden, wie Lues, Nephritis, Diabetes etc., zusammenhängen. Mit der nervösen Disposition scheint das Leiden wenig Zusammenhang zu haben, wenngleich nicht zu leugnen ist, daß Ohrprocesse bei neurasthenischen und hysterischen Individuen vielleicht sich unangenehmer geltend machen, als bei Nervengesunden.

Schwindelanfälle bei Processen im äußeren Gehörgange finden sich in der Literatur gerade nicht häufig verzeichnet. In manchen Fällen, wo Autoren den Schwindel als vom Cerumen abhängig bezeichnen, wird aus der Literatur klar, daß die Patienten nebenbei Mittelohrveränderungen gehabt haben, so daß ein sicherer Zusammenhang mit dem Proceß im äußeren Gehörgang nicht erweisbar ist. Ich will einen solchen Zusammenhang zwischen Schwindel und Cerumenpfröpfen durchaus nicht leugnen, möchte aber zu dieser Vorsicht in der Verwerthung derartiger Befunde mahnen. — Ob isolirte Erkrankung des Nervus acusticus wirklich Ménière'sche Symptome erzeugen kann, ist fraglich, wenigstens ist mir kein Fall aus der Literatur bekannt, wo die Trias neben Taubheit vorhanden war und man dann nekroskopisch isolirte Zerstörung des Acusticus allein nachgewiesen hätte. In den vorliegenden Nekropsien handelt es sich einmal (Haug) um eine directe Erkrankung des Acusticus und seines Kernes durch kleinzellige Infiltration seines Stammes bei einem Tabiker, jedoch war das Labyrinth nicht völlig intact. Außerdem gibt es Fälle von Hirntumoren, wo Hörstörung und Schwindelanfälle beobachtet wurden, wo man dann nekroskopisch den Acusticus comprimirt fand In zwei Fällen wurde auch das Intactsein des Labyrinths constatirt (Gomperz, Gradenigo). Es ist aber nicht zu entscheiden, ob in derartigen Fällen der Schwindel thatsächlich von der Acusticus-Zerstörung abhängt, da ja dieses Symptom bei derartigen Krankheiten ohnehin außerordentlich häufig ist, auch wenn der Hörnerv völlig normal bleibt.

Es gibt auch Schwindelanfälle, welche durch äußere Eingriffe auf das Ohr transitorisch entstehen können, so namentlich nach Flüssigkeitsinjectionen in den äußeren Gehörgang, bei Sondirungen des Ohres, beim Katheterisiren und bei dem Verfahren nach Politzer. Hieher sind auch die Fälle zu rechnen, wo nach heftigen Schallwirkungen vorübergehend Schwindel entsteht. Bei dieser Gelegenheit mag noch daran erinnert werden, daß der Schwindel bei heftigen Körperdrehungen, bei starken Galvanisirungen (Pollak), ferner bei Seekrankheit vielleicht als Labyrinthschwindel aufzufassen ist.

Anhangsweise seien noch die Pseudo-Ménière'schen Anfälle besprochen. Es ist das ein von mir eingeführter Ausdruck, mit welchem Anfälle von Ohrensausen, Schwindel und Erbrechen bei intactem Gehör bezeichnet werden, welche die Ménière'schen Anfälle imitiren, ihnen aber durchaus nicht zur Seite zu stellen sind. So hat Gilles de la Tourette auf das Vorkommen von Ménière'schen (Pseudo-)Anfällen als Aura der Hysterie aufmerksam gemacht. So können sich auch bei der Hemicranie Schwindel, Ohrensausen und Erbrechen mit dem Kopfschmerze vergesellschaften. Differential-diagnostisch viel wichtiger ist aber das von mir beobachtete Vorkommniß der Trias als Aura des epileptischen Anfalles. In fünf Fällen konnte bei völlig ohrgesunden Individuen ein derartiger Symptomen-Complex beobachtet werden; der Zusammenhang mit der Epilepsie war dadurch evident, daß entweder im Verlaufe des Anfalles Symptome auftraten, die nicht zum Ménière'schen Complex gehörten (z. B. Bewußtseinsverlust, Zuckungen, Urin- und Kothabgang, Verworrenheit etc.), oder daß bei ihnen abwechselnd mit den obgenannten Anfällen auch echte epileptische zur Beobachtung gekommen waren.

(Schluß folgt.)

Casuistisches aus Franzensbad
in der Saison 1894.

Vom **Universitäts-Docenten Dr. Em. Hasenfeld.**

(Schluß.)

Noch erlauben wir uns hier eines casuistisch interessanten Falles von Morbus Basedowii Erwähnung zu thun, und wurden wir hiezu namentlich durch den Umstand veranlaßt, daß wir in der Literatur keinen ähnlichen Fall verzeichnet finden.

Eine gebildete Dame, Frau Baronin T. aus Sachsen, wurde nach Franzensbad gewiesen, da sie nach vorhergegangenen profusen Menstrualblutungen sehr blutarm geworden war. Die Dame war 26 Jahre alt, seit 3 Jahren verheiratet, steril; als 16jähriges Mädchen menstruirte sie zum ersten Male und litt 2 Jahre hindurch an Chlorose. Vor einigen Wochen wurde die Curettage des Endometriums mit bestem Erfolge executirt. Beim ersten Anblicke gleich fielen uns die glotzenden Augen und die entwickelte Struma auf, und in Verbindung mit den Klagen des häufigen Herzklopfens war es natürlich nicht schwer, die Diagnose auf Morbus Basedowii zu stellen. Was uns aber besonders auffiel, das war ein eigenthümliches Verhalten der Struma zum Exophthalmus, nämlich die ungleichmäßige Entwicklung des Exophthalmus und der Struma auf beiden Seiten. Gewöhnlich finden wir bei Morbus Basedowii beide Bulbi gleichmäßig hervorgetrieben, hier aber war der eine Bulbus mäßig, der andere aber, ohne daß man vielleicht an eine retrobulbäre Geschwulst in der Orbita denken durfte, so sehr hervorgetrieben, daß derselbe durch das Schließen der Augenlider nicht vollkommen bedeckt werden konnte und daher einen eigenthümlichen Anblick gewährte. Dementsprechend war auch die Struma derselben Seite stärker entwickelt. Den Erklärungsgrund dieser Erscheinung, namentlich wie sich hier das sympathische Nervensystem verhält, fanden wir nicht recht heraus.

Der 6wöchentliche Gebrauch unserer leicht verdaulichen Eisenquellen, der kohlensauren Wasserbäder, 25° R., und der Eisenmoorbäder wirkte vorzüglich, die Herzpalpitationen wurden geringer und in diesem Verhältnisse gestaltete sich auch der Lidschluß des oben erwähnten Bulbus completer, aber in der Struma keine nachweisbare Veränderung, während alle übrigen Functionen regelmäßig von statten gingen. Wir hoffen, diesen Fall auch in der nächsten Saison weiter beobachten zu können.

Bis nun haben wir uns veranlaßt gefühlt, einige Fälle nicht rein gynäkologischer Natur kurz zu skizziren, um den geehrten Herren Collegen abermals zu beweisen, daß man Franzensbads Curmittel mit Unrecht nur bei gynäkologischen Erkrankungen indicirt findet. Da Franzensbads Ruf bei gynäkologischen Erkrankungen ohnehin weltbekannt und Jedermann geläufig ist, kann es uns daher nicht einfallen, im Hinblick auf den karg bemessenen Raum eine wiederholte Aufzählung von hier glücklich curirten Krankheitsfällen des Uterus und seiner Adnexa zu wagen.

Wenn wir aber trotzdem einen Fall von Parametritis speciell hervorheben und genauer beschreiben, so geschieht dies lediglich deshalb, um nachdrücklichst wieder zu beweisen, daß Franzensbads Ruf in der physiologischen und therapeutischen Wirkungsweise seiner specifischen Curmittel, nicht aber in den eingeschleppten und forcirten Nebenbehelfen und nicht in den modernen, nur in sehr vereinzelten Fällen wirklich indicirten örtlichen Heilmethoden seine Begründung und wirkliche Berechtigung hat, deutlicher gesprochen, daß man auch ohne Genitalmassage die besten Erfolge erzielen kann.

Frau S. aus Rumänien wurde unserer ärztlichen Obhut zugewiesen. Die Dame, 25 Jahre alt, menstruirte zum erstenmal in ihrem 15. Jahre; seit 3 Jahren verheiratet, überstand sie im ersten Jahre ihrer Ehe einen Abortus im 3. Monate und in Folge dessen eine Monate lang andauernde Entzündung im Unterleibe. Seit dieser Zeit erfreute sich die Dame keiner Gesundheit mehr, die Entzündung recidivirte sehr häufig, die Menses sehr schmerzhaft und protrahirt, Patientin war namentlich im letzten Winter monatelang an's Bett gefesselt.

Hier angelangt, klagte die überaus herabgekommene Dame spontan und beim Gehen über Schmerzen mit abwechselnder Heftigkeit im unteren Drittheile des Bauches, namentlich zu beiden Seiten, dabei unten lästiges Gefühl von Schwere und Druck, ausstrahlende Schmerzen nach rückwärts in's Kreuz und in die Beine, sehr harte Defäcation, häufig erschwertes Uriniren, schlechter Appetit und nervöse Verstimmung.

Die genaue combinirte innere Untersuchung des Genitaltractes ließ uns im rückwärtigen Parametrium im Ligamentum latum beiderseits und im vorderen Parametrium bedeutende Resistenz und, noch genauer untersucht, eine faustgroße Geschwulst, nach beiden Seiten gleichmäßig entwickelt, constatiren. Der Uterus schien etwas nach links gelagert zu sein. Die Diagnose war nicht schwer auf Parametritis bilateralis anterior et posterior zu stellen. Noch ehe wir an unsere Ordination gingen, bemerkte die Dame, daß der consultirte Arzt einer Großstadt, innere Genitalmassage empfohlen hatte. Wenn wir auch überzeugt waren, daß ähnliche Fälle auch ohne Thure Brandt-Massage, einzig und allein durch die Franzensbader Curmittel, geheilt werden, haben wir es in diesem Falle nicht für opportun gehalten, die Ordination des fremden Arztes zu desavouiren, zumal die Patientin von der Zuverlässigkeit der inneren Massage suggerirt war, andererseits aber auch, weil der Badearzt unpolitisch vorgehen würde, vor der Kranken gemachte Anschauungen des Ordinarius oder Consiliarius nicht zu respectiren. Arzt und Curort können oft bei solchen Vorkommnissen der Gunst des Ordinarius verlustig werden.

Wir haben uns daher zu einem combinirten Heilverfahren entschlossen, aber auch aus dem Gesichtspunkte, um uns selbst durch diesen Fall noch eingehender überzeugen zu lassen, daß wir auch ohne Massage Besserung und Heilung erzielen können. Wir ordinirten der Kranken nebst dem innerlichen Gebrauch der Heilquellen mitteldichte, später dichte Moorbäder von 28—30° R., 20—25 Minuten Dauer, Moorumschläge auf den Unterleib, heiße Irrigationen von 4—5 Liter 30° R. warmen Salzwassers und decidirten uns, nur eine kranke Seite zu massiren. Wir massirten aber nicht, nur „ut fieri videatur", sondern gingen ganz regelrecht vor. Zu diesem Behufe haben wir bei der mit gebeugtem Knie liegenden Kranken, am linken Rand des Bettes sitzend, unter dem linken Oberschenkel den Zeigefinger der linken offenen Hand — die übrigen Finger der Hand am Perineum offen ruhend — in die Vagina eingeführt, um am rechten Parametrium für die Bewegungen der anderen Hand als Gegenstütze zu dienen, äußerlich aber haben wir mit der rechten Hand leise Zirkelreibungen mit einer theils nur aus dem ersten Phalanxgelenke, theils aus dem Handgelenke kommenden Kraft vorgenommen und erst später, als wir sahen, daß Patientin nicht sonderlich reagirte, verlegten wir die Bewegungen in's Ellbogengelenk.

Bei dieser diplomatisch-combinirten Behandlung sahen wir mit Freude, daß sowohl das Allgemeinbefinden, wie auch die örtlichen, subjectiven Empfindungen sich besserten, und daß die pathologischen Veränderungen auch objectiv eine überraschende Verringerung — aber beiderseits gleichmäßig — erfuhren. Die Resistenz im Parametrium war geringer, die Schmerzen ließen nach, der schier unbewegliche, im Infiltrate eingebettete Uterus wurde beweglicher, Defäcation und Urinentleerung ohne Beschwerden, Menstruationsblutung mäßig u. s. w., genug an dem, nach 6 Wochen — länger konnte Patientin nicht bleiben — verließ Patientin mit einer auf's Drittel reducirten Geschwulst und neuer Lebenslust gebessert den Curort.

Nun müssen wir uns die Frage stellen, hat die auf einer Seite geübte Massage auch auf die andere Seite in physiologischer Weise ihre Wirkungen entfaltet, oder haben die auf beiden Seiten angewandten Franzensbader Heilfactoren das Verdienst, die gleichmäßige beiderseitige Besserung erwirkt zu haben? Die Antwort ist nicht schwer, und wir behaupten daher hier, wie schon früher einmal und durch diesen belehrenden Fall hiezu noch mehr veranlaßt, daß trotz den von manchen Aerzten den Vorzügen der Genitalmassage gesungenen Lobeshymnen, abgesehen davon, daß, wie Frisch ganz treffend bemerkt, man hört „nur von den guten Wirkungen der Massage, aber nichts von den schlechten Folgen derselben", natürlich hört man auch von den in Franzensbad, in Folge der geübten Massage entstandenen acuten Peritonitiden und Parametritiden auch nichts, wir im Besitze der Franzensbader Heilfactoren Behelfe genug haben, ähnliche Fälle zu heilen. Wir finden daher die innere Massage im Allgemeinen nur dann indicirt, wenn wir es mit alten, schwieligen Narben und den durch dieselben producirten Deviationen des Uterus und der Ovarien und den dadurch erzeugten diversen Functionsstörungen und den unerträglichen Innervationsanomalien in der sensitiven und Reflexsphäre zu thun haben.

Bei der chronischen Metritis, bei Prolapsus uteri und bei den ohne Narbenstränge und Verzerrungen verursachten Flexionen, wo bereits eine bedeutende Ernährungsstörung, Atrophie am Knickungswinkel eintrat, ist man ja über die unnütze Anwendung und bei Salpingitis sogar über die Gefährlichkeit der Massage im Reinen und zur Tagesordnung übergegangen. Damit haben wir aber auch unser Verhalten in Franzensbad präcisirt. In erster Linie würdigen wir die erprobten, örtlichen Heilfactoren Franzensbads, deshalb werden die Kranken von Nah und Fern hieher gewiesen, und massiren wir nur, wenn dies der Wunsch des Ordinarius und Consiliarius uns vorschreibt. oder wenn wir dem Drängen einer Patientin — denn welche Frau huldigt nicht der Mode — nicht ausweichen können.

Will man nun bei der reducirten Indication die Massage anwenden, so muß dem Arzte bei genauer Kenntniß der normalen anatomischen Kenntnisse des Beckens der diagnosticirende Tastsinn des untersuchenden Fingers den pathologischen Befund aber auch ruhig zur Perception bringen, was aber wieder nur durch Uebung im Untersuchen und Versirtheit in der Gynäkologie im Allgemeinen erzielt wird. Ist man mit dem Wesen über die Aufgabe der Massage im Klaren, die Technik der Massage hat man bald weg, und kann man sich dieselbe auch außerhalb der Metropole Schwedens aneignen.

Schließlich sei uns noch erlaubt, aus der Blumenlese unserer diesjährigen Casuistik eine mit unseren früheren Erfahrungen coincidirende Conclusion hervorzuholen und aufzufrischen, nämlich, daß bei Gravidität im Allgemeinen und in den Krankheiten der graviden Frauen die Trink- und Badecuren von Franzensbad keine Contraindication bilden. Wir hatten auch in der letzten Saison zwei gravide junge Frauen in unserer Clientel, bei welcher wir ebensowenig, wie in unseren, während einer langjährigen badeärztlichen Praxis beobachteten 180 Fällen von Gravidität, nachtheilige Folgen der Trink- und Badecuren erfahren haben. Diese Thatsache werden die übrigen Collegen Franzensbads gewiß auch bekräftigt sehen, aber natürlich darf nicht nach allgemeiner Schablone vorgegangen werden, sondern man muß vorsichtig individualisiren, d. h. der Organismus der graviden Frau muß auf seine Leistungsfähigkeit genau geprüft und gewissenhaft controlirt werden. Löbl hat vollkommen recht, indem er sagt, man muß nicht nur die Krankheit, sondern die Kranke scrupulös beurtheilen. Schließlich möchten wir noch eines Falles Erwähnung thun, der nach mannigfachen Richtungen uns mittheilenswerth scheint, umso

mehr, da dieser Fall auch beweist, in welche sonderbare Situation der Badearzt manchmal geräth und wie wir im Nothfalle nolens volens auch zu anderen eingreifenden Curen Zuflucht nehmen müssen.

Frau P. aus Deutschland, eine 29jährige, seit 3 Jahren verheiratete sterile Frau, in ihren Mädchenjahren oft an Blutarmuth laborirend, litt seit der Verheiratung an Dysmenorrhoe und in den letzten 4 Wochen an intensivem Kopfschmerz. Der Ordinarius diagnosticirte auf Anämie beruhende Hemikranie und dirigirte Patientin nach Franzensbad. Die Dame kam anfangs Mai nach Franzensbad und consultirte daselbst einen sehr gewiegten rationellen Badearzt. Die Brunnen- und Badecur wurde entsprechend vorgeschrieben, und da der Kopfschmerz namentlich des Nachts mit Vehemenz auftrat, wurde zur Calmirung der Schmerzen alles Mögliche versucht. Antipyrin, Chinin, Sulfonal, Chloralhydrat u. s. w., aber nichts brachte Linderung. Mittlerweile trat die Menstruation ein, und nach der Menstruationszeit suchte die Kranke wieder ihren Ordinarius hier auf und klagte wie bisher, nur noch mit der Zugabe, daß sie an den äußeren Genitalien „eine Schärfe" verspüre. Diese Klage veranlaßte den Badearzt zur genauen Genitalinvestigation und diese resultirte den ärztlichen Ausspruch, „daß die Kranke Franzensbad verlassen und sich in einer Klinik einer weiteren Behandlung unterziehen müsse". Dem Gemahl wurde zudem mitgetheilt, daß die Dame an einer „Blutkrankheit" leide.

Im Auftrage des Gemahls, auch einen anderen Arzt zu consultiren, hat Patientin in psychisch gedrückter Stimmung unseren Rath eingeholt und da haben wir folgenden Status praesens constatirt. An den äußeren Schamtheilen vom Mons veneris herab bis zur Anusöffnung, die großen und kleinen Schamlippen beiderseits einnehmend, ein Kranz von breiten Condylomen, von einer frischen Wunde oder einer früheren Läsion, Narbe oder Induration keine Spur. An der Körperoberfläche, wie Rücken, Brust und Stirne, ein deutlich ausgeprägtes colossales, maculöses und papulöses Syphilid, die Nacken- und Leistendrüsen erheblich infiltrirt, nicht schmerzhaft. An der linksseitigen Wange ein über Kronengeldstück großes, hartes, livid aussehendes und mit einer dünnen, leicht abhebbaren, borkenartigen Schichte versehenes, schmerzloses Gumma. Gesichts- und Hautfarbe blaß, fahl, schmutziggelblich, 3 Plaques auch an der unteren Lippe. All diesen objectiven Symptomen hatte Patientin keine Bedeutung gegeben, das Entstehen der sogenannten „Schärfe" an den äußeren Genitalien wollte Patientin auf 2—3 Wochen zurückdatiren. Das Hauptgewicht der Klagen concentrirte sich nur in der Schilderung des unerträglichen bohrenden und drückenden Kopfschmerzes in der Nacht, die stets schlaflos unter lautem Klagen verbracht wurde. Die Dame will an ihren Genitalien nie eine Wunde oder dergleichen bemerkt haben.

Zweifelsohne konnten wir die Diagnose nur auf Syphilis universalis stellen, also die Diagnose der Blutkrankheit des früheren Collegen bekräftigen. Mit der Diagnose allein war aber der Kranken nicht geholfen, sie wollte von dieser Blutkrankheit in Franzensbad befreit werden.

Es ist wohl Jedermann bekannt, daß Franzensbads Heilfactoren keinen directen heilenden Einfluß haben auf die allgemeine Lues, wir mußten den Bitten und dem Drängen der Patientin doch nachgeben und behielten Patientin hier. Wir hielten nämlich den Gesichtspunkt vor Augen, daß, wenn auch das eigentliche Agens der Syphilis auf die Blutbeschaffenheit, also eine etwaige materielle Veränderung des syphilitischen Blutes, weder auf chemischem, noch auf mikroskopischem Wege gefunden ist, wir in der Praxis sehr häufig nach bei luetischen Erkrankungen geübten und erprobten Mercurialbehandlungen eine Verminderung der rothen Blutkörperchen, Anämie, finden. Wir haben uns daher ausnahmsweise entschlossen, mit der Franzensbader Brunnencur eine antiluetische Cur zu combiniren, zumal Patientin auch an durch einer linkseitigen chronischen Parametritis bedingten Retroflexio uteri litt.

Vor Allem waren wir bestrebt, gegen den intensiven Kopfschmerz einzuschreiten, und da hat das Jodkali eine unglaublich wunderbare Wirkung entfaltet, denn am 4. Tage bereits hat der über 2 Monate andauernde Kopfschmerz wie mit einem Zauberschlage aufgehört. Die Condylome hatten wir in 14 Tagen durch tägliches Bestreuen mit Calomel, indem wir zuvor die Condylome mit Kochsalz befeuchteten, also durch Sublimat in nascendo zur Verödung gebracht. Auf das Gumma in der linken Wange applicirten wir ein Mercurialpflaster.

Die Patientin nahm 8 Tage hindurch Jodkali, dann schritten wir zu den Quecksilberinunctionen, ließen 4 Turnuse von je fünf Einreibungen machen und dann wieder 3 Wochen hindurch Jodkali nehmen. Das Franzensbader Eisenwasser wurde dabei innerlich getrunken und heiße Moorumschläge wurden auf den Unterleib applicirt.

Unsere combinirte Heilmethode war vom glänzendsten Erfolge gekrönt. Die Condylome waren verschwunden, vom maculösen und papulösen Syphilid war keine Spur, das Wangengumma zeigte nur noch einen dunkelrothen Fleck, ohne jeder Infiltration, die Lymphdrüsenschwellung auf's Minimum reducirt. Die Kranke zeigte eine ganz reine, normal aussehende Hautfläche, gute Gesichtsfarbe und auch etwas Gewichtszunahme, und nach 8 Wochen verließ Patientin, glücklich über den Erfolg, Franzensbad. Wir ordinirten eine noch mehrmonatliche abwechselnde Cur mit Mercur und Jodkali, und wie wir erst kürzlich vernahmen, zeigte sich keine weitere Recidive.

Wir haben den Fall nicht beschrieben, um etwa dem specifisch antiluetisch wirkenden Quecksilber Lobeshymnen singen zu wollen, als vielmehr zu documentiren, wie prompt das Jodkali bei der Cephalalgia luetica zu wirken vermag. Räthselhaft blieb uns in diesem Falle nur der Ort und die Zeit der Primäraffection und des Incubationsstadiums.

Zufällig hatten wir in der letzten Saison auch einen zweiten Fall zu beobachten, wo wir uns über die Primäraffection keinen Aufschluß geben konnten.

Eine seit 3 Jahren verheiratete, sterile, 23 Jahre alte, anämische Patientin, Frau L. aus Ungarn, wurde in der Saison 1893 mit einer linkseitigen Salpingitis und Oophoritis nach Franzensbad geschickt. Der Erfolg war sehr zufriedenstellend, und in der Saison 1894 war die Dame wieder da. Nach kaum zweiwöchentlichem Aufenthalte hier bekommt die Dame von ihrem Gemahl einen Brief, mit der Nachricht, daß er wegen eines Ausschlages am Kopfe und an der ganzen Haut vom Hausarzte nach Lippik geschickt wurde. Diese Aussage veranlaßte mich, auch die Dame genauer zu untersuchen und siehe da, an der Brust und an deren Rücken war das ganze charakteristische maculöse Syphilid zu constatiren, aber von einer örtlichen dagewesenen Primäraffection konnten wir bei der scrupulösesten Untersuchung keine Spur entdecken. Nacken- und Inguinaldrüsen waren auch da geschwellt.

Patientin sagte nur so viel aus, daß ihr Gemahl krank war, und als die Wunde geheilt war, so daß nur eine harte Stelle zurückblieb, fand Coitus statt. Der Befund ließ uns die Franzensbader Cur nicht unterbrechen, nur combinirten wir mit der balneotherapeutischen Cur den Gebrauch von Jodkali mit der Weisung, zuhause angelangt, eine Schmiercur durchzumachen.

Wo und wann hat in diesen beiden Fällen die Primäraffection stattgefunden? Darüber mögen wohl die Herren Syphilidologen entscheiden!

Revue.

Ueber Schilddrüsentherapie einiger Hautkrankheiten.

Literatur: 1. W. Scatchard: A case of Pityriasis rubra treated by thyroid tabloids („British med. journ.", 1895, Nr. 1787). — 2. A. Nobes: Thyroid medication in Ichthyosis (ibid.). — 3. Harry R. Preece: A case of Psoriasis of many years standing treated with thyroid extract (ibid.).

Wenn es auch heute noch schwer wäre, die günstigen Erfolge zu erklären, welche von manchen Seiten bezüglich der Schilddrüsenmedication bei gewissen schweren Erkrankungen der Haut berichtet werden, scheinen sie doch als Thatsache festzustehen und aus diesem Grunde bemerkenswerth. Als Beitrag zu diesem Thema seien hier folgende drei Fälle aus der englischen Literatur mitgetheilt.

In einem Falle von Pityriasis rubra bei einer 72jährigen Frau, über welche Scatchard (1) berichtet, zeigten sich im De-

cember 1893 die ersten Spuren einer Röthung und Schuppenbildung auf der Haut der Arme und Beine, begleitet von heftigem Jucken. Diese Symptome verschlimmerten sich allmälig; im August 1894 zeigte die Haut an den Beinen und Unterarmen große rothe Plaques, auf welchen zahlreiche, große, flache, durchscheinende Schuppen lagen", die leicht abzustreifen waren. Im October 1894 war bereits die Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme der Wangen in dieser Weise afficirt; während anfangs das Allgemeinbefinden ein ungestörtes war, begann dasselbe nun zu leiden, indem Appetitmangel und Abmagerung auftraten. Die Behandlung bis zu dieser Zeit hatte in localer Application von Eucalyptussalbe, Liqu. plumb. subacet., Ichthyol und in der internen Darreichung von Jodkali, Natrium salicyl., Calomel und Arsen bestanden, ohne daß alle diese Mittel nur den geringsten Heileffect erzielt hätten. Am 5. October 1894 begann S. mit der Thyreoidbehandlung, indem er zunächst einigemal täglich nach dem Essen die Hälfte eines 5 Grm.-Thyreoid-Tabloids nehmen ließ. Zu dieser Zeit war der Puls 114, klein und leicht unterdrückbar. Die Dosis wurde dann auf ein ganzes und schließlich auf 4 Tabloids täglich gesteigert. Schon 12 Tage nach Beginn der Behandlung zeigte der Zustand der Pat. Zeichen einer entschiedenen Besserung, welche Besserung fortschritt, bis die Pat. am 24. December eine normale Haut aufwies mit Ausnahme einer leichten Tendenz zur Abschilferung an manchen Stellen. Am 8. Januar 1895 war auch dieses Symptom verschwunden und die Haut der Pat. vollständig normal. Allerdings hatte der Allgemeinzustand der Pat. beträchtlich gelitten, doch besserte sich derselbe wieder nach Beendigung der Cur unter kräftigendem Regime.

Ein zweiter Fall, welchen A. NOBBS (2) mittheilt, betraf einen Paralytiker mit einer fast über die ganze Körperoberfläche verbreiteten hochgradigen **Ichthyosis**. Auch in diesem Falle hatte die Schilddrüsentherapie einen evidenten Erfolg, ja stellenweise wurde die Haut so weich, wie die eines Kindes. Auf die Paralyse hatte die Behandlung selbstverständlich keinen Einfluß, doch war eine gewisse günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens unverkennbar.

Einen schweren Fall von seit vielen Jahren bestandener **Psoriasis** glaubt PREECE (3) durch die Schilddrüsenfütterung vollkommen geheilt zu haben. Es handelte sich um eine 26jährige Pat., welche über einen mit Jucken einhergehenden Ausschlag des Gesichts und des Körpers klagte. Die Eruption war von erythematösem Charakter im Gesichte, während sich auf der Stirne an der Haargrenze eine Anzahl gelblicher, trockener Schuppen fand. Der behaarte Kopf war mit solchen Schuppen reichlich bedeckt. Am Rücken waren die Schuppen mehr silberglänzend und bedeckten die ganze Hautoberfläche in dicker Lage. An den Ellbogen und Knieen charakteristische Psoriasis-Eruptionen. Die Affection bestand, solange sich die Pat. zurückerinnern konnte, doch hatte sie niemals das Antlitz ergriffen. Sie war verschiedenen Behandlungsmethoden unterzogen worden, ohne jemals mehr als eine temporäre Besserung zu erzielen. Am 1. April 1894 begann PREECE mit der Darreichung von täglich 4 Thyreoidtabloids (Burroughs, Wellcome and Co.). Schon nach einer Woche war eine auffallende Besserung eingetreten, und am 14. April war das Gesicht vollkommen frei, im Haare kaum einige Schuppen, nur am Körper bezeichneten röthliche Efflorescenzen den Sitz der Affection. Das Jucken war viel geringer. Im weiteren Verlaufe traten von Zeit zu Zeit Anfälle heftigen Kopfschmerzes auf, die aber die Pat. mit Rücksicht auf die fortschreitende Besserung gerne ertrug, so daß sie nur ungern in eine kurze Unterbrechung der Medication einwilligte. Zur Zeit der Publication des Falles wies die Pat. auch nicht eine Spur ihres früheren Leidens auf, und P. glaubt sich mit Recht der Hoffnung hingeben zu dürfen, daß die Pat. gänzlich geheilt sei und eine neuerliche Recidive nicht eintreten werde.

Ba.

Referate und literarische Anzeigen.

AUG. BIER (Kiel): Ueber circuläre Darmnaht.

Am Nähen erkennt man den Meister in der Chirurgie, heißt es, und dennoch ist die Reihe neuer Methoden der Vereinigung des querdurchtrennten Darmes, welche in neuerer Zeit erfunden worden sind, der beste Beweis dafür, daß bei Mißerfolgen alles Andere beschuldigt wird, nur nicht die mangelhaft angelegte Naht. Es ist daher sehr lobenswerth, wenn B., der ebenfalls eine neue Nahtmethode erfunden hatte, die bei Thieren gute Resultate gab, selbst gesteht, daß er sie leider auch zweimal beim Menschen angewandt hat. Beide Kranke sind gestorben, und von diesen ist einer ein Opfer der „Methode" geworden, wie der Verf. selbst sagt.

In der Consequenz dieses Geständnisses verwarf er nun alle anderen Methoden und wandte für die circuläre Darmnaht nur die einfache LEMBERT'sche Naht an. Er beschreibt die betreffenden 14 Fälle („Arch. f. klin. Chir.", 49. Bd., 4. Heft), an welchen er 15 Darmresectionen vorgenommen hat. Darunter sind nur zwei Mißerfolge zu verzeichnen. Aber auch in diesen beiden Fällen hat die Naht ihre Schuldigkeit gethan; es ist in keinem Falle eine Perforation eingetreten. Zum Nähen verwendet Verf. HAGEDORN'sche Nadeln und TOURNER'sche Seide Nr. 1, eventuell Nr. 2. Feine runde Nadeln und sehr feines Nähmaterial perhorrescirt er. Damit bei schwer oder gar nicht aus der Bauchhöhle hervorzuziehenden Darmstümpfen der Darm nicht entwischt, zieht Verf. durch die ganze Dicke der Darmwand sowohl am mesenterialen, wie am gegenüberliegenden Ende je eine Schleife aus einem dicken Seidenfaden. An diesen Fäden wird der Darm einestheils hervorgezogen, anderntheils in querer Richtung ausgespannt, so daß das Lumen schlitzförmig wird. Dieser kleine Kniff erleichtert ihm in schwierigen Fällen das Festhalten des Darmes und die Naht. Der Verf. verwendet nämlich zum provisorischen Verschluß des Darmes meist Assistentenhände. Wer Darmklemmen gebraucht, kann obigen Kniff entbehren.

Obwohl die Arbeit des Verf. außer einigen individuellen Kleinigkeiten nichts Neues enthält, ist sie sehr lesenswerth, denn sie liefert den Beweis, daß man bei einer gut angelegten Naht alle Hilfsmittel entbehren kann, insbesondere da alle Methoden complicirt sind und eine besondere Fertigkeit erheischen.

BOGDANIK.

SCHERER (Stuttgart): Zur Diagnose der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.

Die Diagnose der Meningitis cerebrospinalis unterliegt zur Zeit einer Epidemie keinen besonderen Schwierigkeiten, wohl aber bei vereinzeltem Auftreten oder im Beginne einer Epidemie. Andererseits können andere Krankheiten das Bild der Meningitis cerebrospinalis vortäuschen. Ein Mittel, um in diagnostisch zweifelhaften Fällen von Anfang an eine Entscheidung zu treffen, hat nun, wie SCH. („Centralbl. f. Bact. u. Par.", 1895, Nr. 13/14) ausführt, die Bacteriologie an die Hand gegeben. In einer Reihe von Fällen hat SCH. das Secret der Nasenhöhle von Meningitiskranken mikroskopisch und theilweise auch mittelst des Culturverfahrens untersucht, und es ist ihm gelungen, in sämmtlichen frischen Fällen, 18 an der Zahl, den von WEICHSELBAUM zuerst genauer beschriebenen Diplococcus intracellularis meningitidis nachzuweisen.

Im Anschluß an die ausführliche Mittheilung dieser 18 Fälle bemerkt SCH., daß es wohl möglich sei, daß dieser Mikroorganismus sich zur Zeit einer Epidemie, ähnlich wie bei anderen Infectionskrankheiten, auch bei Gesunden findet. Was die Technik der Untersuchung anlangt, so ist dieselbe bezüglich des mikroskopischen Theiles höchst einfach und besteht in Folgendem: Entnahme des Nasenschleimes mittelst geglühter Platinöse oder sterilisirten Wattebausches von möglichst hoher Stelle, Ausstrich auf dem Deckgläschen, Trocknen und Ziehen durch die Flamme, endlich Färben mit wässeriger Gentianaviolettlösung durch einige Minuten. Als beweisend nimmt SCH. nur Bilder an, bei denen der Leukocyt mindestens 3 bis 4 Diplococcenpaare einschließt und sich mehrere solche Zellen, die häufig nahe zusammenliegen, finden. Das Bild ist mit Bezug auf die intracelluläre Lagerung den Gonococcen außerordentlich ähnlich.

SCH. hält diesen Mikroorganismus für den Erreger der Cerebrospinalmeningitis. Den Modus der Infection erklärt er sich so, daß die an und für sich unbeweglichen Diplococcen eingeathmet, von den weißen Blutzellen aufgenommen werden, bezw. in diese eindringen und auf dem Lymphwege in das Gehirn und dessen Häute verschleppt werden. Als Consequenz würde sich hieraus ergeben,

daß das Nasensecret der Meningitiskranken als infectiös zu betrachten und demgemäß zu behandeln ist. Endlich zweifelt SCH. nicht, daß man auch bei der Pneumococcen- und Streptococcen-Meningitis die betreffenden Krankheitserreger im Nasensecret wird finden können, sofern die Infection durch die Athemluft erfolgt. Ba.

LEONHARD VOIGT: Ueber den Einfluß der Pockenkrankheit auf Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Fötus.

In einem vor der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg gehaltenen Vortrage (VOLKMANN's Sammlung Nr. 112) faßt V. seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

Die Variola führt sowohl um die Zeit des Invasionsfiebers, wie auch alsbald nach dem Auftreten des Exanthems Congestionen zur Innenfläche des Uterus herbei, welche bei Ungeschwängerten in der Mehrzahl der Fälle das Erscheinen der Menses oder eine diesen ähnliche Genitalblutung zur Folge haben. Die gleiche Ursache leitet bei in der Jugend geimpften Schwangeren in der Hälfte der Fälle Abortus oder Frühgeburt ein. In den Fällen confluirenden Blatternexanthems und besonders bei dem Eintreten hämorrhagischer Erscheinungen ist das Leben der Kranken auf's Aeußerste gefährdet. Die hämorrhagischen Blattern treten bei Schwangeren sehr viel häufiger auf, als bei Nichtschwangeren. Bei in der Jugend einmal geimpften schwangeren Pockenkranken scheint die Todesziffer zwischen 30 und 35% zu schwanken, während die Todesziffer der während der Blatternerkrankung Entbundenen eine erschreckend hohe (in Hamburg 59%) ist. Ungeimpfte Schwangere dürften noch weit mehr gefährdet sein, als die geimpften Schwangeren. Noch weit mehr gefährdet als die von Variola ergriffenen Mütter sind deren Früchte. Sie sterben fast sämmtlich, indem sie entweder in utero oder bald nach der Geburt ihrer Lebensschwäche erliegen, oder indem sie schon vor oder bei der Geburt der Variola verfallen. Bei so großer Lebensgefahr für Mutter und Kind gilt es, zur Zeit einer Epidemie vorweg die Schwangeren durch erneute Impfung zu schützen und die neugeborenen Kinder sofort der Impfung zu unterziehen, falls sie frei von den Pocken und vollkommen kräftig geboren werden.

C. BREUS.

Die Sterilität des Weibes. Von **Dr. E. Heinrich Kisch**, a. o. Professor an der k. k. deutschen Universität in Prag, im Sommer dirigirender Hospital- und Brunnenarzt in Marienbad. Zweite, wesentlich vermehrte Auflage. Mit 59 in den Text gedruckten Holzschnitten. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

KISCH's Werk, die einzige Monographie, welche die deutsche Gynäkologie über die Sterilität des Weibes besitzt, verließ soeben in zweiter verbesserter und vermehrter Auflage die Presse.

Der ersten Auflage gegenüber erscheint diese zweite dadurch wesentlich erweitert, daß das Capitel von der Sexualempfindung der Frau (der Dyspareunie und conträren Sexualempfindung), sowie das von der Verschuldung des Mannes an der weiblichen Sterilität eingehender behandelt wurde und zwei neue Capitel Aufnahme fanden, nämlich das der facultativen und das der operativen Sterilität.

Verf. erweist in seinem Werke, daß er den Stoff, den er verarbeitete, nach allen Richtungen hin vollkommen beherrscht.

Wichtige leitende Gedanken durchziehen das Werk und benehmen dadurch letzterem nicht nur den Charakter einer bloßen Compilation, sondern geben ihm im Gegentheil ein selbstständiges Gepräge.

Gestützt auf seine eigene reiche Erfahrung, wendet sich Verf. gegen die NOEGGERATH'sche Anschauung über die Bedeutung der Gonorrhoe des Mannes als Sterilisationsfactor des Weibes als denn doch übertrieben und führt dieselbe auf ihr richtiges Maß zurück. Ebenso muß man ihm beistimmen, wenn er sich gegen die bekannte SIMS'sche mechanische Auffassung der Aetiologie der Sterilität kehrt und in ungeschminkter Weise gegen den Mißbrauch der Discission behufs Behebung der Sterilität, wie er geübt wurde und leider noch heute geübt wird, Front macht. Weiterhin muß ihm vollkommen Recht gegeben werden, wenn er bei der Conception der Libido des Weibes ihre entsprechende Bedeutung beimißt und selbe als einen wichtigen Factor ansieht, einen Factor, der von Vielen entweder nicht anerkannt oder weit unterschätzt wird, da sich dessen Bedeutung mit unseren heutigen Hilfsmitteln nicht abschätzen oder gar messen läßt. Als ein sehr wichtiges Capitel endlich muß Ref. das über die operative Sterilität bezeichnen. Es ist ein Memento gegen die leider so weit verbreitete Polypragmasie, der unberechtigter Weise viel zu viele Ovarien zum Opfer fallen, und die nicht wenig weibliches Glück leichtsinnig zerstört. Es wäre zu wünschen, daß Verf.'s Auseinandersetzungen die entsprechende Anerkennung fänden. Ref. kann nach seinen eigenen Erfahrungen Verf.'s Mittheilungen bestätigen, daß es nicht so wenige Fälle gibt, in denen von Anderen die operative Entfernung der Adnexen unbedingt verlangt wurde, und nicht nur Heilung, sondern selbst auch noch Conception nach mehrjährigem wiederholten Gebrauche von glaubersalzhaltigen Wässern eintrat.

Eine aufmerksame Lectüre des Werkes hat Ref. davon überzeugt, daß das Buch ein werthvolles ist und die gediegene gynäkologische Literatur durch dasselbe bereichert wurde.

Für den selbstständigen Forscher wird der Werth des Buches dadurch wesentlich erhöht, daß derselbe ein vollständiges einschlägiges Literaturverzeichniß erhält, welches das Aufsuchen der betreffenden Quellen ungemein erleichtert.

Druck, Abbildungen und Ausstattung des Werkes machen den bekannten medicinischen Verlegern alle Ehre.

Ref. zweifelt nicht daran, daß das Buch überall einen freundlichen Empfang und die Verbreitung finden wird, die es seinem inneren Werthe nach verdient. KLEINWÄCHTER.

Kleine Mittheilungen.

— Der parasitäre Ursprung der malignen Neoplasmen, speciell des Carcinoms, ist bis jetzt noch ein sehr problematischer. Nichtsdestoweniger geht bereits eine Reihe von therapeutischen Versuchen von diesem ätiologischen Gesichtspunkte aus, so die Versuche von EMMERICH und SCHOLL, über welche in der vorigen Nummer berichtet wurde, und neuerdings Versuche von RICHET und HERICOURT, über welche die Beiden in der Sitzung der Pariser „Acad. des scienc." vom 29. April d. J. berichteten, und welche die bisherigen Resultate der **Serumtherapie bei Krebs** darstellen. Die Autoren gingen in folgender Weise vor: Ein durch Operation entferntes Osteosarcom des Beines wurde unter Zusatz von etwas Wasser verrieben, die Flüssigkeit filtrirt und letztere 3 Thieren (einem Esel und zwei Hunden) injicirt. Die Thiere ertrugen die Injection ohne Reaction. 5, 7 und 15 Tage nach der Injection wurde den Thieren zur Ader gelassen und von diesem Blute das Serum abgeschieden. Dieses Serum diente als Injectionsflüssigkeit für zwei Kranke. Im ersten Falle handelte es sich um eine Frau, welche im October 1894 wegen eines von der Rippe ausgehenden, orangengroßen Tumors, der das Aussehen eines Fibrosarcoms hatte, operirt worden war. Im Februar 1895 zeigte sich in der Narbe bereits eine Recidive von Nußgröße, welche ein Monat später zu Kleinorangengröße angewachsen war. Am 12. März wurde die Serumtherapie eingeleitet. Rings um den Tumor wurden täglich in das Zellgewebe Injectionen von 3 Ccm. Serum gemacht und diese 40 Tage fortgesetzt, so daß die Pat. im Ganzen 120 Ccm. Serum erhielt. Vom 25. März ab begann sich der Tumor augenfällig zu verkleinern und gegenwärtig findet man an Stelle desselben eine flache Induration, deren Contouren schwer abzugrenzen sind. Der Gesammtzustand der Pat. hat sich bedeutend gebessert und sie hat an Gewicht beträchtlich zugenommen. Der zweite Fall betraf ein 44jähr. Individuum, welches einen mehr als orangengroßen Tumor in der Magengegend aufwies, der von RECLUS als Magencarcinom diagnosticirt wurde. Da ein chirurgischer Eingriff wenig Aussicht auf Erfolg bot, entschloß man sich zur Serumtherapie und begann am 6. April mit der Injection von 4 Ccm. Von diesem Tage bis zum 24. desselben Monats erhielt der Pat. die relativ beträchtliche Menge von 64 Ccm. Es erfolgte zunächst in prompter Weise eine Besserung des Allgemeinbefindens. Das Körpergewicht, welches am 10. April 57 Kgrm. betragen hatte, war am 16. auf 58, am 23.

auf 60 Kgrm. gestiegen. Hingegen verkleinerte sich der Tumor in der Magengegend in rapider Weise, so daß am 20. April der anfangs wohlumschriebene, vorspringende Tumor eigentlich verschwunden war und die Palpation nur noch das Gefühl vermehrter Resistenz in der Tiefe ergab. Sowohl in diesem, wie im ersten Falle war der Erfolg somit äußerst prompt eingetreten, die Besserung eine so augenfällige und unbestreitbare, daß man füglich von Heilung sprechen könnte.

— In Consequenz seiner Arbeiten über das glycolytische Ferment ist LÉPINE („La sem. méd.", 1895, Nr. 21) bei der **Fermentbehandlung des Diabetes** angelangt. Durch Hydratation der Malzdiastase (Amylase) ist es L. gelungen, das glycolytische Ferment darzustellen. Allerdings besitzt das auf diesem Wege erhaltene Ferment nur geringe Wirkungskraft; gleichwohl versuchte L. dasselbe zu therapeutischen Zwecken bei Diabetikern. Die bisher erhaltenen Resultate sind noch nicht sehr glänzend, aber auch nicht negativ, vielmehr zu weiteren Versuchen ermunternd. Im Ganzen wurden 4 Diabetiker mit dem glycolytischen Ferment behandelt. Der erste Fall betraf eine 64jähr. Frau mit einem schweren Diabetes, einer sehr schmerzhaften Neuralgie im Gebiete des Ischiadicus und beträchtlicher Abmagerung. Die im 24stündigen Harn ausgeschiedene Zuckermenge betrug vor der Behandlung 140 Grm., fiel unter der herkömmlichen Diabetesbehandlung auf 100 Grm., unter der Fermentbehandlung auf 70 Grm., stieg beim Aussetzen derselben auf 131 Grm. und fiel nach Wiederaufnahme derselben auf 87 Grm. In gleichem Maße war das Verhältniß des Zuckers zum Harnstoff während der Fermentbehandlung in beträchtlichem Maße gefallen; das Körpergewicht hatte um ein Geringes zugenommen, die Neuralgie war verschwunden. Im zweiten Falle, eine sogenannte „fette" Form des Diabetes betreffend, sank der Zuckergehalt von 41 auf 11 Grm. und war durch einige Tage sogar Null. Im dritten Falle wurde der Zuckergehalt von 116 auf 80 Grm. herabgesetzt. Trotz des noch immer beträchtlichen Zuckergehaltes hatte sich das Allgemeinbefinden bedeutend gebessert. Der vierte Fall endlich betraf eine schwere Phthisikerin mit Diabetes und hochgradiger Abmagerung. Es bestand bedeutende Polyurie und ausgesprochene Acetonurie. Bei dieser Kranken fiel die Zuckerausscheidung von 257 auf 124 Grm., stieg dann trotz der Fermentbehandlung auf 163 Grm. und schließlich nach Aussetzen derselben auf 262 Grm. — Die in diesen Fällen täglich verabreichte Menge betrug 1 Liter der Fermentlösung; eine Erhöhung der Dosis schien keinen praktischen Werth zu haben. L. gesteht zu, daß die Wirkung seines Mittels wahrscheinlich nur eine temporäre sein könne, und daß es in einer Reihe von Fällen gänzlich versagen dürfte, was nicht zu verwundern sei, wenn man in Betracht ziehe, daß der Diabetes eine höchst complicirte Erkrankung und die Herabsetzung der glycolytischen Kraft nur eines seiner Elemente sei. Immerhin könne er aber das Mittel für alle Diabetesfälle, besonders mit Hinblick auf dessen völlige Unschädlichkeit, empfehlen.

— Nachdem bacteriologische Untersuchungen gezeigt hatten, daß die durch Caries entstandenen Höhlen der Zähne einen günstigen Nährboden für die verschiedenartigsten Mikroorganismen bilden, wurde vielfach die Vermuthung ausgesprochen, daß solche cariöse Zahnhöhlen auch dem Tuberkelbacillus gelegentlich zur Eingangspforte dienen können. Die wenigen bisher beschriebenen, hiehergehörigen Fälle bilden jedoch keinen sicheren Beweis dafür, daß in den betreffenden Fällen die Infection wirklich von einem cariösen Zahn ausgegangen ist. Nur in einem Falle von MORELLI bestand eine primäre Tuberculose des Zahnfleisches und der Backenschleimhaut, und gleichzeitig wurde in dem aus einer cariösen Höhle des herausgezogenen Weisheitszahnes entnommenen Inhalte bei der mikroskopischen Untersuchung eine Menge von Tuberkelbacillen nachgewiesen. Einen ähnlichen Fall nun, in welchem es sich um eine **cariöse Zahnlücke als Eingangspforte der Tuberculose** gehandelt hatte, berichtet Dr. v. JARUNTOWSKI („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 18). Der Fall betraf einen 40jährigen Pat. mit destructiver Infiltration in den oberen Theilen beider Lungen, der außerdem tuberculöse Ulcerationen auf der Mundschleimhaut hinter dem unteren linken Weisheitszahne, am weichen Gaumen und am Zahnfleische des Weisheitszahnes aufwies. Der extrahirte Weisheitszahn zeigte eine ziemlich große cariöse Höhle, in deren Inhalt eine große Menge von meist in Häufchen liegenden Tuberkelbacillen gefunden wurde. Dieser Fall beweist somit, daß die durch Caries entstandenen Höhlen in den Zähnen den Tuberkelbacillen zur Brutstätte dienen können, von wo aus die letzteren gelegentlich weiter in den Organismus eindringen und eine tuberculöse Affection hervorrufen können. Daß die im Zahninhalte gefundenen Tuberkelbacillen aus einem in der cariösen Höhle entstandenen tuberculösen Herde stammten und nicht etwa dem Auswurfe angehörten, das beweist besonders das mikroskopische Bild, welches eine so große Menge von Tuberkelbacillen zeigte, wie sie für gewöhnlich nur in Culturen und frischen Herden zu sehen sind.

— Nach der von LEVIS angegebenen Methode der **Behandlung der Hydrocelen mit Carbolsäureinjectionen** hat KOPS (Ann. de la soc. de méd. d'Anvers, Februar 1895) 9 Fälle operirt, darunter einen Fall mit doppelseitiger Hydrocele. Das Verfahren ist folgendes: Nach entsprechender Reinigung wird der Hydrocelen-inhalt vollständig abgelassen und hierauf durch den Troicar im Maximum 2 Grm. einer frischen Lösung von gleichen Theilen Carbolsäure und Glycerin injicirt, welche nach einer Minute wieder herausgelassen wird. Bei dieser Methode ist der Schmerz nach der Operation gleich Null, die Kranken brauchen nur 24—48 Stunden im Bette zu bleiben; die Heilung tritt rascher ein, wie bei jeder anderen Methode, eine Recidive ist bis jetzt nicht beobachtet worden. Unangenehme Zwischenfälle sind nicht häufiger, als bei sonst irgend einem Verfahren.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

III.

MIKULICZ (Breslau): **Die chirurgische Behandlung der BASEDOW-schen Krankheit.**

Durch die operative Behandlung wird nach übereinstimmender Ansicht der Chirurgen die BASEDOW'sche Krankheit sehr viel gebessert. M. hat 11 Fälle operirt (10mal mit Kropf, 1mal mit ausgedehntem Lymphangiom), welche sämmtlich die Erscheinungen des Morbus Basedowii, d. h. neben Kropf und Exophthalmus deutliche Tachycardie und schwere psychoneurotische Erscheinungen in ausgesprochenstem Maße zeigten. 5mal war die Operation wegen großer Athmungsbeschwerden indicirt. Mehrmals hat M. alle vier Arterien unterbunden, 3mal die Enucleation der Kropfknoten, 5mal die Resection ausgeführt. Das Resultat der Operation war, daß 6 Fälle als vollständig geheilt anzusehen sind (1—9½ Jahr). Vier Patienten sind seit 2—12 Monaten wesentlich gebessert. In einem Falle wurde nach der zweizeitig ausgeführten Resection beider Kropfhälften ebenfalls ein günstiger Erfolg beobachtet. Diese Erfahrungen berechtigen zu dem Schluß, daß jedes Mal durch Verkleinerung der Schilddrüse die BASEDOW'sche Krankheit günstig beeinflußt wird, und daß, da alle Methoden zum Ziele führen, die einfachste und ungefährlichste vorzuziehen ist. Aus diesem Grunde ist zunächst immer die Enucleation der Cysten, bezw. die Unterbindung aller 4 Arterien auszuführen und die weit gefährlichere Resection nur als letztes Hilfsmittel anzusehen.

Was den Einfluß der Operation auf die Krankheit anbetrifft, so verschwinden nach Verkleinerung des Kropfes die Symptome der Krankheit nach einander, oft erst im Zeitraum von 1—1½ Jahren. Zuerst hören die psychoneurotischen Erscheinungen, wie Unruhe, Angstgefühl, Schlaflosigkeit auf. Dann erfolgt die Rückbildung der Erscheinungen seitens der Gefäße, die Puls- und Herzfrequenz vermindert sich, die accessorischen Herzgeräusche verschwinden im Laufe der nächsten 2—3 Jahre. Noch später geht der Exophthalmus zurück, der aber zuweilen trotz völliger Heilung des Pat. noch während des ganzen Lebens fortbestehen kann. Am spätesten ver-

schwinden die trophischen Störungen, das Oedem etc. Schon wenige Wochen nach der Operation erfolgt gewöhnlich eine bedeutende Gewichtszunahme. Bei einem 52jährigen Manne mit schweren Erscheinungen der BASEDOW'schen Krankheit trat nach Unterbindung der 4 Arterien im Laufe der nächsten Monate die Heilung ein; die Rückbildung der trophischen Störungen in Form von Hyperplasie beider Mammae vollzog sich indessen erst ganz allmälig in Jahresfrist.

Bei Erörterung der Frage, welchen Einfluß die operative Entfernung der Schilddrüse auf die Krankheit hat, bemerkt Redner, daß weder die grobmechanische Drucktheorie, noch die Sympathicustheorie, der Zusammenhang der Schilddrüsenkapsel mit den Herzästen des Sympathicus, eine genügende Erklärung gibt. Redner faßt die BASEDOW'sche Krankheit als eine primäre Neurose auf, bei der entweder der Kropf schon vorher besteht oder durch sie hervorgerufen wird. Ein großer Theil der Krankheitserscheinungen ist durch die Intoxication mit Schilddrüsensecret bedingt. Die Schilddrüse bildet im Kreislauf gewissermaßen einen Multiplicator: sie wächst durch die primäre Neurose und steigert ihrerseits die Erscheinungen, während ihre Ausschaltung zu baldiger Heilung führt. Das Gros der leichteren Fälle mag der inneren Medicin überlassen bleiben, die schweren Fälle fordern dringend zu rechtzeitigem Eingreifen des Chirurgen auf.

KOCHER (Bern): Bericht über 1000 Kropfexstirpationen.

Seit seinem vor 12 Jahren gegebenen Bericht über die ersten 100 Kropfexstirpationen hat K. diese Operation noch 900mal ausgeführt und bei Vermeidung der Totalexstirpation niemals mehr Cachexia strumipriva beobachtet. Bei den früheren Fällen von totaler Kropfexstirpation werden nur dann die Zeichen von Kachexia strumipriva vermißt, wenn inzwischen ein Recidiv eingetreten ist. Acute Kachexie ist dagegen mehrfach in den Fällen aufgetreten, in denen bei der Excision wegen der Malignität des Tumors nur ganz kleine Reste zurückgelassen werden durften, doch war der Verlauf ein günstiger. Die in 7% der Fälle nach der Excision aufgetretenen Stimmstörungen lassen sich durch sorgfältige Operation vermeiden. Die nach Abzug der malignen Tumoren übrig bleibenden 870 operirten Fälle ergaben eine Mortalität von 11 Fällen, also etwas mehr als 1%. Von diesen sind 5 wegen des vorgeschrittenen Stadiums der Erkrankung nicht der Operation zuzuschreiben; 3 Todesfälle entfallen auf die BASEDOW'sche Krankheit, bei der K. sich mit der Ligatur von 3 Arterien begnügt. Das Chloroform hat bei den 900 Kropfexstirpationen keinen einzigen Todesfall verschuldet, dagegen ist ein Exitus nach Aetherbronchitis verzeichnet. Gewöhnlich wurde zur Narkose successive Chloroform und Aether verwendet. Bei hochgradigem Kropf beschränkt K. sich auf die Cocainanästhesie. Das Ergebniß dieser 1000 Fälle spricht deutlich dafür, daß die Kropfexcision alle ihre Bedenken verloren hat.

Noch weit größer wird jedoch der Fortschritt auf diesem Gebiete sein, wenn die Verhütung und Heilung des Kropfes nur eine Frage rationeller Ernährung geworden sein wird. Für die Lösung der Frage in diesem Sinne haben sich in neuerer Zeit verschiedene Anhaltspunkte ergeben. Experimentelle Untersuchungen an Thieren auf K.'s Klinik haben gezeigt, daß durch längere Zeit fortgesetzte Schilddrüsenfütterung nicht nur eine Verkleinerung und Atrophie der Schilddrüse, sondern selbst ein Aufhören ihrer Function bewirken kann. Die einzelnen Thiere zeigen eine sehr verschiedene Empfindlichkeit gegen den Schilddrüsensaft einer anderen Species. Durch Excision der Schilddrüse bei trächtigen Thieren wurden verschiedene Junge erzeugt. Andererseits kann durch Verabfolgung von Phosphaten ebenfalls Atrophie der Schilddrüse hervorgerufen werden. Die Darreichung der Phosphate bei Morbus Basedowii hat eine Verkleinerung des Kropfes und eine rasche Rückbildung einzelner Erscheinungen eintreten lassen. Es scheint demnach die Schilddrüse mit der Assimilation der Phosphate im Körper einen gewissen Zusammenhang zu besitzen. Aehnlich günstige Wirkungen auf den Kropf hat man auch unter dem Einfluß veränderter Ernährung beobachten können. Immerhin hat Redner die Ueberzeugung gewonnen, daß die abnorme Absonderung von Schilddrüsensaft einen ursächlichen Zusammenhang mit der Entwicklung der BASEDOW'schen Erscheinungen besitzt.

Discussion.

Rehn (Frankfurt) hat als der Erste eine Kropfcyste mit Schilddrüsengewebe incidirt und in Folge dessen Erscheinungen, wie bei acutem Basedow beobachtet. Die wesentliche Besserung, welche nach der Verkleinerung der Schilddrüse auftritt, spricht für das Vorhandensein eines Giftes in der Drüse, die Erscheinungen der BASEDOW'schen Krankheit nach Fütterung mit Schilddrüse für eine Hyperfunction der letzteren.

Krönlein (Zürich) plaidirt für die operative Behandlung des Morbus Basedowii. In 8 resecirten Fällen hat er recht günstige Endresultate beobachtet. 400mal hat er die Strumektomie ausgeführt; die letzten 200 in Morphium-Aethernarkose ausgeführten Operationen haben sämmtlich zur Heilung geführt.

Mikulicz (Breslau) hat durch Fütterung mit Thymus die gleichen Resultate, wie mit Schilddrüse erreicht. Auf die schnelle Besserung in den ersten zwei folgt zunächst ein gewisser Stillstand und alsdann ein sehr langsames Zurückgehen der Erscheinungen. In einem Falle von BASEDOW'scher Krankheit wurden innerhalb 5 Wochen 335 Grm. Schilddrüse verfüttert und sehr gut vertragen; der Effect war ein recht zufriedenstellender.

v. Eiselsberg (Utrecht): Bei zwei Kranken mit Myxödem hatte die Fütterung mit Thymus nicht den geringsten Erfolg; erst die Darreichung von Schilddrüse brachte nahezu völlige Ausheilung. In dem einen Falle bekommt die Patientin, wenn sie die Schilddrüsenfütterung länger als 14 Tage aussetzt, auf's Neue leichte Krankheitserscheinungen.

Trendelenburg (Bonn): Die operative Behandlung des Morbus Basedowii ist entschieden empfehlenswerth. Bei zweizeitiger Operation hat er von der Unterbindung sämmtlicher 4 Arterien keinerlei üble Folgen gesehen, ebensowenig

Rydygier (Krakau), der bei 22 derart operirten Fällen niemals Zeichen von Myxödem beobachtet hat.

Nasse (Berlin) ist bei einer Kranken mit BASEDOW'scher Krankheit, welche mit Schilddrüse gefüttert wurde, durch die heftigen Beschwerden zum Aussetzen der Cur gezwungen worden. In diesem, wie in verschiedenen anderen Fällen ging unter Schilddrüsenfütterung die Kropfbildung zurück, um 2 bis 3 Wochen nach Aussetzen des Mittels den alten Standpunkt wieder einzunehmen.

BIER (Kiel): Weitere Mittheilungen über tragfähige Amputationsstümpfe im Bereiche der Diaphyse.

Redner stellt eine Anzahl amputirter Patienten vor, welche die Vorzüge seines Verfahrens deutlich illustriren. B.'s Verfahren besteht bekanntlich darin, daß er aus dem Amputationsstumpf einen Keil herausschneidet und diesen in rechtwinkeliger Stellung zur Anheilung an den Diaphysenknochen bringt. —r.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 17. Mai 1895.

KAPOSI stellt einen 13jährigen Pat. mit Ichthyosis hystrix vor. Das mit weißlichen, dicken, mörtelartigen Auflagerungen bedeckte Gesicht macht den Eindruck, wie wenn es mit einer Gypslarve bedeckt wäre; ähnliche mörtelartige Massen sind dem behaarten Kopfe und der Haut des Stammes und der Extremitäten aufgelagert. In den Ellbogenbeugen kleine harte Knötchen von schmutzigbrauner Farbe; am Penis und über den Knien warzige Gebilde von schmutziger Färbung; die über die seitlichen Thoraxpartien gleitende Handfläche hat die Empfindung, wie wenn man über eine feine Stahlbürste hinüberfährt. Bezüglich der Ichthyosis im Allgemeinen vertritt K. die Ansicht, daß es sich bei derselben um eine totale Verhornung der Retezellen in einer Schichtenhöhe handelt, wie dies bei anderen warzigen Gebilden nicht der Fall ist; daher der Umstand, daß die verhornten Massen liegen bleiben, sich nicht abstoßen und in Folge des langen Liegenbleibens nachdunkeln.

O. STÖRK demonstrirt die pathologisch-anatomischen Präparate eines Falles von Lymphosarcom des Dünndarms. Es handelte sich um einen 24jährigen Pat., bei welchem klinisch ein höckeriger Tumor im Abdomen constatirt worden und der unter den Erscheinungen von Schmerzen im Bauche, Erbrechen und Collaps gestorben war. Bei der Section fand sich eine eiterige Peritonitis, ausgehend von einer Perforationsöffnung im Dünndarm. Die Darmwand des Jejunums und des Anfangstheils des Ileums war beträchtlich verdickt, durch eine milchig-weiße Tumormasse infiltrirt und substituirt. Der Darm war dadurch in ein weit klaffendes, starres Rohr umgewandelt. Nach unten zu endete dieser Darmabschnitt mit einer

Intussusception. Die diesem Darmabschnitt entsprechenden Mesenteriallymphdrüsen in ein faustgroßes Paquet confluirt und in die gleiche Tumormasse umgewandelt; im übrigen Theile des Ileums ähnliche Veränderungen in plaquesweiser Anordnung; daselbst noch eine zweite Intussusception. Die histologische Untersuchung ergab ein kleinzelliges, die ganze Darmwand durchsetzendes Lymphosarcom.

HABERDA demonstrirt aus Anlaß eines in letzter Zeit vor Gericht verhandelten Falles von Mord durch Hammerschläge auf den Kopf Präparate von „Lochbrüchen" des Schädels und erörterte die Wichtigkeit derselben für den Rückschluß auf das Mordinstrument.

HAMMERSCHLAG: Zur Diagnostik des Magencarcinoms.

Mit dem Aufschwung der Magenchirurgie ist auch das Bedürfniß nach Verfeinerung der Diagnostik des Magencarcinoms gestiegen; gleichwohl besitzen wir noch kein völlig charakteristisches Symptom des Magenkrebses. Immerhin gelingt es aber einer sorgfältigen Untersuchung, in einer Reihe von Fällen schon frühzeitig die Diagnose zu stellen.

Als typisch für das Magencarcinom kann folgender Befund gelten: Mangel freier Salzsäure, reichliches Vorhandensein von Milchsäure, Fehlen der Eiweißverdauung, zahlreiche „lange Bacillen", progressive Abnahme der motorischen Kraft. Die Frage, ob diese Veränderungen *nur* bei Magencarcinom vorkommen, muß entschieden verneint werden. Bezüglich des Vorkommens von Milchsäure hat H. selbst 3 auf Carcinom verdächtige Fälle beobachtet, bei welchen trotz reichlicher Milchsäure hinterher die Diagnose „Carcinom" mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Aber unter 250 Fällen der Klinik NOTHNAGEL waren von 33 Fällen mit Milchsäure 30 Carcinome und 3 keine Carcinome; von 35 Fällen mit mangelnder Eiweißverdauung waren 30 Carcinome, 5 anderweitige Erkrankungen. Die weitere Frage, ob die erwähnten Veränderungen *constant* bei Carcinom vorkommen, läßt sich auch nicht allgemein bejahen, da im Anfangsstadium und oft auch noch in vorgeschrittenen Stadien der Chemismus völlig normal sein kann. In jenen Fällen, in welchen das Carcinom sich nicht am Pylorus entwickelt, die somit nicht von vornherein zur Stenose und Ektasie neigen, erlaubt die Magensaftanalyse relativ am häufigsten eine frühzeitige Diagnose. Auch bei Carcinom, welches sich aus einer Ulcusnarbe entwickelt, pflegt sich frühzeitig der geschilderte Chemismus einzustellen, hingegen bleibt derselbe bei Pyloruscarcinom oft lange Zeit normal; eine starke Verminderung des Pepsins bei noch vorhandener Salzsäure beobachtet man hier ziemlich häufig in frühen Stadien.

Im Allgemeinen gestattet die Mageninhaltsprüfung in einer Reihe von Fällen, namentlich bei solchen ohne Ektasie, eine frühzeitige Diagnose. Von großer Wichtigkeit ist aber die Vornahme wiederholter Analysen.

H. hatte durch Untersuchung frischer, von Gastroenterostomien herrührender Magenschleimhautstückchen Gelegenheit, das Verhältniß des Magenchemismus bei Magencarcinom zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Magenschleimhaut zu studiren und eine vollkommene Uebereinstimmung beider Processe zu constatiren. Als wesentlichste Veränderung fand sich nämlich bei beträchtlicher Verdünnung der Mucosa eine weitgehende Degeneration der Labdrüsen, welche hauptsächlich die Belegzellen betraf, ein Befund, der hinlänglich geeignet ist, den abnormen Magenchemismus zu erklären. Als Nebenbefund wurde das Vorkommen von eosinophilen Zellen in den tieferen Schichten erhoben.

Diese histologischen Befunde können nur der Ausdruck einer secundären Veränderung der Magenschleimhaut sein. Wenn dadurch die Bedeutung der Magensaftuntersuchung für die Frühdiagnose auch eingeschränkt wird, so gestatten andererseits die dem chemischen Befunde entsprechenden histologischen Veränderungen die diagnostischen Schlüsse etwas schärfer zu präcisiren. Dies ist um so nothwendiger, als eine Besserung der Resultate der Magenkrebs-Chirurgie nicht von einem Fortschritt auf dem Gebiete der Technik, sondern von dem Fortschritt auf dem Gebiete der Frühdiagnostik zu erwarten ist.

Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. Mai 1895.

Vorsitzender: Prof. KOLISKO.

Dr. BIEDL würdigt in einem warm empfundenen Nachruf die Verdienste CARL LUDWIG's und der in seinem Geiste wirkenden Schule für die Physiologie und die Lehre vom Kreislauf.

Dr. HOCK stellt ein 3wöchentliches Kind mit ausgebreitetem luetischen Exanthem, sog. **Pemphigus lueticus,** vor. Die Mutter, gegenwärtig 25 Jahre alt, wurde vor 7 Jahren inficirt, vor 2 Jahren Geburt eines nicht vollkommen ausgetragenen Kindes, welches ausgebreitete Ablösung der Epidermis zeigte und nach 6 Tagen starb. Vor einem Jahre Geburt von Zwillingen, welche nach einigen Wochen ein maculöses Exanthem zeigten, das nach Quecksilbergebrauch schwand. Dieselben starben gleichzeitig im Alter von 5 Monaten plötzlich unter Convulsionen. Das gegenwärtige Kind kam im Alter von 10 Tagen in die Ambulanz des Vortr. und zeigt neben den Erscheinungen von Coryza und ausgesprochenem luetischen Habitus im Gesicht, am Stamm und an der Galea Blasen von Hirsekorn- bis Erbsengröße; eine besonders große saß über dem rechten Augenlid, dasselbe fast völlig einnehmend. Diese Blasen sind mit einer trüben, gelblichen Flüssigkeit gefüllt.

Die Epidermis an den Handflächen und Fußsohlen geröthet, verdünnt, der größere Theil des Exanthems ist während der Behandlung geschwunden, es treten jedoch noch immer einzelne Blasen auf. Die Blase am Augenlid ist abgeheilt und man sieht an dieser Stelle eine zwar verdünnte, aber völlig normale Epidermis, nirgends Narbenbildung.

Bekanntlich wird der Ausdruck Pemphigus syphiliticus vielfach bestritten; es geht jedoch nicht an, diesen Proceß mit dem pustulösen Syphilid und gewissen Rupiaformen in eine Parallele zu stellen, denn bei diesen ist immer ein tiefer sitzendes, zerfallendes Infiltrat vorhanden, welches hier fehlt. Man sieht aus der Art der Heilung und dem kurzen Bestande der Blasen, daß es sich um einen Proceß handelt, der sich nur im Rete abspielt, sowie der Pemphigus vulgaris, und deshalb glaubt der Vortr., müsse man in Analogie die Bezeichnung Pemphigus syphiliticus aufrecht erhalten.

Doc. Dr. J. KÖNIGSTEIN demonstrirt einen **Fall von Lues der Leber und inveterirter Malaria.**

(Erscheint ausführlich.)

Dr. FERDINAND ALT: Ueber den Ausfall der Gehörsperception auf einem Ohre.

Durch genaue Beobachtung des Verhaltens Schwerhöriger und durch Verwerthung therapeutischer Versuche, die von GRUBER angegeben wurden, glaubt A. ein bisher nicht beschriebenes Krankheitsbild festgestellt zu haben.

Ein Schwerhöriger, der sich dessen bewußt ist, auf einem Ohre schlechter zu hören, als auf dem anderen, wendet beim Gespräch dem Sprecher stets sein besseres, bezw. gesundes Ohr zu. Er thut dies auch dann, wenn so laut gesprochen wird, daß er ganz gut das Gesprochene mit seinem schlechteren Ohre hören könnte.

Ein Patient mit einer leichten Hornhautnarbe, welche die Sehschärfe des betreffenden Auges nur unbedeutend beeinflußt, lernt oft von den Eindrücken dieses Auges vollständig zu abstrahiren, weil sein gemeinschaftlicher Sehact gestört wird. Das schielende Auge sieht wohl, aber die Gesichtswahrnehmung erregt nicht die Aufmerksamkeit; schließlich bildet sich Amblyopia ex anopsia aus (nach FUCHS).

Wie die Gesichtsperception vernachlässigt werden kann, so kann auch die Gehörsperception abgeworfen werden. Beim Lesen eines fesselnden Buches hören wir nicht den Lärm um uns, beim Auscultiren haben wir auch das andere Ohr offen und vernachlässigen bei einiger Uebung alle Gehörseindrücke des nicht auscultirenden Ohres.

Wenn ein Kranker der mit einer catarrhalischen oder plastischen Entzündung des Mittelohres behaftet ist, sich bewußt wird, auf einem Ohre schlechter zu hören, als auf dem anderen, und in der geschilderten Weise sein schlechteres Ohr vernachlässigt, so hört er

anfangs auf diesem Ohre noch so viel, als der pathologischen Veränderung entspricht; dann erregt die Gehörswahrnehmung nicht mehr seine Aufmerksamkeit, und es bildet sich ein Zustand aus, welcher der Amblyopia ex anopsia entspricht.

Aus einer Reihe hieher gehöriger Beobachtungen greift der Vortr. einen typischen Fall heraus, bei dem er nachweist, daß sich derselbe weder in das Capitel der Otitis media plastica, noch in das der Labyrintherkrankungen einreihen läßt, noch als Combination der Plastica mit einer Labyrinthaffection aufgefaßt werden kann.

Dagegen wären für den Ausfall der Gehörsperception auf einem Ohre (dem linken in diesem Falle) folgende Umstände anzuführen: Der Trommelfellbefund (chronischer Mittelohrcatarrh), die gleichmäßig herabgesetzte, nahezu geschwundene Gehörsperception für Stimmgabeln vor dem Ohre und vom Warzenfortsatze aus, der nicht verwerthbare WEBER'sche und RINNE'sche Versuch, das minimale Hörvermögen und die Möglichkeit, eine beträchtliche Verbesserung der Hörschärfe herbeizuführen.

Als Therapie empfiehlt der Vortr., die Kranken über ihren Zustand aufzuklären, ihnen einzuschärfen, ihr schlechteres Ohr ja nicht zu vernachlässigen und sich vielmehr anzustrengen, dasselbe beim Höracte zu benützen. Ferner empfiehlt er, das bessere, bezw. gesunde Ohr öfters im Tage — 15—20mal — für kurze Zeit — 1—2 Minuten — mit Wolle und dem Finger zu verstopfen und für das schlechtere Ohr Hörübungen in der Weise anzustellen, daß sich die Kranken aus möglichst großer Entfernung vorlesen lassen und jedes Wort nachsprechen.

Notizen.

Wien, 18. Mai 1895.

(LEOP. R. v. DITTEL.) Der Vorstand der III. chirurgischen Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses, Hofrath Prof. R. v. DITTEL, feierte am 15. d. M. in voller geistiger und körperlicher Frische die Vollendung seines 80. Lebensjahres. Das medicinische Wien, vor Allem die k. k. Gesellschaft der Aerzte, deren Präsidium der greise Chirurg seit BILLROTH's Heimgang führt, und die engeren Schüler v. DITTEL's benutzten diesen Anlaß, dem Jubilar den Zoll ihrer Verehrung und Dankbarkeit abzustatten. Der derzeit älteste Vertreter der Chirurgie in Oesterreich-Ungarn und Deutschland, dessen Leben und Wirken mit den mächtigsten Umwälzungen auf dem Gebiete der Wundbehandlung zusammenfällt, ist auch heute noch kein Invalide der Chirurgie. Weise Lebensführung im Verein mit unermüdlichem Fleiße haben nicht nur große wissenschaftliche und therapeutische Erfolge, zumal in der von DITTEL so virtuos geübten operativen Urologie, gezeitigt, sie haben ihm auch einen langen, ungetrübten Lebensabend bereitet. Mehr als ein Hemisäculum ist verstrichen, seit DITTEL den Doctorhut erworben; seit 34 Jahren wirkt er als Primararzt des Allgemeinen Krankenhauses; ungezählte Schaaren Schwerkranker haben ihm die Wiederherstellung ihrer Gesundheit, die Verlängerung ihres Lebens, Tausende Linderung ihrer Beschwerden zu danken. Nur wenigen Menschen ist es vergönnt, die Bilanz so langen und fruchtbaren Lebens zu ziehen, nur wenigen, die Glückwünsche ihrer Freunde so ungebeugt und arbeitsfreudig zu empfangen.

(Wiener Aerztekammer.) In ihrer vorwöchentlichen Sitzung hat die Kammer, einem Referate des Dr. H. ADLER zustimmend, den Beschluß gefaßt, eine Petition an das Abgeordnetenhaus in dem Sinne zu richten, dasselbe möge eine Novelle zur Strafproceßordnung beschließen, nach welcher in Hinkunft Anklagen gegen einen Arzt wegen eines angeblich begangenen Kunstfehlers oder wegen eines angeblichen Mißbrauches seiner besonderen Kenntnisse und Fertigkeiten zur Begehung eines Verbrechens oder Vergehens nur auf Grund des Gutachtens einer Aerztekammer, eventuell einer medicinischen Facultät erhoben werden dürfen. — Der niederösterreichische Landes-Sanitätsrath hat in seiner Sitzung vom 6. Mai die von der Kammer vorgelegten Entwürfe für eine Geschäftsordnung der Kammer und des Kammervorstandes als Ehrenrath begutachtet und mit einigen unwesentlichen Modificationen der Genehmigung des Ministeriums des Innern empfohlen.

(Eine seltene Art des Selbstmordes.) Das Kunststück, sich in selbstmörderischer Absicht den Kehlkopf in toto zu reseciren und trotzdem noch mehrere Stunden fortzuleben, hat kürzlich eine Frau in Budapest zu Wege gebracht. Dr. CARL ACZÉL berichtet über diesen grausigen Fall im „Gyógyászat": Eines Abends wurde die Budapester Freiwillige Rettungsgesellschaft um ihre Intervention gebeten, angeblich, weil sich eine Frau in ihrer Wohnung den Hals durchschnitten hatte. In der That fand man eine Frau von mittleren Jahren am Fußboden zusammengekauert in ihrem Blute liegen, daneben Glasstücke eines eingebrochenen Fensters und ein blutiges Taschenmesser. Die Frau lebte und wehrte sich sogar mit ziemlicher Kraft gegen den Versuch, sie behufs Besichtigung der Wunde auf den Rücken zu legen. Der Puls war nicht zu fühlen, hingegen athmete die Frau tief und regelmäßig, nur stockte die Athmung bisweilen oder war durch Hustenstöße unterbrochen. Bei oberflächlicher Besichtigung fand sich am Halse eine circa 15 Cm. lange, fast die ganze Peripherie des Halses in der Höhe des oberen Schildknorpelrandes umfassende Schnittwunde. Nach Abhebung des unteren Wundrandes sah man in eine ungewöhnlich große Wundhöhle; ihre hintere Wand war von der Wirbelsäule gebildet, der ganze Kehlkopf fehlte. Der in die Tiefe tastende Finger stieß etwa 4 Cm. unterhalb des schon an sich retrahirten Wundrandes auf die Contouren der Luftröhre. Die vordere Wand des Schlundes fehlte, nur seine hintere Wand war auf der Wirbelsäule als ein bewegliches, schleimhautähnliches, glattes Band auffindbar. Die Carotiden waren unversehrt, sie pulsirten. Die Umgebung selbst war es, welche den intervenirenden Arzt darauf aufmerksam machte, daß sich die Selbstmörderin etwas aus ihrem Halse herausgeschnitten habe. In der That fand sich in der Blutlache ein Gegenstand, der schon durch das Tastgefühl als der Kehlkopf agnoscirt werden konnte. Daß es sich in diesem Falle wirklich um Selbstmord und nicht um fremdes Verschulden gehandelt hatte, darüber ließen die Nebenumstände des Falles keinen Zweifel. Mit einem Nothverband auf die Klinik gebracht, konnte die Frau nicht nur von der Tragbahre selbst in's Krankenbett gehen, sondern sie lebte noch 5—6 Stunden. Der Fall, daß sich Jemand den Hals durchschneidet und denselben mit einem einfachen Tischmesser förmlich eviscerirt, ohne dabei die großen Halsgefäße zu verletzen, und diesen etwas gewaltsamen Eingriff noch mehrere Stunden überlebt, dieser Fall dürfte in der That ein Unicum sein.

(Ein neues Element.) Die Entdeckung des atmosphärischen Argons hat unmittelbar noch die Auffindung eines für die Erde neuen Elements nach sich gezogen. Dieses Element, das Helium, war bis jetzt nur in der glühenden Sonnen-Atmosphäre nachgewiesen, wo es sich durch eine helle gelbe Linie verräth; alle Versuche, dieses Element im Spectrum irgend eines irdischen Körpers nachzuweisen, schlugen fehl. Nun hatte vor mehreren Jahren der Chemiker HILLEBRAND die Beobachtung gemacht, daß beim Kochen eines ziemlich seltenen Minerals, des Cleveït, mit Schwefelsäure ein Gas entweicht, welches er für Stickstoff hielt. Neuerdings hat W. RAMSAY dieses Gas in größerer Menge dargestellt und untersucht, nachdem er dasselbe mit Sauerstoff vermischt hatte und einen elektrischen Funken hindurchschlagen ließ. Es blieb ein Rückstand, der das Spectrum des Argons, daneben aber noch ein zweites Spectrum mit einer hellen gelben Linie zeigt, die nach RAMSAY mit der gelben Helium-Linie zusammenfällt. Das Spectrum des atmosphärischen Argons zeigt andererseits aber auch noch mehrere violette Linien, die im Spectrum des aus dem Cleveït gewonnenen Argons fehlen. Sonach enthält jenes Argon also noch ein zweites neues Element, dessen Darstellung aber noch nicht gelungen ist. Die Auffindung des Heliums in einer irdischen Substanz ist eine der merkwürdigsten und völlig unerwarteten Entdeckungen. Der berühmte französische Chemiker BERTHELOT macht außerdem darauf aufmerksam, daß eine Aehnlichkeit mit dem Spectrum des Nordlichtes vorliege und die dem letzteren eigenthümlichen Linien einer Verbindung des Argons angehören könnten. Er hält es nicht für unmöglich, daß das Nordlicht eine unter dem Einflusse der elektrischen Entladungen der Erde entstehende fluorescirende Verbindung des Argons sei.

(Einfluß der Rasse auf Nerven- und Geisteskrankheiten.) Im „Verein der deutschen Irrenärzte" hielt Dr. BUSCHAN

(Stettin) einen Vortrag, in welchem er auf Grund eines reichen statistischen Materials obiges Thema behandelte. Er führte zunächst an, daß sich in der Thierwelt ein verschiedenes Verhalten gegen manche pathologische Einflüsse bei gewissen Thierclassen beobachten lasse und erwähnte die Immunität des Huhnes gegen Tetanus, des Hundes und der Katze gegen Milzbrand, der weißen Ratte gegen Diphtherie u. dgl. m. Ein ähnlicher Einfluß der Rasse bestehe auch beim Menschen, besonders in Bezug auf die Häufigkeit und Form der Nerven- und Geisteskrankheiten, und auch innerhalb einer speciellen Rasse mache sich ein gewisser Unterschied geltend. So läßt sich innerhalb der indogermanischen Typen der weißen Rasse statistisch feststellen, daß das skandinavisch-germanische Element, somit der blonde nordische Typus, mehr zu den depressiven Formen der Psychosen und das keltisch-iberisch-ligurische Element, der brünette südländische Typus, mehr zu den maniakalischen Formen hinneigt. Dementsprechend weist die Selbstmordstatistik bei jenem eine ungleich höhere Ziffer auf als bei diesem. Eine abnorm hohe Zahl von Geistes- und Nervenkrankheiten constatirt B. bei der semitischen Gruppe der weißen Rasse und er macht hiefür nur zum geringen Theil die socialen Umstände, vielmehr in der Hauptsache den Einfluß der Rasse verantwortlich. Nun, es mag dahingestellt bleiben, ob die Psyche eines ganzen Volkes unter einer Jahrhunderte währenden Alteration nicht ebenso leidet wie die psychische Verfassung des einzelnen Individuums. B. besprach auch das häufige Vorkommen des Diabetes bei den heutigen Juden und die auffallende Seltenheit von Epilepsie und Tabes bei denselben. Trotzdem stehe fest, daß ein neuritischer Zug durch den ganzen Volksstamm der Juden gehe. Die gelbe Rasse ist durch ihre Neigung zu Exaltationszuständen charakterisirt. Bemerkenswerth ist die eigenthümliche Form der Menstrualpsychosen bei den Katschingen, die Wuthausbrüche der Samojeden, die große Verbreitung der Epilepsie bei den Bewohnern des malaischen Archipels, der Verfolgungswahnsinn der Sumatraner u. dgl. m. Das Wenige, das über die rothe Rasse bekannt ist, läßt vermuthen, daß Geistes- und Nervenkrankheiten bei ihr recht selten sind, daß sie äußerst selten dem Delirium tremens anheimfällt, obwohl der Alkoholmißbrauch bei den Indianern eine weitverbreitete Unsitte ist. Der Alkohol äußert seine Folgen hier hauptsächlich in epileptischen Anfällen. Bei den Negern sind, so lange sie im Urzustande leben, wahre Geisteskrankheiten äußerst selten; nur Idiotie und Hysterie kommen vor. Unter dem Einflusse der Cultur und des kälteren Climas steigert sich ihre Empfänglichkeit für Psychosen, unter denen besonders die Manie hervortritt. Von den Nervenkrankheiten stellen die Neger bezüglich des Tetanus ein ungleich höheres Contingent als die Weißen. Hingegen ist die Immunität der schwarzen Rasse gegen Chorea auffallend. Gegenüber der abnorm gesteigerten Empfänglichkeit des Nervensystems (Tetanus) der Neger ist das absolut negative Verhalten der Psyche, welches in der bekannten Schlafsucht der Neger seinen Ausdruck findet, eine charakteristische Eigenschaft der schwarzen Rasse.

(Statistik.) Vom 5. bis inclusive 11. Mai 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6904 Personen behandelt. Hievon wurden 1431 entlassen; 183 sind gestorben (11·33% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 54, egyptischer Augenentzündung 7, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern 1, Varicellen 49, Scharlach 99, Masern 237, Keuchhusten 61. Wundrothlauf 22, Wochenbettfieber 4, Mumps 14, Influenza —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 743 Personen gestorben (+ 3 gegen die Vorwoche).

(Todesfall.) In London ist am 5. d. M. der hervorragende Hygieniker Sir George Buchanan, der Präsident des 1891 abgehaltenen internationalen hygienischen Congresses, gestorben.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Eulenburg A., Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. III., gänzlich umgearbeitete Auflage. VI. Band. Wien und Leipzig 1895, Urban und Schwarzenberg.

Gad J., Real-Lexikon der med. Propädeutik. 2. Band. Lief. 37 und 38. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Schilling Fr., Hydrotherapie für Aerzte. II. verm. Aufl. Neuwied 1895, L. Heuser.

Ihle O., Ueber zwei neue transportable Beinhalter. Neuwied 1895, L. Heuser.

Kühner A., Meine Behandlung der Syphilis. Neuwied 1895, L. Heuser.

Loebel A., Zur Behandlung der Oophoritis chron. durch Mineralbäder. Neuwied 1895, L. Heuser.

Buschan G., Die Brown-Séquard'sche Methode. Neuwied 1895, L. Heuser.

Münz, Das primäre Scheidensarkom. Neuwied 1895, L. Heuser.

Rokitansky C. v., Lehrbuch für Hebammen. Wien 1895, A. Hölder.

Onodi A., Die Innervation des Kehlkopfes. Wien 1895, A. Hölder.

Lewin G. und **Heller J.,** Die Sklerodermie. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Baginsky A., Die Serumtherapie der Diphtherie. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Rotter E., Die typischen Operationen. 4. Aufl. München 1895, J. F. Lehmann.

Döderlein A., Leitfaden für den geburtshilflichen Operationscurs. II. vermehrte Auflage. Leipzig 1895, E. Besold.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir einen illustrirten Prospect über den **Curort Alsó-Tatrafüred in Ober-Ungarn**, welchen wir der geneigten Beachtung unsrer Leser bestens empfehlen.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 21. Sonntag den 26. Mai 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die modernen Bestrebungen in der Syphilistherapie

mit besonderer Berücksichtigung des Heilwerthes der Schwefelthermen.

Von **Dr. Ernest Finger**, a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität in Wien. *)

M. H.! Wenn ich, Ihrer mich sehr ehrenden Aufforderung Folge leistend, als Thema das Capitel der Syphilistherapie wählte, so war ich mir von vorneherein bewußt, Ihnen nichts Neues bringen zu können. Ich vermeinte jedoch, daß eine referirende Besprechung der neuen, modernen Bestrebungen und Richtungen der Syphilistherapie für Sie nicht ganz ohne Interesse sein würde, glaubte insbesondere über eine Discussion, die sich in neuester Zeit über den Werth und die Durchführung von Schwefelbadecuren bei Syphilis entsponnen hat, Ihnen berichten zu sollen.

Wir sind in der Syphilistherapie in der glücklichen Lage, über zwei specifisch wirkende Mittel, Quecksilber und Jod, zu verfügen. Alle Versuche, die Zahl specifischer Mittel zu erhöhen, neue Specifica einzuführen, sind gescheitert. Weder das Gold, noch das Platin, Chrom sind im Stande, Quecksilber oder Jod zu ersetzen.

Durch diese Erfahrung ist der Weg, den Forschung und Empirie in der Syphilistherapie einzuschlagen haben, ein eingeengter, streng vorgezeichneter. Quecksilber und Jod mußten stets die Basis, das Substrat der Experimente bleiben; die Versuche, die angestellt wurden, konnten sich nur nach einigen Richtungen bewegen.

Die eine, in neuerer Zeit sehr stark betretene Richtung betraf die chemische Seite, sie betraf die Herstellung und Verwendung neuer Präparate. In dieser Richtung hat die neueste Zeit Großes geleistet. Ich erinnere nur an die zahlreichen neuen, meist organischen Verbindungen; von Quecksilberverbindungen an das: Salicyl-, Carbol-, Glycocol-, Asparagin-, Alanin-, Harnstoff-Quecksilber, von Jodpräparaten an Jodlithion, Jodammonium, Jodoform, die in die Syphilistherapie eingeführt wurden. Doch waren diese Bestrebungen nicht glücklich. Mit Ausnahme des Lustgarten'schen Tanninquecksilbers, des Salicylquecksilbers verschwanden alle Präparate wieder sehr rasch. Die Ursache davon ist klar. Das Quecksilber ist ja in allen diesen Präparaten die Hauptsache, das Wirksame, die Form, in der es gebunden wird, mehr nebensächlich, und so können wir diesen Bestrebungen gegenüber das alte Wort von Colles citiren: „Ich habe oft gedacht, daß, wenn so viel Talent und Fleiß auf Erforschung der besten Anwendungsweise des Quecksilbers verwandt worden wäre, als man auf Zusammensetzung neuer Präparate desselben verwandt hat, wir nicht heutzutage so unsicher und selbst so unwissend sein würden in Betreff der besten Behandlungsweise der venerischen Krankheit.“

Erfolgreicher und gewiß auch zweckmäßiger war die zweite Richtung, in der sich die Forschung bewegte, das Studium der Frage der Applicationsweise der bekannten Specifica, vor Allem des Quecksilbers. Zu den allbekannten Applicationsmethoden der endermatischen Behandlung: der Frictionscur, der internen und subcutanen Behandlung, der Bäder und Räucherungen, von denen die Bäder in ihrer Indication auf die ulcerösen Hautsyphilide beschränkt, die antiquirten Räucherungen verlassen sind, hat die neueste Zeit zwei neue Applicationsweisen hinzugefügt.

1. Die Pflasterbehandlung, die in der Bedeckung größerer Hautpartien mit dem bekannten grauen Pflaster besteht, in der Art, daß ein großes Stück desselben abwechselnd auf Brust und Bauch, Oberschenkel, Unterschenkel aufgelegt, so lange liegen bleibt, bis es spontan abfällt, was meist 6 bis 8 Tage zu dauern pflegt.

Diese Methode ist, besonders bei Behandlung infantiler, hereditärer Syphilis, ein gutes Surrogat der Frictionscur.

2. Die Methode intramusculärer Injectionen größerer Mengen, meist 0·1 unlöslicher Quecksilberverbindungen: Salicyl-

*) Vortrag, gehalten im Verein der Curärzte Badens.

Thymolquecksilber, rothes Oxyd in Paraffinöl suspendirt, in die Glutaei injicirt. Diese Behandlungsmethode ist äußerst bequem, da nur einmal in der Woche injicirt wird, die Reactionserscheinungen sind local sehr gering, die Heilwirkung ist eine vorzügliche, den Einreibungen unbedingt an die Seite zu stellende, weshalb diese Methode auch gegenüber den ernstesten Erscheinungen cerebraler, visceraler Augensyphilis unbedingt am Platze ist. Ich hebe alle diese Vorzüge deshalb hervor, weil nach der sich jetzt bahnbrechenden Ansicht bei Combination von mercuriellen mit Schwefelbadecuren die intramusculären Injectionen an Stelle der bisher üblichen Frictionen zu treten hätten, eine Ansicht, deren Begründung ich später besprechen werde.

Die dritte Richtung endlich, in der sich die neueren Studien bewegen, betrifft die Frage der besten Behandlungsmethode der Syphilis. Diese Frage steht heute auf der Tagesordnung. Zwei Methoden sind es, deren Anhänger sich gegenwärtig bekämpfen.

Die ältere Methode der symptomatischen Behandlung stellt den Grundsatz auf, der Syphilitische sei stets nur dann zu behandeln, wenn er Symptome seiner Syphilis darbietet, in den Intervallen latenter Syphilis habe jede antiluetische Behandlung zu unterbleiben.

Diese Methode symptomatischer Behandlung basirt auf zwei Fundamentalsätzen.

a) Das Quecksilber heilt nicht die Syphilis als solche, sondern nur deren Symptome.

b) Das Quecksilber erscheint wirksam nur zur Zeit bestehender Erscheinungen, nicht aber in den Zeiten latenter Syphilis.

Diese beiden Fundamentalsätze halten eine Prüfung auf ihre Richtigkeit nicht aus.

Was den ersten Satz betrifft, das Quecksilber heile nur die Symptome der Syphilis, nicht aber diese selbst, so ist uns dieser Satz heute nicht mehr verständlich. Wie soll das Quecksilber gegen die Syphilis wirken, als indem es das Virus derselben zerstört, wie soll es die Symptome, die Proliferationsherde des Virus zur Ausheilung bringen, als indem es die Proliferation des Virus in denselben verhindert!

Andererseits wäre, wenn dieser Satz richtig ist, die Syphilis ja eine unheilbare Krankheit, das Quecksilber gar kein Specificum gegen dieselbe, denn ein Mittel, das nur die Symptome, nicht aber die Krankheit heilt, das nur die Syphilis aus dem manifesten in den latenten Zustand überführen, nicht aber heilen würde, verdiente doch nicht die Bezeichnung eines Specificum.

Bestimmt unrichtig und durch die Erfahrung widerlegt ist der zweite Fundamentalsatz: Das Quecksilber sei wirksam nur zur Zeit manifester, nicht aber latenter Syphilis. Seine beste Widerlegung findet dieser Satz durch die Erfahrungen, die wir bei hereditärer Syphilis machen.

Wir haben eine Frau, einen Mann vor uns, die latent syphilitisch, doch syphilitische Kinder zeugen, vielleicht schon zwei, drei syphilitische Nachkommen zur Welt brachten. Wir unterziehen die betreffende Frau, den betreffenden Mann einer energischen mercuriellen Cur mit dem ausgesprochenen Effecte, daß das nächste Kind gesund ist, gesund, frei von Syphilis bleibt. Diesen Erfolg verdanken wir doch nur der günstigen Einwirkung, welche die mercurielle Cur auf die latente Syphilis der Mutter oder des Vaters hatte.

Die beiden Fundamentalsätze, auf die sich die symptomatische Behandlungsmethode stützt, sind also unrichtig, sie haben richtig zu lauten:

a) Das Quecksilber ist ein specifisches Heilmittel der Syphilis, es heilt die Diathese, nicht nur deren Symptome.

b) Das Quecksilber ist sowohl gegen manifeste, als gegen latente Syphilis gleich wirksam.

Es sind hier aber noch einige weitere, den Verlauf, die Dauer der Syphilis betreffende klinische Erfahrungen zu berücksichtigen.

1. Einmal ist zu berücksichtigen, daß die virulente Phase secundärer Syphilis auch in behandelten Fällen lange dauert, sich meist auf mehrere Monate, ja Jahre hinauszieht. Jene Fälle, in denen die Secundärperiode mit dem ersten Exanthem abgeschlossen ist, sind entschieden weit in der Minderzahl. viel häufiger sind jene Fälle, wo auf das erste Exanthem noch ein oder einige Recidiven, Exantheme, Plaques, Psoriasis folgen und sich der Verlauf des secundären Stadiums auf ein bis zwei Jahre ausdehnt.

2. Das Virus der Syphilis, einmal in den Organismus eingedrungen, verbleibt durch lange Zeit in demselben. Wenn ein Patient ein, zwei, selbst drei Jahre nach der Infection noch Recidiven darbietet, die virulent sind, wie die Plaques an Mundlippen und Zunge, noch contagiös sind, so ist damit bewiesen, daß das Virus der Syphilis durch ein, zwei und mehrere Jahre im Organismus zu verweilen pflegt, continuirlich in demselben sich vorfindet, der Pat., gleichgiltig, ob seine Syphilis gerade manifest oder latent sei, doch stets syphilitisch bleibt.

Ja selbst nach Ablauf des secundären Stadiums bleibt Virus oft noch im Organismus zurück, wie jene Fälle beweisen, wo Eltern zwei, drei Jahre nach der Infection, die schon seit einem Jahre und länger keine Syphilissymptome mehr darboten, doch noch Kinder mit virulenten Symptomen hereditärer Syphilis zur Welt bringen.

Aus diesen klinischen Erfahrungen folgt für uns der wichtige Schluß, uns durch die Latenzperioden, die die einzelnen Ausbrüche manifester Syphilis zeitlich trennen, nicht täuschen zu lassen, sondern jeden Patienten, gleichgiltig, ob er Symptome hat oder nicht, durch die ersten Jahre nach der Infection als syphilitisch anzusehen. Es äußert eben das Virus, obwohl constant im Organismus, sich nur intermittirend.

Haben wir nun so auf der einen Seite die Thatsachen, daß das Quecksilber gegen das Syphilisvirus wirkt und wirksam ist, ebensowohl in den Phasen manifester als latenter Syphilis, andererseits die Erfahrung, daß ein heute inficirtes Individuum durch mehrere Jahre syphilitisch bleibt, es constant und continuirlich ist, wenn auch Phasen manifester und latenter Syphilis abwechseln, so würde aus dem Zusammenhalt dieser Thatsachen der Schluß resultiren, ein syphilitisches Individuum sei durch die ersten Jahre nach der Infection continuirlich zu behandeln. Continuirliche, länger dauernde Zufuhr von Quecksilber erschiene als das Logischeste. Eine solche continuirliche Behandlung jedoch ist, wie die Erfahrung zeigt, nicht zu empfehlen.

Abgesehen davon, daß eine continuirliche Behandlung doch immerhin recht beträchtliche Mengen von Quecksilber in den Organismus einführen würde, lehrt insbesondere die Erfahrung, daß bei länger dauernder Zufuhr von Quecksilber zum Organismus eine Angewöhnung desselben an das Mittel eintritt, die die Heilwirkung wesentlich beeinträchtigt.

Ist nun aus dem früher Gesagten eine lange dauernde Behandlung, lange anhaltende Einwirkung des Quecksilbers auf den syphilitischen Organismus erwünscht, die continuirliche Zufuhr des Quecksilbers aber nicht durchführbar, so kann die Behandlung nur discontinuirlich, intermittirend durchgeführt werden, indem gewisse Intervalle in der Darreichung des Quecksilbers eine zu große Accumulation desselben im Organismus, sowie die Angewöhnung des Organismus an das Quecksilber verhindern sollen. Auf diesen Principien basirt die von Fournier inaugurirte chronisch-intermittirende Behandlung der Syphilis, eine Methode, die gegenwärtig nicht nur in Frankreich, sondern auch in Deutschland, wo sie von Neisser eingeführt wurde, in England, Amerika zahlreiche Anhänger zählt.

Der Gegensatz zwischen der symptomatischen und der chronisch-intermittirenden Behandlung ist klar.

Die symptomatische Behandlung ist eine rein defensive Behandlung, sie wartet die Attaquen des Syphilisvirus ab, um sie dann abzuschlagen, sie stellt sich nicht die Aufgabe, das Syphilisvirus mit Sicherheit zu vernichten, sie begnügt sich damit, die Syphilis aus dem manifesten in das latente Stadium überzuführen. Ist einmal das Stadium der Latenz eingetreten, so wird der Patient, trotzdem man weiß, daß er noch syphilitisch ist, in seinem Körper noch Syphilisvirus führt, trotzdem man weiß, daß er fast zweifellos innerhalb kurzer Zeit wieder eine Recidive seiner Syphilis darbieten wird, doch nicht weiter behandelt. Es wird abgewartet, bis das Syphilisvirus wieder eine neue Attaque macht, sich durch Symptome äußert, um erst dann wieder einzuschreiten.

Diese Art des Vorgehens ist von unserem neueren, bacteriologischen Standpunkt nicht zu rechtfertigen. Steht es fest, daß das Quecksilber ein gutes Antiparasiticum, ein gutes Desinficiens gegenüber dem Syphilisvirus ist, steht es andererseits fest, daß das Syphilisvirus sich lange Zeit im Organismus erhält, nur durch sehr energische Desinfection eliminirt werden kann, dann ist die Desinfection des Organismus mit Quecksilber unbedingt so lange vorzunehmen, bis sie zum Ziele führt. Eine jede Unterbrechung der Desinfectionsarbeit ist ein Nachtheil, sie gestattet dem Virus, zu erstarken, zu proliferiren, sich zu vermehren.

Auf diesem Standpunkte nun steht die chronisch-intermittirende Behandlung. Sie geht von der klinischen Erfahrung aus, daß ein einmal inficirtes Individuum ein oder mehrere Jahre syphilitisch ist, ebenso syphilitisch ist, ob es nun Symptome hat oder nicht. Die chronisch-intermittirende Behandlung stellt es sich nicht zur Aufgabe, nur die Symptome der Syphilis temporär zum Schwunde zu bringen, sie will die Syphilis selbst heilen, sie beschäftigt sich nicht mit den Symptomen der Syphilis, sondern mit dem syphilitischen Patienten.

Es ist in dieser Frage aber noch auf einen wichtigen Umstand zu achten: auf die tertiären Symptome. Die secundäre Syphilis ist ja fast ausnahmslos eine leichte Erkrankung, so leicht, daß, wenn die Syphilis nur ein secundäres und kein tertiäres Stadium hätte, sie kaum der Behandlung bedürfte. Dasjenige aber, was bei der Syphilis droht, sind die tertiären Erscheinungen. Nun ist es durch die klinische Erfahrung zweifellos erwiesen, daß die Häufigkeit der tertiären Syphilis durch die Behandlung wesentlich beeinflußt wird. Patienten, deren secundäre Syphilis behandelt wurde, erkranken seltener an tertiären Erscheinungen, als Patienten, deren secundäre Syphilis nicht behandelt worden war. Die tertiären Erscheinungen sind umso seltener, je energischer die Behandlung im secundären Stadium war. Die Beobachtung, daß Patienten mit sehr leichter secundärer Syphilis, häufiger an tertiären Erscheinungen erkranken, als Patienten, die eine schwerere secundäre Syphilis mit wiederholten Recidiven durchmachten, ist daraus zu erklären, daß Patienten mit leichter secundärer Syphilis, nach den Principien symptomatischer Behandlung nur wenige und wenig energische Curen im secundären Stadium durchmachten, während eine schwere secundäre Syphilis mit wiederholten Recidiven auch den Anhänger symptomatischer Behandlung zur Durchführung wiederholter energischer Curen nöthigt. Die Häufigkeit tertiärer Erkrankungen nimmt aber ab in dem Verhältnisse, wie die Energie der Behandlung des secundären Stadiums zunimmt. Aber auch in dieser Beziehung ist die symptomatische Behandlung als eine zu wenig energische zu bezeichnen, die Resultate derselben mit Rücksicht auf Häufigkeit tertiärer Syphilis sind nicht befriedigend. Gewiß drückt die symptomatische Behandlung die Häufigkeit tertiärer Syphilis herab, aber die Zahl tertiär Syphilitischer nach symptomatischer Behandlung ist noch immer eine recht bedeutende. Hat nun die Behandlung des secundären Stadiums den Erfolg, die Häufigkeit tertiärer Erscheinungen herabzusetzen, so ist es klar, daß die Häufigkeit tertiärer Erscheinungen mit der Zunahme der Energie der Behandlung des secundären Stadiums abnehmen wird.

(Fortsetzung folgt.)

Verläßliche Methode der arzneilosen Behandlung der chronischen Obstipation.

Von **Dr. J. Schreiber** in Aussee-Meran.*)

Wie auf vielen Gebieten der Medicin, so hat sich auch in der Behandlung der chronischen Obstipation im Laufe der letzten Decennien eine wesentliche Umgestaltung vollzogen. Ein Blick auf die Literatur kennzeichnet diesen Umschwung am schlagendsten.

Das vor dreißig Jahren vielverbreitete „Handbuch der speciellen Therapie" von Köhler ergeht sich in dem Capitel „Hartleibigkeit und Stuhlverstopfung" auf vielen Seiten in einer Charakteristik und Dosirung der verschiedenen Abführmittel und Clystiere, sowie der einzuhaltenden Diät. Nur der letzte Satz dieses 9 Seiten umfassenden Abschnittes spricht von mechanischer Behandlung, und zwar mit solcher Vorsicht und Aengstlichkeit, daß man aus jedem Worte erkennt, wie neu diese Methode zu jener Zeit noch gewesen sein muß.

Köhler sagt wörtlich: „Das Kneten des Unterleibs nach dem Verlauf der Gedärme, welchem Piorry besondere Lobsprüche spendet, kann als Palliativmittel versucht werden, wenn man versichert ist, es sei keine erhebliche Veränderung in den Gedärmen zugegen."

Es muß übrigens auffallen, daß Köhler in seinem im Jahre 1859 erschienenen Werke über die mechanische Behandlung der Stuhlverstopfung so wenig zu sagen wußte, da doch Dr. M. Eulenburg drei Jahre vorher seine schöne, werthvolle, von wissenschaftlichem Geiste durchdrungene Abhandlung veröffentlicht hatte, welche den Titel führt: „Die Heilung der chronischen Unterleibsbeschwerden durch schwedische Heilgymnastik, auf Wissenschaft und Erfahrung begründet."

Hingegen führt Hennoch in seinem 1863 in 3. Auflage erschienenen, Epoche machenden Werke: „Klinik der Unterleibskrankheiten" unter den die chronische Stuhlverstopfung bekämpfenden Mitteln das „Turnen und die schwedische Heilgymnastik" an und nennt dieses Verfahren ein beachtenswerthes Mittel gegen chronische Stuhlverstopfung, vorausgesetzt, daß dieses Verfahren zweckmäßig geleitet, d. h. vorzugsweise auf die Bauchmuskeln concentrirt und consequent Monate lang fortgesetzt wird. „Die Anwendung der Gymnastik", schreibt Hennoch, „hat schon vielfache Erfolge aufzuweisen und wir können daher ihre Einführung in die Praxis als einen erheblichen Gewinn betrachten. Andere starke Körperbewegungen, Spazierengehen, Fußreisen, Reiten u. s. w. sind gewiß schätzbare Unterstützungsmittel für andere eröffnende Curen (Purgantia, Mineralbrunnen), bleiben aber doch häufig ohne Erfolg, zumal wenn das Leiden einigermaßen inveterirt ist. In solchen Fällen bedarf es einer methodischen Uebung der Muskeln, wie sie eben die Gymnastik darbietet.

Nach dem bald Wochen, bald Monate lang fortgesetzten Gebrauche derselben sehen wir in diesen Fällen ohne alle Beihilfe von inneren oder äußeren Mitteln die hartnäckige Stuhlverstopfung schwinden und mit derselben auch die davon abhängige Dyspepsie und Flatulenz, die hypochondrische Verstimmung und die mannigfachen consensuellen Symptome. Wir dürfen indeß nicht verschweigen, daß andere Beobachter nicht so unbedingt in das Lob der Heilgymnastik einstimmen, so z. B. Berend, der ohne gleichzeitig gereichte Aperientia

*) Vortrag, gehalten auf der 66. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte.

keine Hebung der Obstruction beobachten konnte. Meine eigene Erfahrung schließt sich dem an. In einer Reihe von Fällen, die ich heilgymnastisch behandeln ließ, vertragen die Kranken das völlige Aussetzen der gewohnten Mittel durchaus nicht und die durch die hartnäckige Obstruction bedingten Beschwerden veranlaßten mich in der Regel, den Gebrauch der Aperientia in kleinen Dosen während der Cur wieder aufzunehmen.

Von Massage thut HENNOCH keine Erwähnung, ein Beweis dafür, daß diese Methode im Jahre 1863 in Deutschland noch nicht gekannt war.

Später erschienene Werke, in denen von habitueller Stuhlverstopfung gesprochen wird, führen die Massage unter den Heilmitteln an und heutzutage hat die mechanische Behandlung bei der in Rede stehenden Erkrankung des Intestinaltractes allgemeinste Verbreitung und Anerkennung gefunden; sie hat die elektrischen und hydriatischen Curen in den Schatten gestellt; man kann fast in allen Fällen auf ihre Wirkung rechnen, wenn sie rationell, d. h. nach anatomischen Grundsätzen durchgeführt wird.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die chronische Stuhlverstopfung den mannigfaltigsten Quellen entspringt, daß sie nicht blos durch sitzende Lebensweise, unvernünftige Ernährung, allzureichliche und zu häufige Mahlzeiten hervorgerufen wird, sondern daß sie bisweilen in sonst gesunden Familien erblich und durch constitutionelle Leiden (Bleichsucht, Blutarmuth, Neurasthenie), sowie alle den Organismus schwächenden Erkrankungen erzeugt werden kann.

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte ist jedoch das Endresultat stets dasselbe: Die chronische Stuhlverstopfung kommt durch Atonie der Darmmusculatur, durch ungenügende Menge des Darmsaftes, durch schwache, oberflächliche Athmung und hiedurch bedingte Trägheit des Zwerchfells und der Bauchmuskeln zu Stande.

Die häufige Combination von Constipation und Neurasthenie spricht dafür, daß Reizungszustände gewisser Nerven im Spiele seien; doch geht Dr. DUNIN in seiner schätzenswerthen Abhandlung über Obstipation zu weit, wenn er behauptet, das in Rede stehende Leiden sei ausschließlich durch Neurasthenie bedingt. Ich habe eine beträchtliche Zahl von Constipirten behandelt, von denen kein Einziger die neurasthenischen Symptome aufwies; andererseits habe ich zahlreiche Neurastheniker kennen gelernt, welche, obwohl durch Behandlung von ihrer Constipation geheilt, nach wie vor von ihren neurasthenischen Zuständen geplagt wurden.

Das Verständniß für die feineren pathologischen Vorgänge im Darmcanale erschließt sich uns, wenn wir im Auge behalten, daß die auf der Schleimhaut des Darmes sich ausbreitenden Gefäße durch Nerveneinflüsse sich verengern und erweitern, daß demnach die Menge der aus den Gefäßen stammenden Secrete sich ändert, andererseits die unter der Schleimhaut liegenden Muskelschichten schlechter ernährt werden, ihre Energie, ihre Contractibilität einbüßen, also atonisch werden. v. BASCH hat experimentell nachgewiesen, daß Reizung des Nervus splanchnicus die Schleimhaut des Darmes blaß macht, d. h. daß dessen Blutgefäße sich verengern, der Darm also schlechter ernährt wird und läßt sich in dieser Weise die Erklärung für die mit Neurasthenie combinirte Atonie des Darms finden, welch letztere zur chronischen Obstipation führt.

STOFFELLA behauptet, daß man fast ausnahmslos bei Personen mit erhöhter Pulsation der Aorta abdominalis, welche eine Folge der Verengerung der Blutgefäße im Darme ist, Stuhlverstopfung beobachtet.

Bei derlei Obstipationen erklärt sich die Wirkung der von TROUSSEAU empfohlenen Belladonna, indem letztere die Verengerung der Capillargefäße aufhebt.

Es ist eine bekannte Thatsache, daß gewisse Gemüthsaffecte (Freude, Angst, Schreck) durch Vermittlung der Nerven und Gefäße plötzlich Diarrhoe hervorrufen können. In analoger Weise dürften deprimirende Seelenzustände, wie sie der Neurasthenie eigen sind, Stuhlverstopfung zur Folge haben. Andererseits wird es keinem Arzte einfallen, in Abrede zu stellen, daß chronische Stuhlverstopfung Appetitlosigkeit, schlechte Laune, Kopfschmerz und ernste Gemüthsverstimmung erzeugen kann, mithin als das primäre Leiden angesehen werden muß.

Ganz neue, ebenso interessante, als wichtige Thatsachen hat FEDERN in seiner Schrift: „Blutdruck und Darmatonie“ veröffentlicht. FEDERN versteht unter partieller Darmatonie einen Zustand, in welchem ein Theil des Dickdarms seinen Inhalt nicht vollständig entleeren kann. Durch die an einzelnen Stellen des Dickdarms zurückgehaltenen Fäcalmassen erhöht sich der Blutdruck, auf reflectorischem Wege durch Vermittlung der centripetalen Fasern der Nervi splanchnici und von diesen auf vasomotorische Nerven. Die Folge hievon ist Verengerung der Gefäße und Erhöhung der Widerstände in den letzteren. Diese Blutdrucksteigerungen können unter gewissen Umständen ernste Störungen hervorrufen. Mit Beseitigung der Darmatonie schwinden die bedrohlichen Krankheitserscheinungen.

Ich wollte diese physiologischen und pathologischen Thatsachen nur streifen, um die wissenschaftliche Begründung für die Wirkung mechanischer Eingriffe anzudeuten, da letztere bekanntlich ebenfalls Reizung der Nerven und Ganglien hervorrufen, die Capillargefäße erweitern, die Secretionen auf der Schleimhaut anregen.

Mir ist es heute nur darum zu thun, die Frage der Constipation, welche dem praktischen Arzte bisweilen viel zu schaffen gibt, vom therapeutischen Standpunkte zu erörtern und die von mir seit einer Reihe von Jahren geübte Methode zu schildern, welche mich fast niemals im Stiche läßt.

Der zu Behandelnde liegt auf einer circa 80 Centimeter breiten, mit dünner Roßhaarmatratze bedeckten Bank. Eine elastische Unterlage (Bett, Canapé) eignet sich nicht, weil die Kraft des Arztes verloren geht. Männer wie Frauen können mit einem leichten Flanellhemde und eben solchen Beinkleidern bedeckt sein. Auf nacktem Körper zu massiren, gewährt keinen wie immer gearteten Vortheil. Der Kopf des Patienten wird durch ein Kissen etwas höher gelagert, die Knie werden gebeugt, damit die Bauchdecken erschlaffen.

Ich bin im Laufe der Jahre dahin gelangt, ausschließlich den Dickdarm zu bearbeiten, vom Blinddarme bis zum Mastdarme, weil in diesem Abschnitte des Darmcanales die Fäcalmassen geformt und zurückgehalten werden.

Die Manipulationen müssen mit genügender Kraft vorgenommen werden. Man erreicht den Zweck am besten, indem man den Dickdarm mit den steifgehaltenen Fingerspitzen an das Darmbein andrückt. Da, wo der Knochen als Stütze fehlt (in der Regio hypochondrica), legt man die eine Hand unter, während die andere entgegen arbeitet. Jene Stellen des querliegenden Dickdarms, welche von den unteren Rippenbögen bedeckt sind, erreicht man dadurch, daß man mit den Fingerspitzen unterhalb der Rippen in die Tiefe dringt. Da der absteigende Dickdarm, die Flexura sigmoidea und der Mastdarm von den Schlingen des Dünndarms bedeckt werden, muß man selbstverständlich durch letztere hindurch auf den Dickdarm einwirken.

Zum Mastdarm gelangt man am besten mit Zeige- und Mittelfinger, zwischen dem horizontalen Schambeinaste und der Blase.

Eine kräftige Wirkung auf den Dickdarm wird ferner erzielt, indem man, über den Kranken gebeugt, die fest aneinander geschlossenen Finger senkrecht auf die Weichen ansetzt, u. zw. die rechte Hand auf den absteigenden, die linke auf den aufsteigenden Dickdarm und nun den ganzen Oberkörper von der einen Seite zur andern hin und her wiegt — eine Manipulation, welche kräftige Arm- und Brustmusculatur des Arztes erfordert.

Einzelne Individuen vertragen diese Eingriffe vom **ersten Tage** an; bei anderen hingegen tritt eine so mächtige **Contraction** der Bauchmuskeln ein, daß dieselben sich wie **ein Brett** anfühlen und ein Eindringen in die Darmschlingen **unmöglich** machen.

In diesen Fällen heißt es Geduld haben, den Patienten **durch sanftes**, behutsames Manipuliren schulen, wozu es bisweilen vieler Tage bedarf. Man erreicht aber stets sein Ziel, **wenn man**, die Athemzüge belauschend, nur während der Exspiration, synchronisch mit dem Sinken der Bauchwand und **dem Hinaufsteigen** des Zwerchfells in die Tiefe zu dringen **versucht**.

Den mächtigsten Eingriff erziele ich dadurch, daß ich **den Patienten** abwechselnd an den rechten und linken Rand **der Bank** rücken lasse und von rückwärts her, ungefähr am **Rande** der Fascia lumbo-dorsalis durch die Mm. obliquus **und** transversus abdominis hindurch den Dickdarm erschüttere; **bei sehr** abgemagerten Personen streifen hiebei die Fingerspitzen am Musculus quadratus lumborum und psoas vorbei, **und** können letztere genau gefühlt werden.

Es muß aufmerksam gemacht werden, daß bei einzelnen **Individuen** die untersten Rippen und der Darm des Kammbeins so nahe aneinanderrücken, daß die eindringenden Finger **kaum** Platz finden. Auch muß man vorbereitet sein, daß der **Eingriff** das Gefühl des Kitzels hervorruft, daß die Patienten **Lachanfälle** bekommen, daß die Bauchmuskeln sich krampfhaft **spannen**, daß von einem Eindringen der Fingerspitzen in die **Darmschlingen** keine Rede sein kann. Erst nach einigen **Tagen** wiederholter Versuche gelingt es, den geschilderten mechanischen Eingriff regelrecht auszuführen.

Dieser Eingriff scheint mächtige Reflexe auf die Darmmusculatur hervorzurufen und glaube ich zur Annahme berechtigt zu sein, daß ich demselben zum nicht geringen Theile die günstigen Resultate verdanke, auf die ich zurückblicke; denn seitdem ich auf denselben verfallen bin (es sind etwa 6 Jahre), habe ich unter hunderten von behandelten Obstipationen, darunter vielen hartnäckigen und veralteten, nur drei Mißerfolge, während ich vor der genannten Zeit etwa 10 Procent ungeheilter Fälle zu verzeichnen hatte.

Sämmtliche Patienten geben an, nach der Massage sich wohler und leichter zu fühlen. Die lästige Empfindung der Völle und Spannung verschwindet und während in den letzten Tagen der Behandlung Klagen über Schmerzen in den Bauchdecken laut werden und um Milde gebeten wird, sind die Patienten in der späteren Zeit um so befriedigter, je intensiver die Eingriffe vorgenommen werden, je energischer die Finger in die Tiefe der Unterleibshöhle eindringen, je länger die einzelne Sitzung dauert.

Ich verwende in der Regel für eine Sitzung nicht mehr als 8 bis 10 Minuten. Werden die Eingriffe mit jener Kraft vorgenommen, welche unerläßlich ist, um Erfolg zu erzielen, dann haben die Muskeln der Hand, des Arms, der Schulter, des Nackens und der Brust in der genannten Zeit genug geleistet, um einer Ruhepause zu bedürfen.

Zu welcher Tageszeit die Massage vorgenommen wird, ist ziemlich indifferent — es handelt sich nur darum, dieselbe nicht unmittelbar nach einer größeren Mahlzeit anzuwenden.

Nach der Durchknetung des Dickdarms läßt man den Kranken heilgymnastische Uebungen vornehmen, welche sämmtlich darauf berechnet sind, die Bauchpresse in Thätigkeit zu versetzen, die die Eingeweide der Bauchhöhle einschließenden Muskeln (Mm. recti, obliqui, transversi abdominis, quadratus lumborum, psoas, Diaphragma) arbeiten zu lassen, um die Darmschlingen zu pressen, zu bewegen, zu erschüttern; hieher gehören: Rumpfkreisen, Rumpfwenden, Schnurspringen, über Hölzer laufen etc.) Die verschiedenen Bücher über Zimmerturnen, sowie mein Werk über Massage und Heilgymnastik geben hierüber ausreichende Belehrung. Mit diesen Uebungen, welche mit den erforderlichen Ruhepausen 20 bis 30 Minuten in Anspruch nehmen und innerhalb 24 Stunden zweimal ausgeführt werden können, findet man sein Auskommen. Stehen Widerstandsapparate zur Verfügung, wie die von BURLET, NYCANDER etc., so leisten dieselben sehr gute Dienste. Ebenso günstig wirken die verschiedenen Gattungen von Walkung und Erschütterungen des Unterleibes, wie dieselben mittelst der genial erfundenen Apparate des Dr. ZANDER in so außerordentlich bequemer Weise bewerkstelligt werden.

Es wäre aber ein Irrthum, anzunehmen, daß die genannten Apparate die Leistung der Hand ersetzen können. Gerade bei Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung ist ein Ersatz undenkbar, indem die Finger mit der vom Willen geleiteten Kraft nach allen Richtungen in das Becken eindringen oder durch die Bauchdecken hindurch bis zur Wirbelsäule vordringen müssen, was mit keinem wie immer construirten Apparate zu erreichen ist.

Ich gebe zu, daß viele Obstipationen durch einfaches Bergsteigen, durch Reiten, Fechten, Turnen geheilt werden; um wieviel mehr müssen dieselben durch die rationelle Heilgymnastik beseitigt werden, welche durch ZANDER'sche Apparate betrieben wird.

Dies gilt jedoch nur für die leichteren und weniger schweren Formen der Obstipation. Bei den schweren und hartnäckigen Formen ist ohne energische Massage kein Erfolg zu erzielen.

Der Werth der Heilgymnastik muß für die verschiedenen Gattungen der chronischen Obstipation verschieden angeschlagen werden. Gibt es doch bekanntlich Individuen, welche sehr viel Bewegung machen und trotzdem an Stuhlverstopfungen leiden. Bei diesen Menschen hat die vorgenommene Massage von der Heilgymnastik keine Unterstützung zu erwarten. Hingegen wird letztere besonders dann gute Dienste leisten, wo wir es mit darniederliegender Muskelthätigkeit, geringer Herzarbeit, oberflächlicher Athmung und entsprechend geringer Leistung des Zwerchfells zu thun haben.

Die durch Muskelarbeit hervorgerufene Erhöhung der Herzthätigkeit hat energischere Circulation in allen Gebilden des Organismus, mithin auch im Darmcanale zur Folge und kommt überdies das von JOHANNES MÜLLER entdeckte Gesetz der Mitbewegung zur Geltung, demzufolge durch die Thätigkeit der quergestreiften Muskeln die glatten Muskelfasern des Darms zur Contraction angeregt werden.

Wie ungleichwerthig in den einzelnen Fällen von Obstipation die Heilgymnastik ist, geht schon aus der Thatsache hervor, daß Tausende von Menschen der geregeltsten Darmfunction sich erfreuen, obwohl sie eine ununterbrochen sitzende Lebensweise führen.

(Schluß folgt.)

Ueber den Ménière'schen Symptomen-Complex.

Von **Dr. L. v. Frankl-Hochwart**, Docent für Neuropathologie in Wien.

(Schluß.)

Symptomatologie der Vertigo auralis.

Der Ohrenschwindel äußert sich in verschiedener Weise; am häufigsten so, daß die Patienten fast continuirlich von Schwindel und Unsicherheitsgefühl gequält werden, welche Erscheinungen aber plötzlich exacerbiren und dann echte Anfälle darstellen. Seltener sind die Fälle, wo die Leute für gewöhnlich sich wohl fühlen und nur hie und da Anfällen unterworfen werden. Andererseits kommt es aber vor, daß die Patienten continuirlich an Schwindel leiden, ohne daß deutliche Exacerbationen vorkommen. Der schrecklichste Zustand ist aber derjenige, wo die Patienten vom furchtbarsten Drehschwindel gepeinigt werden, so daß sie das Bett nicht verlassen können und selbst im Bette sich nie sicher fühlen;

für diesen zum Glück sehr seltenen Zustand schlage ich den Namen Status Ménièricus vor.

Außer dem Schwindel bilden die Ohrgeräusche für die Patienten einen Gegenstand ewigen Leidens; die Höhe des Anfalles wird ziemlich häufig durch Erbrechen gebildet, öfters bleibt es beim bloßen Brechreiz. Statt des Erbrechens scheinen auch manchmal Diarrhöen vorzukommen. Bei vielen der Patienten werden Sturzbewegungen im Anfalle beobachtet, manchmal fallen die Kranken auch thatsächlich zusammen. Ob bei diesem Zusammenstürzen das Bewußtsein sich trüben kann, ist noch immer nicht entschieden. Wenn es vorkommt, so ist das gewiß nicht häufig. Sichergestellt ist die Bewußtseinstrübung nur beim Einsetzen des echten MÉNIÈRE'schen Typus. An den Augen wird nicht selten Nystagmus beobachtet, an den Extremitäten macht sich häufig Ataxie in der Form des unsicheren Stehens oder Gehens, oder als unsichere Schrift bemerkbar. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich, die Patienten sind im Anfalle sehr erregt, klagen über Hitzegefühl und brennenden Durst; die Reflexe sind in einzelnen Fällen erhöht. Wovon das Einsetzen der einzelnen Anfälle abhängt, wird nur manchmal klar; als Veranlassung lernt man Alkoholgenuß, rheumatische Einflüsse, psychische Erregung, starke Kopfbewegung, heftiges Schneuzen, Eingriffe in's Ohr oder Schalleinwirkung kennen.

Die pathologische Anatomie des MÉNIÈRE'schen Symptomen-Complexes ist noch wenig gekannt. MÉNIÈRE selbst fand bei einem jungen Mädchen, das nach einer Erkältung plötzlich taub geworden war, 4 Tage lang an heftigem Schwindel und Erbrechen gelitten hatte und am 5. Tage gestorben war, bei der Section Gehirn und Rückenmark völlig intact, in den halbzirkelförmigen Canälen eine rothe plastische Masse, eine Art blutige Exsudation, wovon im Vestibulum kaum eine Spur zu bemerken war, während die Schnecke als völlig frei sich erwies. Bei zwei Fällen von Leukämie mit apoplektischem MÉNIÈRE'schen Typus zeigten sich einmal (LANNOIS) Blutextravasate im Vorhofe und in den Bogengängen, in der Beobachtung STEINBRÜGGE's starke Blutextravasate der Schnecke.

Von chronischem MÉNIÈRE'schen Symptomen-Complex sei ein Fall von Lues erwähnt, bei dem MOOS Periostitis im Vorhofe mit kleinzelliger Infiltration des häutigen Labyrinthes fand, ferner der Tabiker (HAUG), wo der Nervus acusticus, sowie sein Kern ergriffen war, allerdings war auch die Schnecke nicht völlig intact. Ferner hat GELLÉ 3 Fälle von chronischem Ohrenschwindel obducirt, in denen sich die Mittelohren schwer erkrankt, die Labyrinthe normal fanden. Noch schwieriger gestaltet sich die Sache, wenn man bedenkt, daß gar nicht so selten Labyrinthzerstörungen nekroskopisch gefunden wurden, ohne daß die Patienten intra vitam Schwindelanfälle gehabt hätten.

Wenngleich die Klinik noch nicht ausreicht, um den Symptomen-Complex zu erklären, so tritt die Physiologie mit ihren in dieser Hinsicht reich ausgebildeten Kenntnissen ein. Schon die bloße Thatsache, daß im Nervus acusticus zweierlei Nervenstränge laufen, ferner die geistvollen Studien BREUER's, welche bewiesen, daß die Bogengänge vermöge ihrer Bauart zum Hören untauglich, als Organe des Gleichgewichtes geeignet erscheinen, werfen ein Licht auf die Richtung, die der Kliniker zu verfolgen hat. Noch schlagender als die morphologische Betrachtung wirken die Thierversuche (VERWORN, KREIDL). So weiß man, daß die Ktenophoren, die einen Otolithenapparat besitzen, auf Gehöreindrücke nicht reagiren.

Grundlegend waren für die ganze Lehre die Vivisectionsversuche von FLOURENS an Tauben, die durch GOLTZ, BREUER, CYON, BORNHARDT, HÖGYES u. A. vielfach Bereicherung erhielten, welche BREUER zu dem berechtigten Satze führten, daß wir im Vestibulum ein Sinnesorgan erkannt haben, welches durch den Bogengang Drehungen, durch den Otolithenapparat progressive Beschleunigungen und die Lage des Kopfes im Raume zur Wahrnehmung bringt.

Versuche über die Bogengänge am normalen Menschen können nicht mit Sicherheit ausgeführt werden; es war daher ein glücklicher Gedanke von JAMES, in dessen Richtung KREIDL, POLLAK u. A. weiter arbeiteten, Taubstumme, von denen, wie man aus Statistiken weiß, 56% anormale Bogengänge haben, zu derartigen Versuchen heranzuziehen. Thatsächlich neigte ungefähr die Hälfte dieser pathologischen Individuen selbst bei Eingriffen, die bei normalen unfehlbar Schwindel zur Folge haben (Carousselfahrt, Schaukeln, starke galvanische Ströme), absolut nicht zu dem genannten Symptome. Auf Grund dieser physiologischen Thatsachen glaube ich thatsächlich im abnormen Reizzustand der Bogengänge die Ursache des MÉNIÈRE'schen Symptomen-Complexes suchen zu müssen; dieselben kommen entweder durch directe Erkrankung der genannten Organe zu Stande oder reflectorisch durch pathologische Zustände im Mittelohr.

Was die Diagnose der MÉNIÈRE'schen Symptome betrifft, so muß man die apoplektischen Formen von den übrigen sondern. Im ersten Momente des apoplektischen Insultes läßt sich natürlich die Diagnose nicht stellen. Erst wenn das Individuum wieder zu sich kommt und wenn das Sensorium sich so weit wieder frei zeigt, daß eine Untersuchung möglich ist, wird eine mittlerweile eingetretene Taubheit auf die richtige Spur leiten, vorausgesetzt natürlich, daß man vom Pat. selbst oder von dessen Umgebung mit Bestimmtheit die Angabe bekommt, daß der Kranke früher normal oder annähernd normal gehört hat. Die Diagnose wird bekräftigt, wenn die otiatrische Exploration eine Erkrankung des inneren Ohres ergibt, besonders wenn der Pat. an einer Grundkrankheit leidet, die erfahrungsgemäß zu Labyrinthblutung führen kann, wie z. B. Lues und Leukämie. Wenn MÉNIÈRE'sche Symptome sich innerhalb mehrerer Tage entwickeln, so liegt die Vermuthung nahe, daß es sich um einen acuten Ohrenproceß (Otitis acuta) handelt; doch sei man bei dieser Diagnose vorsichtig: selbst wenn die acute Otitis vorhanden wäre, so wäre eine Verwechslung mit Hirnabsceß oder Meningitis wohl möglich. Leidet aber ein Kranker schon längere Zeit an Schwindelanfällen, so ist es eine Pflicht des Arztes, das Ohr zu untersuchen. Ist dasselbe normal, dann kann von Vertigo auralis natürlich keine Rede sein. Ist es pathologisch, so können wir nur sagen: „Es kann der MÉNIÈRE'sche Symptomen-Complex vorliegen." Denn es könnte sich ja auch um eine zufällige Combination eines Ohrenleidens mit Schwindelanfällen anderer Provenienz handeln, eine Combination, die umso leichter vorkommen kann, da ja Ohrenleiden von einem gewissen Alter ab zu den häufigsten Erscheinungen gehören. Namentlich ist es bei neurasthenischen und hysterischen, mit irgend einem Ohrenleiden behafteten Individuen schwierig zu sagen, welche Symptome vom Ohr und welche vom Allgemeinleiden abhängen. Aehnliche Schwierigkeiten finden sich bei Leuten mit Atheromatose und bei chronischen Vergiftungen mit Alkohol, Nicotin und verwandten Substanzen.

Differential-diagnostisch ist dann das Paroxysmale und Exacerbirende des Schwindels bemerkenswerth, ferner die Angabe des Zusammenstürzens, ein Symptom, das namentlich den Neurasthenikern nicht zukommt, allerdings bei den MÉNIÈRE'schen Kranken fehlen kann. Wichtig, wenn auch nicht beständig vorhanden, ist das Erbrechen auf der Höhe des Anfalles; denn dieses Phänomen ist bei den übrigen eben genannten Schwindelformen selten. Für den MÉNIÈRE'schen Symptomen-Complex spricht es auch, wenn der erste Anfall plötzlich unvermittelt in der besten Gesundheit erfolgt; bei der Neurasthenie sind die Prodrome oft viel ausgesprochener. Bei ersterem ist Nystagmus und Augendeviation häufig, bei letzterer pflegen diese Augensymptome nicht vorzukommen. Unter Umständen macht die Differentialdiagnose gegenüber der Epilepsie unüberwindliche Schwierigkeiten; für gewöhnlich ist es jedoch möglich, wenn man Symptome nach-

weist, die nur der Epilepsie und nicht der Vertigo auralis angehören: so z. B. Bewußtseinsverlust, clonisch-tonische Krämpfe, Zungenbiß, unwillkürlicher Urin- und Kothabgang, postepileptische Verworrenheit und Aphasie. Es wäre übrigens auch möglich, daß es Mischformen von Epilepsie und Ohrenschwindel gibt.

Das Erbrechen, welches beim MÉNIÈRE'schen Symptomen-Complex mit dem Schwindel sich vergesellschaftet, führt manchmal zur Verwechslung mit der Vertigo a stomacho laeso. Doch erinnere man sich daran, daß man bei dem Magenschwindel häufig die Ursache nachweisen kann (Genuß einer verdorbenen Speise), daß der Magenschwindel continuirlich ist, der MÉNIÈRE'sche paroxysmal, daß ersterer meist rasch und definitiv vorübergeht, letzterer häufig wiederkehrt.

Verwechslungen mit chronischen Hirnerkrankungen, auch wenn sie mit Hörstörung einhergehen, werden sich nicht leicht ereignen, wenn man in jedem Falle auch auf die übrigen Hirnnerven, so namentlich den Opticus, sowie auf die Leistung der Extremitäten und das psychische Verhalten genügend Rücksicht nimmt.

Die Prognose läßt sich, da wir es nur mit einem Symptomen-Complex zu thun haben, nicht einheitlich stellen. Eine Gefahr quoad vitam läßt sich selbst bei der apoplectischen Form nicht annehmen, hingegen scheint bei dieser die Prognose für das Hörvermögen sehr schlecht zu sein, aber auch der Schwindel hält oft jahrelang an. Bei den übrigen Formen, wo der Schwindel zu schon bestehenden Hörstörungen tritt, hängt die Prognose natürlich von derjenigen des Ohrenleidens selbst ab. Wenn dieses völlig heilt, dann verschwinden auch die MÉNIÈRE'schen Symptome, wenn es ungeheilt bleibt oder fortschreitet, besteht der Schwindel oft jahrelang neben der Schwerhörigkeit; doch gibt es nicht so selten Fälle, wo dieses Begleitsymptom nur Wochen andauert, um dann wieder völlig zu verschwinden, wobei man allerdings nicht vergessen darf, daß Recidiven nicht zu den Seltenheiten gehören.

Therapeutisch wird bei der apoplectischen Form das expectative Heilverfahren in den Vordergrund treten. Wo ein Mittelohrleiden vorliegt, versuche man durch Lufteintreibung oder Luftverdünnung, eventuell durch operative Eingriffe (wie z. B. Narbendurchtrennung, Polypenextraction etc.) die Heilung anzustreben. Von medicamentöser Behandlung empfiehlt sich bei Lues die Anwendung specifischer Mittel, bei nicht luetischen Fällen ein Versuch mit dem von POLITZER empfohlenen Pilocarpinum muriaticum. Man versuche auch das von CHARCOT in diese Therapie eingeführte Chinin (eventuell Salicyl), wenngleich von mir nicht mit Sicherheit Erfolge davon gesehen wurden. Außerdem scheint die elektrische Behandlung (die Galvanisation, die FRANKLIN'sche Kopfdouche) in manchen Fällen einen gewissen Werth für die symptomatische Beeinflussung zu besitzen. Man versäume aber nicht, immer auf den gesammten Zustand des Pat. Rücksicht zu nehmen: Völlige Ruhe, Landaufenthalt, Vermeidung von Excessen, Enthaltung von Alkohol, Kaffee, Thee bringen oft dann Besserung, wenn alle anderen Mittel versagt haben.

Referate und literarische Anzeigen.

P. BRUNS (Tübingen): Zur Krebsbehandlung mit Erysipelserum.

W. PETERSEN (Heidelberg): Einige kritische Bemerkungen zur Krebsheilserumtherapie von EMMERICH und SCHOLL.

Die beiden vorliegenden Arbeiten beschäftigen sich mit den von uns kürzlich [1]) mitgetheilten Angaben EMMERICH's und SCHOLL's über ihre specifische Behandlungsmethode des Krebses, um zu einer mehr weniger höflichen, aber entschiedenen Ablehnung zu gelangen, BRUNS auf Grund persönlicher Erfahrungen mit dem Krebsserum, PETERSEN auf dem Wege schonungsloser Kritik.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 778.

BRUNS („D. med. Woch.", 1895, Nr. 20) ist durch Ueberlassung kleinerer Mengen Serums seitens EMMERICH's in die Lage gekommen, an 6 Pat. praktische Versuche anzustellen. Es handelte sich 4mal um Carcinom, 1mal um Sarcom und 1mal um maligne Lymphome. In allen Fällen war die Diagnose vor der Injectionsbehandlung durch mikroskopische Untersuchung von excidirten Tumorstückchen festgestellt worden.

Das Endresultat der mit möglichster Objectivität angestellten Beobachtungen war nun, daß in keinem einzigen Falle eine Einwirkung der Injectionen auf das Wachsthum der Neubildung, weder Stillstand, noch Verkleinerung oder Verschwinden zu constatiren war. Als üble Nebenwirkungen wurden in 3 Fällen Anfälle beobachtet, welche in plötzlicher schwerer Störung der Athmung und Herzthätigkeit sich äußerten und oft einen bedrohlichen Charakter annahmen. Außerdem war in allen Fällen Temperatursteigerung und Störung des Allgemeinbefindens constatirt, was wahrscheinlich auf den nicht sterilen Zustand des betreffenden Präparates zurückzuführen ist.

Trotz dieser offenkundigen Mißerfolge hat B. nicht die Absicht, durch dieselben die Behandlung des Krebses auf dem eingeschlagenen Wege zu discreditiren; es genügt ihm, zu constatiren, daß bisher die Behandlung nicht gefahrlos und daher mit Vorsicht anzuwenden sei, und daß die Heilwirkung derselben nicht hinreichend bewährt sei, als daß sie mit der operativen Entfernung der Geschwülste in Concurrenz treten könnte. Jedenfalls sei zu verhüten, daß durch derartige Bestrebungen die rechtzeitige Operation maligner Tumoren vereitelt werde.

Einen erbarmungslosen Kritiker haben die Angaben EMMERICH's und SCHOLL's in PETERSEN gefunden (ibid.); er wirft den Beiden nichts mehr und nichts weniger vor, als wissenschaftliche Kritiklosigkeit, welche sie zur praktischen Gewissenlosigkeit gesteigert hätten, und sucht natürlich diesen starken Vorwurf auch zu beweisen. Er bespricht zunächst die angeführten Fälle selbst, deren Beobachtungsdauer eine absolut ungenügende (sie übersteigt bei keinem Fall 4 Monate) und deren Zahl eine minimale sei, bezeichnet es als einen Fundamentalfehler, jede Beeinflussung der Geschwulst als eine Heilwirkung anzusehen, andererseits jede Anschwellung, jede vergrößerte Drüse bei einem Carcinomkranken ohne vorausgegangene mikroskopische Untersuchung ohne Weiteres als carcinomatös aufzufassen. Noch mangelhafter als die klinischen Belege seien die theoretischen Grundlagen, sowie die Deutung, welche EMMERICH und SCHOLL ihren Erfolgen zu geben suchten, was P. des Weiteren ausführt.

P. hält es durchaus nicht für unmöglich, wenn auch für unwahrscheinlich, daß auf dem von EMMERICH und SCHOLL gewiesenen Wege der Kampf gegen das Carcinom einmal mit Erfolg werde aufgenommen werden können; es sei aber gewissenlos, auf Grund so kurzer und ungenügender Beobachtungen durch Schlagworte, wie „Specificum bei Krebs", „Krebsheilserum", im Publicum Hoffnungen zu erwecken, die zunächst und in dem angegebenen Umfange ganz gewiß nicht erfüllt werden können. Ba.

A. MONTUORI (Turin): Sull' azione glico-inhibitrice del secreto pancreatico.

Der Umstand, daß die Leber von mehreren Beobachtern neuerer Zeit für die Entstehung des Pancreasdiabetes verantwortlich gemacht wird, veranlaßte M., die Beziehungen des Pancreassecretes zur Glycogenese in der Leber experimentell zu studiren. Von der allgemein acceptirten Annahme ausgehend, daß die postmortale Zuckeranhäufung in der Leber auf Fortsetzung der normalen physiologischen Thätigkeit derselben beruhe, suchte M. zunächst festzustellen, welchen Einfluß das Pancreasextract auf die postmortale Zuckerbildung in Lebertheilen besitze. Er dosirte zuvor die Zuckermengen in zwei verschiedenen, derselben Leber entnommenen Stücken, von denen er eines mit wässerigem oder glycerinhaltigem Pancreasextract behandelte, das andere hingegen unpräparirt ließ, und gelangte hiebei stets zu dem Resultate, daß der Zuckergehalt, welcher nach SEEGEN mit FEHLING bestimmt wurde, in dem ersteren Leberstücke in bedeutend geringerer Menge nachweisbar

war als in dem letzteren, gleichviel, ob er auch, um eine etwaige Fermentwirkung auszuschalten, das Pancreasextract vorher sterilisirte oder die Leber noch in situ mit diesem sterilen Extracte behandelte. Dieses Ergebniß ließ nun die Vermuthung zu, daß der Ausfall von Zucker in dem mit Pancreas behandelten Leberstücke auf Rechnung eines im Pancreas enthaltenen Fermentes zu setzen sei, von welchem LÉPINE behauptet, daß es, wie dies SYMPON nachgewiesen habe, glycolytische Wirkung besitze. Allein weder die vorgenommenen Nachuntersuchungen der SYMPON'schen Experimente, noch darauf abzielende eigene Untersuchungen ergaben irgendwelche Anhaltspunkte für eine derartige Annahme, so daß sich M. bemüssigt sah, die Hypothese von einer glycolytischen Wirkung des Pancreasextractes fallen zu lassen.

Da nun Verf. zur Erklärung der von ihm anfangs erhobenen Thatsache die Hypothese von einer zuckerzerstörenden Wirkung des Pancreasextractes nicht verwerthen konnte, so mußte er zur Vermuthung gelangen, daß dem Pancreasextract eine die Zuckerbildung hemmende Eigenschaft zukomme. Er suchte deshalb die Frage von dieser Seite zu lösen.

Zunächst trachtete sich M. nur noch zu vergewissern, ob ihm bei seinen Zuckerbestimmungen mit FEHLING kein Fehler unterlaufen war, indem das Pancreasextract einen Theil des Leberglycogens in Maltose verwandelt haben konnte, welche, wegen ihres geringeren Reductionsvermögens mit FEHLING nicht nachweisbar, den Ausfall von Zucker in dem mit Pancreas behandelten Leberstücke bedingen mußte. Da sich aber bei näherer Prüfung auch diese Annahme als trügerisch erwies, so versuchte V. mehr directe Anhaltspunkte für seine vorbin exponirte Hypothese zu finden. Zunächst waren es theoretische Erwägungen, welche ihm für die Richtigkeit derselben zu sprechen schienen, nachdem er, gestützt auf selbe, im Stande war, den intimen Zusammenhang von zwei bisher als unzusammenhängend betrachteten Erscheinungen nachzuweisen. Als solche galten die rasche Zuckeranhäufung in einer von der Circulation ausgeschalteten Leber einerseits und die Glycaemie und Glycosurie bei Thieren nach Entfernung des Pancreas andererseits.

Diese beiden Erscheinungen sind nun ungezwungener Weise durch den Ausfall der glycosehemmenden Wirkung des Pancreas zu erklären. Allein den thatsächlichen Beweis bringt M. erst durch eine sinnreiche Modification der BERNARD'schen Versuche über Zuckerbildung in der Leber. BERNARD wusch nämlich die Leber eines plötzlich getödteten Hundes mit Injectionen von physiologischer Kochsalzlösung durch die Pfortader soweit aus, bis in der den Lebervenen entströmenden Flüssigkeit kein Zucker mehr nachweisbar war. Nun sistirte er die artificielle Lebercirculation für einige Zeit. Wenn er damit von Neuem begann und jetzt die Flüssigkeit aus den Lebervenen abermals untersuchte, so konnte er darin wieder ziemliche Zuckermengen nachweisen. Dieses fundamentale Experiment B.'s, durch welches die zuckerbildende Thätigkeit des Leberparenchyms außer Frage gestellt wurde, modificirte M. nun in der Weise, daß er in die Leber gleich zu Beginn nicht reine, sondern mit Pancreasextract versetzte Kochsalzlösung einströmen ließ. Untersuchte er nun die durchgeströmte Flüssigkeit, so konnte er auch in den ersten Portionen im Gegensatze zu BERNARD nur Spuren von Zucker constatiren, und auch diese verschwanden sehr bald. Nun unterbrach er die Circulation und setzte selbe erst nach Einhaltung der von B. beobachteten Pause, diesmal mit reiner physiologischer Kochsalzlösung, fort. Doch auch jetzt war das Zuckerquantum in der die Leber zuerst verlassenden Flüssigkeit nur ein höchst minimales.

Diese Thatsache beweist einerseits die glycosehemmende Wirkung des Pancreas und unterstützt andererseits die Idee, wonach die postmortale beträchtliche Zuckerbildung in der Leber auf dem Mangel circulatorischer Beziehungen derselben zum Pancreas beruhe. Es ergibt sich auch daraus der Wink für die Therapie der Glycaemie und Glycosurie, welche durch Ausfall oder Unzulänglichkeit der Pancreasfunction bedingt ist. Doch sollte man das Pancreasextract behufs therapeutischer Wirkung nicht auf Umwegen der Leber zuführen, wie dies bereits mehrere Praktiker in Fällen von Glycosurie ohne jeden Erfolg versuchten, da ja die Enzyme des Pancreas, sowohl per os als auch endovenös oder subcutan verabreicht, Veränderungen erleiden, durch welche die gerühmte specifische Wirkung derselben auf die Leber aufgehoben wird, sondern man sollte das Pancreasextract direct in das Leberparenchym leiten. Ein hierauf abzielendes Experiment überzeugte M. von der Richtigkeit seiner Voraussetzung. Wenn er einen Hund durch Exstirpation des Pancreas diabetisch machte, so daß die Tagesmenge des ausgeschiedenen Zuckers 62 Grm. betrug, und diesem Thiere durch eine kleine Mesenterialvene Pancreasextract einflößte, so sank der Zuckergehalt auf 18 Grm. pro die. Um aber ein vollkommen einwandfreies Resultat zu bekommen, ging er folgendermaßen vor: Er untersuchte das Carotisblut eines Hundes auf Zucker, nun schaltete er das Pancreas durch Unterbindung sämmtlicher Gefäße von der Circulation aus und bestimmte abermals den Zuckergehalt im Carotisblute, schließlich injicirte er Pancreas in die Pfortader und untersuchte von Neuem.

Aus den vier von M. angeführten Experimenten geht nun deutlich hervor, daß der Zuckergehalt des Blutes nach der Pancreas-Unterbindung beträchtlich anstieg und nach der Pancreasextract-Injection regelmäßig um ein Bedeutendes abfiel.

Die Resultate der ausgeführten Experimente, welche ausführlich im Original (La Riforma medica, 1895, Nr. 19, 20) nachzulesen sind, resumirt M. in folgenden Sätzen:

1. Das Pancreassecret und wahrscheinlich das innere Secret desselben besitzt eine hemmende Wirkung auf die Zuckerproduction in der Leber.

2. Die Zunahme der postmortalen Zuckeranhäufung in der Leber beruht auf Mangel der die Zuckerbildung hemmenden Pancreasfunction, welche sich während des Lebens mit Bezug auf die Leber fortwährend geltend macht.

3. Die der Pancreasexstirpation folgende Glycaemie und Glycosurie hängen in gleicher Weise, wenigstens zum größten Theile, von dem Mangel der die Zuckerbildung hemmenden Thätigkeit der entfernten Drüse ab.

J. F—r.

H. LÖHLEIN (Gießen): Zur Technik der Ausschabung.

Die mangelhafte und ungleichmäßige Entfernung der Schleimhaut beim Curettement, welche sich den Gynäkologen schon empirisch aufgedrängt hatte, hat kürzlich durch die Untersuchungen R. WERTH's eine exacte Bestätigung erfahren. WERTH konnte zunächst nachweisen, daß der Effect der Ausschabung in den verschiedenen Theilen der Uterushöhle ein sehr ungleicher sei, daß am Fundus und in den seitlichen Gebieten der Uterushöhle am leichtesten Schleimhautreste stehen bleiben, daß sich regelmäßig die eine Wandfläche, zumeist die vordere, stärker getroffen zeigte als die andere und daß im Bereich des unteren Körperabschnittes bis in den Isthmus hinein die Wirkung der Curette stärker in die Tiefe ging. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, befolgt L. („Centralbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 14) das Princip, zuerst regelmäßig die Curette, hernach den scharfen Löffel anzuwenden und auf diese Weise die Unvollkommenheiten, die dem Operiren im Dunkeln nun einmal anhaften, thunlichst zu verringern. Der scharfe Löffel eignet sich nämlich viel besser als die Curette zur Abkratzung der Schleimhaut des Fundus uteri und zur Ausräumung der Tubenwinkel. Auch wenn es sich um die Ausräumung eines intraparietal entwickelten Carcinoma colli uteri handelt, zieht L. den Löffel der Curette vor. Allerdings sind der kräftigeren Führung des scharfen Löffels, besonders am Fundus, durch die Rücksicht einer eventuellen Perforation nicht selten Schranken gesetzt.

Ba.

Die augenärztlichen Operationen. Von **Dr. Wilhelm Czermak**, k. k. o. ö. Universitäts-Professor in Innsbruck. 6. und 7. Heft. Mit 13 Original-Holzschnitten. Wien, Carl Gerold's Sohn.

Diese beiden Hefte besprechen die Augenhöhlenoperationen. Der Autor schickt eine genaue topographisch-anatomische Beschreibung der Augenhöhle und der ihr benachbarten Theile voraus und beginnt dann mit den Operationen an den Augenhöhlenknochen (Osteotomie und Resection). Diese berühren schon sehr das Gebiet der speciellen Chirurgie und man kann wohl streiten, wem die Ausführung dieser Operation zu belassen sei. Sicher ist, daß man einen großen Theil derselben nur an einer gut und reich ausge-

rüsteten Augenklinik vornehmen kann. Hiezu zähle ich z. B. die Ausführung der temporären Resection der äußeren Augenhöhlenwand, während die Eröffnung der Stirnhöhle wohl von jedem Oculisten wird ausgeführt werden können.

Es werden des Weiteren die Exstirpation von Geschwülsten, die Neurectomia optico-ciliaris, die Exstirpation der Thränendrüse, die Enucleation und die Ersatzoperationen derselben, d. i. die Neurectomie, die Exenteratio bulbi und weiters auch die der Orbita besprochen. Für den Oculisten ist, wie bereits angedeutet, der zweite Theil der wichtigere und werden ihm gerade bei diesem Capitel die Ausführlichkeit, mit der der Autor den Stoff behandelt, und die reichen Literaturangaben sehr zu statten kommen. KÖNIGSTEIN.

Handbuch der Schulhygiene. Bearbeitet von **Dr. Leo Burgerstein** und **Dr. August Netolitzky** in Wien. Mit 154 Abbildungen im Texte. Jena 1895, Gustav Fischer.

Die einschneidende Bedeutung, welche die Schulhygiene für die aufwachsende Generation hat, ist leider erst in den letzten Jahren nach Gebühr gewürdigt worden und der erziehliche Einfluß, welcher in dem steten Vorausgenhalten hygienisch richtiger Zustände liegt, ist überhaupt noch viel zu wenig erkannt; umsomehr muß man den Verff. des vorliegenden Buches Dank wissen, daß sie in diesem Sinne ihren Gegenstand dargestellt haben. Das Buch bildet eine selbstständige Monographie in dem Rahmen des von TH. WEYL herausgegebenen großen „Handbuch der Hygiene". Der erste Theil des Werkes, welcher sich mit den hygienischen Anforderungen an das Schulgebäude und an den Unterricht beschäftigt, rührt von dem auf dem Gebiete der Schulhygiene vielverdienten Oberrealschulprofessor Dr. LEO BURGERSTEIN her; der zweite, medicinische Abschnitt des Buches, dessen größter Theil die Krankheiten in ihrer Beziehung zur Schule bespricht, ist von dem Ministerialsecretär Dr. AUG. NETOLITZKY verfaßt. Der erste Theil verdient uneingeschränktes Lob; auf jeder Seite zeigt sich die reiche Erfahrung eines unserer tüchtigsten Pädagogen, der in seltener Gründlichkeit eine reiche internationale Originalliteratur zur Ausführung seiner Aufgabe herangezogen hat. Auch im zweiten Theil sind einige Abschnitte, wie der Abschnitt über die körperliche Erziehung der Schuljugend und der Abschnitt über den ärztlichen Dienst in der Schule, als mustergiltig zu bezeichnen; in der Darstellung der Krankheiten aber können wir uns mit einzelnen Punkten nicht einverstanden erklären. Differentialdiagnosen haben in einer Schulhygiene nichts zu suchen; der Lehrer braucht die Variola von den Varicellen (pag. 331) nicht zu unterscheiden, sondern er hat jedes ihm krank erscheinende Kind vom Schulbesuche fernzuhalten; ausführlichere Angaben über die Infectionserreger, wie sie sich bei der Besprechung der Scarlatina (pag. 329), Pertussis (pag. 341), Alopecia (pag. 389) etc. finden, sind in einer Schulhygiene nicht am Platze. Auch die Angaben über die Incubationsdauer der einzelnen Krankheiten haben mit den Beziehungen der Krankheit zur Schule nur wenig zu schaffen; der Arzt bedarf dieser Angaben nicht und für die Bedürfnisse des Lehrers sind sie überflüssig. Andererseits hätten Capitel, wie das von den geschlechtlichen Verirrungen, eingehender behandelt werden sollen; die Arbeit von Prof. COHN über die Masturbation in der Schule hätte wohl eine intensivere Benützung verdient. Davon abgesehen, bietet das Buch eine Fülle von wichtigen Details, und die in naher Zukunft stehende Allgemeineinführung des ärztlichen Schuldienstes macht es für jeden Arzt, insbesondere für den beamteten Arzt, sehr lesenswerth. W.

Feuilleton.

Die Nervosität unseres Zeitalters.

MANTEGAZZA hat bekanntlich unser Jahrhundert in physischer Beziehung nervös, in moralischer Beziehung heuchlerisch und in geistiger Beziehung skeptisch genannt, und überall sprechen Gelehrte und Ungelehrte, Berühmte und Unberühmte, Aerzte und Laien von der Nervosität unserer Zeit. Da nun dafür eine Erklärung gebracht werden muß, so sucht man sie in der Veränderung, welche unsere modernen Verhältnisse gegenüber der „guten, alten Zeit" erfahren haben, und man beschuldigt die heutigen socialen Zustände mit ihren gewaltigen Fortschritten in Kunst, Technik und Wissenschaft als Grundursache der Nervosität; die heutigen, ihrer Natur nach immer vorwärts drängenden Verhältnisse sollen die der jeweiligen Menschengeneration zugemessenen Kräfte in übermäßigem Grade consumiren und endlich erschöpfen und so zur Nervosität führen. Da nun aber der heutige Gesellschaftszustand sich nicht mehr zurückschrauben läßt und auch der von geistlichen und weltlichen Berathern der Menschheit gegebene Rath, zur natürlichen Lebensführung zurückzukehren, nicht durchführbar ist, so sehen Viele mit mehr oder minder scharf ausgesprochener Verzweiflung trübe in die Zukunft der jetzigen und künftigen Culturmenschheit und meinen, daß bessere Zeiten erst mit durchgreifenden Aenderungen des heutigen Gesellschaftszustandes und mit der Einführung frischer, von der Cultur noch nicht berührter Stämme in die alte Gesellschaft anbrechen können.

Prof. FREUND in Straßburg unternimmt es nun, in einer eben erschienenen Broschüre [1]) nachzuweisen, daß unsere Generation nicht in dem hohen Maße, wie allgemein angenommen wird, nervös sei; die wahren Culturfortschritte der Jetztzeit, weit entfernt, die Menschheit im Ganzen und Großen nervös zu machen, gestatten im Gegentheil den meisten ein bedeutendes Sparen an Kräfteaufwand in der Lebensführung, und nur wenige Berufsarten werden von den heutigen Cultureinrichtungen direct schädigend betroffen; FREUND weist nach, daß die meisten unserer „Nervösen" in jedem Zeitalter und unter den verschiedensten Umständen nervös werden mußten, entweder weil sie von Geburt oder Kindheit her schon belastet und durch Krankheiten, besonders der Ernährung, nicht das Normalmaß der zur Lebensführung in der Gesellschaft erforderlichen Widerstandskraft hatten, oder weil sie nicht den gesunden Menschenverstand und den gesunden Geschmack besaßen, um Auswüchse der neuen Cultur nicht auf sich einwirken zu lassen, vielmehr energisch von sich abzuweisen.

Der Zustand, den wir gewöhnlich als Nervosität bezeichnen, ist ein chronischer und charakterisirt sich in seinem Grunde durch eine abnorm starke Reaction auf äußere Reize nicht blos in den entsprechenden Organen, sondern auch in anderen, normaler Weise auf solche Reize nicht antwortenden Organen und schließlich im Gesammtorganismus. In den meisten Fällen wird die Nervosität durch häufige und längere Zeit andauernde Einwirkung von Schädlichkeiten verursacht, welche das Nervensystem in abnormer Weise in stündlichem und täglichem Andrange hetzen, ermüden, widerstandsschwach machen, und die damit zugleich die Bedingungen zum Ersatze des verbrauchten organischen Materials erschweren.

In dieser Hinsicht sind die öffentlichen Schulen von dem übelsten Einflusse. Sind es in erster Linie die fünf Sinne, vermittelst welcher die Außenwelt auf uns einwirkt, so ist die erste Anforderung, welche wir an die Schulen zu stellen haben, daß sie diese edlen, wichtigsten Werkzeuge unserer Erkenntniß pflegen, schützen, erziehen und zu immer größerer und sicherer Leistung befähigen. Leider steht die Sache so, daß nicht allein diese Forderung nicht erfüllt wird, sondern vielmehr eine Schädigung der Sinne indirect durch mangelnde Uebung, direct durch krankmachende Einflüsse bewirkt wird. Mit dieser Schädigung der Sinne ist dem Eintritt nervöser Störungen bereits Thür und Thor geöffnet. Aber auch in directer Weise wirkt die Schule auf die Entstehung der Nervosität ein. Der mit dem sechsten Lebensjahre beginnende Zwang, fünf bis sechs Stunden der Wochentage ohne Rücksicht auf Individualität, gegenwärtiges Befinden und Ermüdung in dicht besetzten Räumen mit uninteressanten, schwierigen Gegenständen beschäftigt zu werden, die stete Anspannung, „aufgerufen zu werden", und die dauernde ehrgeizige Erregung im Hinblick auf das „Aufsteigen" — alle diese Momente stellen ungesunde Einwirkungen auf die Schüler dar, welche schließlich nur gute Constitutionen ohne dauernden Schaden überwinden. Daß dieser Schaden sich nicht gar zu tief und breit in der Bevölkerung bemerkbar macht, erklärt FREUND in Uebereinstimmung

[1]) Leipzig, Breitkopf & Härtel.

stimmung mit KRAEPELIN dadurch, daß der größte Theil der Schüler sich einer gesunden Verdauung erfreut, sich den quälenden Schuleinwirkungen durch Unaufmerksamkeit und Leichtsinn entzieht und damit hinter den im täglichen Pensum und im Examen geforderten Leistungen zurückbleibt. FREUND klagt in gleicher Weise wie die niederen Schulen, auch die höheren Schulen und auch die Universitäten an.

Zu diesen das Nervensystem schädigenden Einwirkungen kann sich noch der Einfluß einer fehlerhaften Erziehung im elterlichen Hause gesellen, mag sie verweichlichend oder zu strenge sein, weiterhin unpassende, sei es mangelhafte, sei es überreichliche Ernährung, ferner schlechte Lectüre und endlich als eines der wichtigsten Momente das absolute Fehlen einer Regelung des Geschlechtstriebes

FREUND führt noch mehrere andere schädigende Einflüsse an. Abgesehen von schweren Infectionskrankheiten, welche oft dauernden Schaden in der Function des Nervensystems zurücklassen, sind es körperliche und geistige Anstrengungen aller Art, entweder auf verschiedenen Arbeitsgebieten zugleich oder mit einseitiger Anspannung aller Kräfte auf einem einzigen Gebiete, z. B. in der Musik, daneben ungezügeltes, ehrgeiziges Streben, Quälereien im Amte durch grämliche, dünkelhafte, in manchen Fällen unerkannt geisteskranke Vorgesetzte, gewohnheitsmäßiger Genuß von Alkohol und Tabak, Mißbrauch von Narcoticis u. s. w. Die Schwierigkeit der Eheschließung nöthigt eine Menge von Männern zu einem ungeordneten Leben und eine Menge von Weibern zu einem unnatürlichen Bekämpfen ihrer Neigungen und spielt eine große Rolle unter den erschöpfenden Einflüssen.

Alle diese Momente sind in stärkerem oder schwächerem Maße in allen Culturepochen wirksam gewesen, und in der neueren Zeit sind nur wenige Momente hinzugetreten; dazu gehört der Dienst in Fabriken und an monoton arbeitenden Maschinen, der Dienst bei der Post, die Journalistik und die Anstrengungen des ärztlichen Berufes. Für alle übrigen Berufsarten verneint FREUND die Frage, ob sie in unserem Zeitalter durch erhöhte Anforderungen an den Menschen die Nervosität gefördert haben. Er stellt sogar die gegentheilige Behauptung auf, daß im Allgemeinen die Mehrzahl der heute in der modernen Gesellschaft lebenden und arbeitenden Menschen nervenkräftiger, widerstandsfähiger und damit leistungsfähiger ist als in früheren Generationen, und daß wir diesen Vorrang unseren fortgeschrittenen Cultureinrichtungen, besonders der Hygiene, verdanken.

Zur Ergänzung dieser Cultureinrichtungen und zur Förderung des Kampfes gegen die Nervosität fordert er vor Allem, daß sich die Schulen aus dem alten Geleise herausarbeiten und die Kinder zu dem gegenwärtigen gesellschaftlichen Leben und Arbeiten und nicht zu demjenigen Leben, wie es vor hundert Jahren vor sich ging, vorbereiten. Auch andere, zunächst die Hauswirthschaft betreffende Einrichtungen harren der fortschreitenden Verbesserung, welche eine weitere Gesundung des Lebens und Arbeitens garantirt. Wie Thierschlächterei, Spinnerei, Schneiderei, Seifensiederei, Wäscherei und Bäckerei binnen sechzig Jahren aus dem deutschen Hause entfernt sind, so muß Kocherei, Kellerei, endlich Wochenbett und Krankenstube daraus verschwinden.

FREUND schließt seine interessante Studie mit der Mahnung, das Gute der Neuzeit furchtlos für sich und seine Arbeit zu erfassen und voll aufzunehmen, die schlechte Gefolgschaft der Zeit aber von sich fernzuhalten. „Was aber befähigt den Menschen zu solcher Wahl und That? Im intellectuellen Leben der gesunde Menschenverstand, im ästhetischen der gesunde Geschmack, im ethischen gerechter Sinn; möge er zusehen, sich diese guten Geister zu erhalten!" FE.

Kleine Mittheilungen.

— Bei dem Umstande, daß mit dem Aufschwunge der modernen Schilddrüsentherapie die Nachfrage nach Kälber- und Hammelschilddrüsen eine gesteigerte und die regelmäßige Beschaffung derselben zu einer gewissen Schwierigkeit geworden ist, war es von praktischem Werthe, die eventuelle **therapeutische Verwendbarkeit der Schweinsschilddrüse** zu erproben. O. LANZ („Corr.-Bl. f. Schw. Ae.", 1895, Nr. 10) hat sich dieser Aufgabe unterzogen und ist hiebei zu einem positiven Resultat gelangt. L. prüfte zunächst den Einfluß der Schweinsschilddrüse auf das thyreoidectomirte Thier, wobei er constatiren konnte, daß Injectionen von Schweinsschilddrüsensaft beim thyreoidectomirten Hunde im Stande sind, das Leben der Thiere in ganz beträchtlicher Weise zu verlängern, wenn mit denselben frühzeitig genug begonnen wird. Aehnliche Resultate gab die bloße Verfütterung der Schweinsschilddrüse beim thyreoidectomirten Thiere. Die Wirkung der Schweinsschilddrüse beim nicht thyreoidectomirten Thiere äußerte sich in der Weise, daß übermäßige Schilddrüsenzufuhr von den Thieren nicht ertragen wurde, und zwar wirkten Schweins- und Kalbsschilddrüse in gleicher Weise schädlich. Die Drüsen der Versuchsthiere zeigten in Folge der Injectionen ganz beträchtliche Atrophie. Endlich wurde der Einfluß der Schweinsschilddrüse auf thyreoprive Menschen und der Einfluß ihrer Verfütterung auf Strumen studirt. Auch hier zeigte sich eine völlige Uebereinstimmung mit der Schafsschilddrüse. Unten 10 Fällen von Struma war bei vieren ein positiver Erfolg zu verzeichnen, während in 6 Fällen, sämmtlich colloide Kröpfe, der Erfolg ausblieb. Auch die während der Fütterung auftretenden Nebenerscheinungen waren denen bei Schaf-, resp. Kalbsschilddrüse analog: vermehrte Pulsfrequenz, Zunahme der täglichen Urinmenge, geringe Temperatursteigerung. Als Anfangsdosis wurde durchschnittlich 1 Grm., d. h. 2 Pillen pro die, die je 0·5 Grm. frischer Schilddrüsensubstanz entsprechen, gegeben. Nach diesen Versuchen steht der Anwendung der Schweinsschilddrüse und ihrer Präparate als Ersatz der Kälber- und Hammelschilddrüse nichts im Wege.

— Neuerdings tritt BARBIER („Arch. d'électr. méd.", Februar 1895) für die **elektrolytische Behandlung der Angiome des Gesichtes** ein. Er sieht in diesem Verfahren das einzige Mittel, um diffuse Angiome zum Schwinden zu bringen und empfiehlt es ganz besonders für jene Angiome, welche zur cirsoiden Degeneration neigen. Zur Operation bedient er sich feiner Nadeln von Stahl oder Platin, welche bis einige Millimeter vor der Spitze mit Firniß überzogen sind. Dieselben werden in den Tumor eingestochen und mit dem positiven Pol in Verbindung gesetzt, während die negative Elektrode auf den Nacken aufgesetzt wird. Der Strom wird hierauf geschlossen, allmälig bis 25 M.-A. gesteigert und durch 5—10 Minuten durchgeleitet. Nach 20—30 Secunden bildet sich ein Schorf. Wenn man die Nadel zurückzieht, ergießen sich bisweilen einige Tropfen Blut; doch genügt eine leichte Compression, um die Blutung zu stillen. Der Schorf wird sodann mit etwas Jodoformcollodium bedeckt. Bei cirsoiden Tumoren wird die Nadel schief in der Richtung des Gefäßes eingestochen. Die Anzahl der nöthigen Sitzungen ist sehr verschieden; bei kleinen Angiomen genügt oft eine einzige. Da das Durchtreten des Stromes durch das Gewebe schmerzhaft, empfiehlt es sich, in schwereren Fällen Chloroform, bei leichteren Cocain anzuwenden.

— Auf Grund von 30 Beobachtungen berichtet MÉNARD („Méd. inf.", 15. Februar 1895) über die ausgezeichneten Erfolge, welche er in der **Behandlung der tuberculösen Abscesse mit Injectionen von Camphernaphthol** erreicht hat. Die Behandlung erfordert eine gewisse Sorgfalt. Die Punction des Abscesses muß mit einem großen Troicar gemacht werden, damit sich der Absceßinhalt leicht nach außen entleeren kann; sie soll an einer Stelle gemacht werden, wo die Haut nicht allzudünn ist; man vermeidet auf diese Weise consecutive Fisteln. Die Absceßhöhle wird mit einer Borsäurelösung ausgewaschen, und sobald die Spülflüssigkeit klar zurückkommt, werden 30—60 Grm. Camphernaphthol injicirt. Die Punctionslücke wird mit Collodium verschlossen. Alsbald beginnt der Absceß sich zu verkleinern und verschwindet schließlich gänzlich, ein Zeichen, daß auch die Knochenaffection, von welcher der Absceß

ausgegangen ist, geheilt wurde. Selten genügt eine einzige Injection, man muß oft deren mehrere machen und in umso kürzeren Zwischenräumen, je rascher die Absceßhöhle sich wieder füllt. Die Behandlungsdauer ist demnach eine sehr verschiedene. Die Injectionen sind schmerzlos, in allen Fällen ausführbar und verfehlen selten ihren Zweck, weshalb die Methode nach der Meinung des Autors den Vorzug vor jeder anderen verdient. Allerdings konnte M. bisweilen leichte Intoxicationserscheinungen, wie Appetitlosigkeit, Erbrechen, profuse Schweiße etc., beobachten. Doch traten dieselben nur ausnahmsweise auf und kommen für die Methode kaum in Betracht.

— Gegen die **lancinirenden Schmerzen der Tabiker** empfiehlt BLONDEL („Corr.-Bl. f. Schw. Ae.", 1895, Nr. 9) folgendes Verfahren: Man läßt den auf seinem Bette liegenden Pat. die Oberschenkel möglichst stark gegen das Abdomen flectiren, so daß die Kniee dem Kinn sich nähern. Durch Anziehen eines um den Nacken und unter den Knieen angelegten Gurtes ist es möglich, ohne Anstrengung diese etwas sonderbare Lage während fünf Minuten einzuhalten. Dabei kann der Pat. beliebig in Rücken- oder in Seitenlage liegen. Durch die starke Beugung der Wirbelsäule nach vorn sucht B. eine Extension des Rückenmarks zu erzielen. Diese Methode ist mit der Aufhängung der Tabiker nahe verwandt; sie hat vor derselben den Vorzug der Ungefährlichkeit und der leichteren Anwendbarkeit. Das einzig Unangenehme dabei ist die Beeinträchtigung der Athmung durch die flectirten Oberschenkel. Läßt man aber die Oberschenkel etwas abduciren, damit der Bauch nicht zu stark comprimirt wird, so wird diese Haltung leicht erträglich. In einem Falle von Tabes mit äußerst hartnäckigen lancinirenden Schmerzen, welcher ohne Erfolg mit Antipyrin, Phenacetin, Arg. nitr. behandelt worden war, sah B. nach 8 Tagen seiner Extensionscur die Schmerzen verschwinden. Einen Monat später kehrten die Krisen wieder; Pat. unterzog sich einer neuen 14tägigen Extensionscur, in Folge welcher die Schmerzen seit 2 Jahren vollständig ausgeblieben sind.

— Dr. G. M. CABASSO in Genua („Centralbl. f. Bact. und Par.", 1895, Nr. 17) gibt **eine neue Behandlungsmethode der Lungentuberculose** an, welche in dauernden Inhalationen von ätherischem Pfefferminzöl, innerlichem Gebrauch von Creosotlösung und Hyperalimentation besteht und mit der C. unter 43 Fällen von Lungentuberculose 37 Heilungen erzielt haben will. Zum Zwecke der Inhalation wird ein einfaches Stück Zeug, welches zu einem kleinen Kissen von 5 Cm. Länge und 2 Cm. Breite zusammengefaltet und durch zwei an den Enden angenähte Bänder unter der Nase festgehalten wird, mit 4—5 Tropfen von Ol. essent. menthae alle 3—4 Stunden benetzt und Tag und Nacht liegen gelassen. Bei geschlossenem Munde werden durch die Nase 6 bis 7 tiefe Inspirationen ausgeführt, worauf eine Ruhezeit von einer Viertelstunde eintritt, während welcher auf gewöhnliche Weise, aber immer durch das Kissen, geathmet wird. Diese Abwechslung zwischen tiefer und gewöhnlicher Athmung wird während der ganzen Zeit der Behandlung fortgesetzt. Kranke, welche noch ihren Geschäften nachgehen können, gebrauchen einen Inhalator, der aus einem Gänsefederröhrchen, ein mit Minzenöl getränktes Baumwollbäuschchen enthaltend, hergestellt ist und wie eine Cigarette oder ein Zahnstocher zwischen den Lippen gehalten wird. Noch besser empfiehlt sich ein Inhalator, der aus zwei kleinen Silberröhrchen besteht, die an einem Ende mit durchlöchertem Boden geschlossen sind. In den Röhrchen liegt ein Stückchen Schwamm, auf welches man alle 3—4 Stunden einen Tropfen Minzenessenz träufelt. Sodann wird in jedes Nasenloch ein Röhrchen tief eingeführt. Als Creosotlösung gebraucht C. folgende: Reines Buchencreosot 8 Grm., rect. Alkohol 550 Grm., reines Glycerin 250 Grm., Chloroform 20 Grm., Pfefferminzöl 8 Grm. Davon ist 3stündlich ein Suppenlöffel in einem halben Glas Zuckerwasser zu nehmen. Daneben Hyperalimentation: Milch so viel vertragen wird, mehrere Eier, gebratenes Fleisch, edle Weine, besonders Marsala, täglich 3—400 Grm. Diese Behandlung soll wenigstens noch einen Monat nach Verschwinden aller Krankheitssymptome fortgesetzt werden. Es empfiehlt sich, die Nasenlöcher der reizenden Wirkung der Minzessenz wegen anfangs mit Vaselin zu bestreichen. Bei dieser Methode konnte C. constatiren, daß die KOCH'schen Bacillen innerhalb eines Zeitraumes von 10 bis 60 Tagen constant aus dem Auswurf verschwanden, daß alle Kranken, bei denen der Proceß nur die Lunge betraf, vollkommen genesen sind (Heilungen von 5—6 Jahren), endlich, daß diese Methode vollkommen unschädlich ist.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

IV.

PETERSEN (Kiel): **Ueber Behandlung der Speiseröhrenverengerung.**

Bei dem vorgestellten Kranken, welcher sich vor 5 Jahren durch Trinken von Kalilauge eine doppelte Strictur des Oesophagus zugezogen hatte, wurde wegen zunehmender Verminderung der Schluckfähigkeit eine Magenfistel angelegt und später die Dilatation von untenher durch olivenförmig auslaufende Sonden erreicht, so daß Pat. seit Juli v. J. wieder schlucken kann.

SCHUCHARDT (Stettin): **Behandlung der durch rundes Magengeschwür veranlaßten Perforations-Peritonitis.**

Die in der Literatur mitgetheilten 15 Fälle von Laparotomie wegen vorgeschrittener Perforationsperitonitis nach Ulcus rotundum endeten sämmtlich letal.

Von zwei von SCH. vor Kurzem ausgeführten Laparotomien wegen Magenperforation verlief der eine Fall günstig. Reichliche fäculente Massen zwischen Leber und Magen wurden entfernt und die fibrinös eiterigen Beläge aus dem Kuppelraum des Zwerchfelles ausgewischt. Der zweite, tödtlich verlaufene Fall wurde 14 Tage nach der Perforation operirt; auch hier war der untere Bauchraum noch vollkommen frei. Schluß des Ulcus durch 15 Serosanähte, lockere Tamponade durch Jodoformgaze. Durch einen Einschnitt wurde zwischen Leber, bezw. Magen und Zwerchfell je ein Drainrohr nach außen geleitet, durch welche sich noch nachträglich nicht unbeträchtliche Eitermassen entleerten.

KÜSTER (Marburg): **Zur Entstehung der Wanderniere und der subcutanen Nierenverletzungen.**

Bezüglich der Frage, unter welchen Bedingungen Nierenverletzungen zu Stande kommen, hat man vier Gruppen unterschieden: die Einpressung des Körpers von zwei Seiten, Schlag oder Stoß von hinten her gegen die Lendengegend, Verletzung der Niere aus weiterer Entfernung und endlich durch Muskelzug. Bei allen diesen Gruppen können nur zwei Momente in Betracht kommen, eine stoßartige, adductionsweise Bewegung unter den freien Rippen gegen die Wirbelsäule und eine enorme Pressung. Für die meisten Fälle von Nierenverletzungen treffen diese ätiologischen Momente, wie K. an einer Reihe von Experimenten an der Leiche nachweisen konnte, unzweifelhaft zu.

Bezüglich der Entstehung der Wanderniere hält K. die Erklärung OPPOLZER'S, daß sie auf angeborene Verhältnisse zurückzuführen sei, nicht für zutreffend. Auch die übrigen zur Erklärung angeführten Momente, wie Schwund des Körperfettes, allgemeine Erschlaffung der Bauchwand oder Anomalien in der Lage der Gebärmutter unterstützen nur die Entstehung und weitere Entwicklung der Wanderniere. Die treibenden Kräfte dagegen liegen ausschließ'ich in den mechanischen Verhältnissen, in acuter und chronischer Einwirkung; in erster Linie bedingt die Wirkung des Schnürens beim weiblichen Geschlecht eine Lockerung der Befestigungsmittel der Niere. Im Uebrigen geben alle für die Nierenverletzung angeführten Momente, wie Stoß, Schlag, Muskelzug, Fernwirkung eines Trauma, Gelegenheitsursachen für die Entstehung der Wanderniere. Die auffallende Thatsache, daß unter den gleichen Wirkungen in dem einen Falle stets nur Zerreißung, in dem anderen stets Wanderniere entsteht, ist durch die Verschiedenheit der körperlichen Verhältnisse und der Kleidung bei beiden Geschlechtern zu erklären.

Discussion.

Lindner (Berlin) hält die Erklärung KÜSTER's über die Entstehung der Wanderniere durchaus nicht für alle Fälle zutreffend. Redner hat linksseitige Wanderniere wiederholt bei Männern beobachtet, welche keinen Schnürriemen trugen. Das Vorhandensein von Wanderniere nach Trauma beweist noch nicht, daß letzteres die Ursache der Entstehung ist. In einer Reihe von nach Verletzung entstandenen Wandernieren ließ sich eine erhebliche Verlängerung der Gefäße constatiren, die nicht plötzlich entstanden sein kann, sondern immer wieder auf die angeborene Disposition hinweist.

Küster (Berlin): Die von LINDNER erhobenen Einwände können die Thatsache nicht aufheben, daß die meisten Wandernieren durch mechanische Einwirkungen in Folge Veränderungen des Thorax eintreten, bei denen die Muskelcontraction eine große Rolle spielt.

KÖLLIKER (Leipzig): **Ueber Nierenruptur.**

Am 4. Tage nach erlittenem Sturz kam ein 12jähr. Knabe, der unmittelbar nachher blutigen Urin entleert hatte, mit Trübung des Harns, vermischt mit Blutgerinnseln, in Behandlung. Am 8. Tage stellte sich Fieber und vollkommene Anurie ein, am 9. Tage Oedem der linken Lumbalgegend. Am 10. Tage Operation. Durch seitlichen Lumbalschnitt wurde die Niere freigelegt und aus der mit Urin infiltrirten Fettkapsel ausgelöst. In der Niere fand sich ein Riß mit nußfarbigen Rändern, von hinten unten nach oben vorn verlaufend. Die Nierenwunde wurde mit Sublimatlösung ausgewaschen, drainirt und tamponirt. Sofortiger Abfall des Fiebers und Entleerung großer Mengen klaren Urins. Heilung in 7 Wochen. Fälle von Nierenruptur, welche durch Tamponade zur Heilung kamen, sind bisher nicht veröffentlicht. Man ist gewöhnt, in solchen Fällen sofort zu nephrectomiren, bezw. bei paranephritischem Absceß nach Verletzungen oder retroperitonealem Erguß zu incidiren.

KOERTE (Berlin): **Fall von Carcinom des Coecums mit Invagination; Resection, Heilung.**

40jähr. Pat. kam mit typischen Erscheinungen der Invagination, die im letzten Jahre wiederholt beobachtet wurden, in Behandlung. Bei der Operation fand sich ein Tumor unter der Leber, und zwar Carcinom im Coecum. Das Ileum war 7 Cm. in's Colon hineingeschoben und adhärent; zeitweise invaginirte sich der ganze übrige Darm. Heilung durch Resection.

KOERTE operirte ferner einen Fall von Tuberculose des Coecums mit 8 Kotheiterfisteln mit günstigem Erfolg. Die Exstirpation der Ileocoecalgegend hat Redner 9mal ausgeführt: 4 Fälle betrafen Carcinom, 4 Tuberculose, 1 Actinomykose; der letztere Fall ging 8 Monate später an Metastase zu Grunde. K. legt bei dieser Operation besonderen Werth auf die exacte Unterbindung, auf die Fernhaltung aller chemischen Antiseptica und auf die Tamponade mit Jodoformgaze. In neuerer Zeit hat K. das Colon durch eine doppelseitige Invaginationsnaht geschlossen und den Ileumstumpf seitlich in das Colon transversum invaginirt.

KOERTE: **Gastrotomie wegen Fremdkörper in einer tiefliegenden Oesophagusstrictur; Oesophagotomie.**

Dem Pat., der als Knabe Lauge getrunken und seitdem stets Schluckbeschwerden beim Essen empfand, war vor 8 Tagen bei einer hastig genossenen Mahlzeit angeblich ein Kern in der Speiseröhre stecken geblieben. Die Sonde stieß auf einen harten Fremdkörper mit metallischem Beiklang über der Cardia. Die lebhaften Schmerzen, besonders im Epigastrium, die Unmöglichkeit der Aufnahme fester Nahrung, die drohende Gefahr der Oesophagusperforation machten die Gastrotomie nothwendig. Incision dicht an der Cardia. Der eingeführte Finger fühlte eine scharfe Falte. Unmöglichkeit, von unten her in den Oesophagus einzudringen. Dagegen gelang es, mit der Schlundsonde durch den Oesophagus in den Magen einzudringen. Die Sonde wurde alsdann mit einem an ihrem Ende befestigten Drainrohr zurückgezogen und auf diese Weise eine Schraubenmutter herausgewischt, welche Pat. bei seiner Mahlzeit verschluckt hatte. Die Ernährung erfolgte zunächst durch das Drainrohr, welches am 5. Tage nach oben herausgezogen wurde. Schluß der Wunde nach wenigen Tagen.

Redner berichtet noch über einen zweiten Fall von Oesophagusstrictur nach Trinken von Lauge, der ebenfalls durch Gastrotomie, vorläufige Ernährung von der Magenwunde aus und Sondenbehandlung geheilt wurde, und demonstrirt alsdann einige Fremdkörper, welche er durch Oesophagotomie entfernt hat. In einem Falle war eine Gebißplatte mit 4 Schneidezähnen von einer Pat. verschluckt worden. Ein Arzt hatte zunächst energische Extractionsversuche vorgenommen, nach vergeblichem Bemühen aber die Platte unter starker Blutung in den Magen hinabgestoßen. Pat. zeigte bei ihrer Aufnahme schwere Mediastinitis und Lungengangrän. Tod 8 Tage nach der Gastrotomie. Bei der Section fand sich im Oesophagus ein Defect von Daumendicke, von dem ein Gang in die rechte, mit Blutcoagulis erfüllte Lunge führt. Im rechten unteren Lungenlappen sitzt der Fremdkörper. — In einem Falle von inoperablem Oesophaguscarcinom hat K. die Oesophagotomie ausgeführt. Die Schrägfistel ließ keinen Mageninhalt abfließen. Pat. lebte noch 3 Monate.

MIKULICZ (Breslau): **Bericht über 103 Operationen am Magen.**

Im Anschluß an die von BILLROTH vor 5 Jahren gemachte Mittheilung über 69 Magenresectionen mit 33 Todesfällen (45%) berichtet Redner über 103 Magenoperationen bei 102 Kranken mit 23 Todesfällen (22%). Die Operationsresultate sind in den letzten Jahren wesentlich bessere geworden, denn während in den ersten 10 Jahren von 37 Operirten 13 = 37% starben, fallen in die letzten $2^1/_2$ Jahre auf 68 Operationen nur 10 Todesfälle = 15% Mortalität. Von 24 wegen nicht carcinomatöser Processe Operirten starben 2, von 73 Carcinomkranken 12, von 6 Kranken mit schweren Complicationen, wie Perforation, 5. Wegen Oesophaguscarcinom wurden 34 Gastrotomien vorgenommen mit 6 Todesfällen. Bei 2 Pat. mit gutartigen Processen wurde die Pylorusresection erfolgreich ausgeführt, bei 18 wegen Pyloruscarcinom mit 13 Heilungen. 26mal nahm M. die Gastroenterostomie vor, 21mal wegen Carcinom mit 5 Todesfällen. Von 6 Fällen, bei denen die Pyloroplastik ausgeführt wurde, starb 1 Pat. an Blutung; von den übrigen 5 Operirten sind 3 geheilt. 6mal wurde außerhalb des Pylorus wegen Magenblutung gastrostomirt, 3mal mit günstigem Erfolg. Zwei Drittel sämmtlicher Todesfälle stehen mit der Operation in keinem Zusammenhang.

In zweifelhaften Fällen empfiehlt Redner zunächst einen kleinen Probeschnitt von 2 bis höchstens 4 Cm. Länge, welcher eine genügende Orientirung in der Bauchhöhle mit dem Zeigefinger zuläßt und die Ausdehnung des Carcinoms, die Betheiligung der Lymphdrüsen festzustellen ermöglicht. Zur Hebung der Kräfte des Pat. ist eine vorbereitende Ernährung per rectum anzurathen. Noch mehr leistet eine Kochsalzinfusion am Tage vor der Operation.

Was die Dauererfolge nach Magenoperationen anlangt, so haben von 34 wegen Oesophaguscarcinom Operirten 28 die Operation überstanden; 19 sind später gestorben, haben aber die Operation durchschnittlich $4^1/_2$—5 Monate überlebt. Immer aber hat die Operation die Ernährung erleichtert und die großen Beschwerden vermindert. — In 8 Fällen von Magenresection wegen Carcinom betrug die durchschnittliche Verlängerung des Lebens 1—$2^1/_2$ Jahre. Von 21 Gastrostomirten überstanden 16 die Operation, 7 gingen später nach durchschnittlich $6^1/_2$ Monaten zu Grunde. In 2 Fällen sind bereits 2 Jahre nach der Operation verflossen. M. macht die Magenresection, wenn die Drüsen nur an der kleinen und großen Curvatur inficirt sind; bei weiterer Ausdehnung der Infection empfiehlt er die Gastrostomie. Die totale Resection gibt wegen der baldigen Recidive wenig Aussicht auf Erfolg. Die erzielten Resultate zeigen die nahe Grenze des technischen Könnens; weitere Fortschritte auf dem Gebiete der Magenoperationen werden nur noch durch Eingreifen in möglichst frühem Stadium der Erkrankung erreicht werden. —r.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 8. Mai 1895.

PLEHN: Ueber das Schwarzwasserfieber an der afrikanischen Westküste.

Das Schwarzwasserfieber, das seinen Hauptherd an den flachen Küsten des tropischen Afrika besitzt, hat in den letzten 10—15 Jahren eine immer weitere Verbreitung erfahren und ist seitdem erst in Kamerun bekannt geworden. Es besitzt ein durchaus charakteristisches Krankheitsbild, tritt nicht selten epidemisch auf und ist in letzter Zeit häufiger und schwerer geworden. Seit dem Jahre 1890 sind unter 93 Todesfällen 16 auf Schwarzwasserfieber zurückzuführen. Während seines $1^1/_2$jährigen Aufenthaltes in Kamerun behandelte P. unter 438 Fieberanfällen 39 Fälle von Schwarzwasserfieber. Von Bedeutung für die Erkrankung sind zweifellos die Racenverhältnisse: Neger erkranken außerordentlich selten, häufiger die am Kongo eingeführten Chinesen. Sehr leicht empfänglich sind die Weißen. Eine individuelle Disposition ist nicht zu leugnen. Sehr viele Weiße erkranken am Schwarzwasserfieber sehr bald nach ihrer Ankunft in Kamerun, Redner selbst schon nach 6 Wochen. Es besteht keine erworbene Immunität. Die erste Erkrankung läßt weitere Anfälle erwarten, und zwar werden gerade recht kräftige Leute häufiger befallen.

Bezüglich der Disposition besteht kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Von 25 Frauen der Colonie erkrankten 5 an Schwarzwasserfieber mit 2 Todesfällen. Der Ausbruch der Krankheit erfolgt oft nach Aufregungen, Sorgen, Erkältungen etc. Ein Expeditionsführer erkrankte unmittelbar nach einem Gefecht, ein Factorist nach einem kurzen, aber schweren Transport, ein Maschinist nach übermäßiger Arbeit.

Die Incubationszeit läßt sich nicht sicher feststellen, da Recidive sehr häufig sind und meist im Gefolge einer uncomplicirten Malaria auftreten.

Die Prodromalerscheinungen, welche sich über einige Stunden bis einige Tage erstrecken, bestehen in Abgeschlagenheit, Ziehen in den Gliedern und geringer Temperaturerhöhung. Der Eintritt erfolgt fast immer mit starkem Schüttelfrost, theils kurz vor Ausbruch, theils auf der Höhe des Fiebers. Die Kranken zeigen große Angst und Unruhe mit häufig getrübtem Sensorium, Uebelkeit und unstillbares Erbrechen, Oppressionsgefühl auf der Brust, zeitweise mit heftiger Athemnoth verbunden. Meistentheils tritt noch Icterus ein. Die Temperatur steigt häufig auf 39° mit hämaturischen Erscheinungen. Das Fieber ist selten continuirlich, sondern meist intermittirend oder remittirend.

Die klinische Untersuchung ergibt wenig charakteristische Veränderungen an den Organen: leichte bronchitische Erscheinungen, unreine Herztöne, in 50% der Fälle Vergrößerung der Milz und Empfindlichkeit der Leber. Die mikroskopische Blutuntersuchung zeigt eine wesentliche Verringerung der weißen Blutzellen, häufig finden sich Makrocyten, selten dagegen Mikro- und Poikilocyten. Am meisten charakteristisch ist das Verhalten des Urins. Er ist von Anfang der Erkrankung an dunkelschwarz gefärbt, zeigt erhöhtes specifisches Gewicht und saure Reaction. Cystitis ist keineswegs selten. Das Urinquantum ist erheblich vermindert und beträgt mitunter nur wenige Tropfen, deren Entleerung sehr schmerzhaft ist. Durch die stets vorhandene Nierenentzündung ist das Schwarzwasserfieber von allen anderen Fieberformen in Kamerun unterschieden. Das hohe Fieber kann besonders bei geschwächten Personen den Tod durch Herzschwäche herbeiführen. Häufig erfolgt nach den hämaturischen Anfällen ein kritischer Abfall der Temperatur. Auch nach ihrem Abfall kann der Tod noch nach Tagen in Folge von Anurie eintreten. In 2 Fällen fand Redner bei der Section Herzthrombose. In leichten Fällen mit Hämoglobinurie findet sich oft weder Verfärbung des Urins, noch Eiweißausscheidung.

Das Schwarzwasserfieber kann primär auftreten, ist aber weitaus am häufigsten die Folge einer uncomplicirten Malaria. In Bezug auf die Aetiologie hat P. das Vorhandensein von Plasmodien, die sich durch ihre Kleinheit von denen bei Malaria unterscheiden, besonders durch Färbung nachweisen können. Die Gebilde zeigen amöboide Bewegung und deutliches Wachsthum. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Varietät der Malariaplasmodien. Nach Aufregungen, Blutverlusten etc. hat Redner hochgradige Hämoglobinurie mit ihren Folgezuständen beobachtet.

In therapeutischer Beziehung hat das Chinin durchaus keinen günstigen Einfluß auf den Verlauf des Schwarzwasserfiebers geübt. Schon gleich nach seiner Ankunft fiel es P. auf, daß einzelne junge, kräftige Leute nach dem prophylaktischen Chiningebrauch für kurze Zeit Blutharnen bekamen. Viel stärker ist die durch Chinin hervorgerufene Nierenreizung bei bereits vorhandenem Fieber. In einer großen Zahl von Fällen wird ein gewöhnliches Malariafieber, wie P. selber in 20 Fällen beobachtete, innerhalb weniger Stunden nach Darreichung des Chinins in ein schweres hämaturisches Schwarzwasserfieber verwandelt. Gerade die ohne Chinin behandelten Fälle von Schwarzwasserfieber zeigten einen relativ leichteren Verlauf, zumal die Krankheit eine ausgeprägte Tendenz zur Spontanheilung hat. Von 39 Fällen endeten nur 4 letal; im letzten Jahre war unter 25 Fällen nur 1 Todesfall. Offenbar beschleunigt das Chinin durch seinen Reiz den bereits vorhandenen acuten Blutzerfall noch mehr; daher verwirft P. seine Anwendung bei vorhandenem Schwarzwasserfieber und gibt nur ein paar Grammdosen nach eingetretener Entfieberung. Die Anurie gibt keineswegs immer eine ungünstige Prognose; ohne Bedeutung sind die Herzgeräusche. Der Ausgang hängt vor Allem von den Veränderungen der Niere ab. Auch die nachträgliche Controle des Urins ist durchaus erforderlich. Nicht alle an Schwarzwasserfieber Erkrankte sind als tropenunfähig nach Hause zu schicken, wohl aber die mit nachweisbarer Nierenerkrankung. Dem Vortr. haben während seines letzten Anfalls Sauerstoff-Inhalationen ausgezeichnete Dienste geleistet. Gegen die große Angst und Unruhe der Kranken sind kleine Dosen Chloral, beim Collaps große Mengen Excitantien zu empfehlen. Während der ganzen Dauer der Erkrankung ist unausgesetzte Ueberwachung nothwendig.

In der Discussion bestätigt L. FRIEDLÄNDER auf Grund seiner im Kongostaat gesammelten Erfahrungen die Mittheilungen des Vortr., namentlich in Bezug auf den negativen Erfolg des Chinins, dagegen hält er den prophylaktischen Gebrauch kleiner Mengen von Alkohol für recht nutzbringend.

—r.

Aus den Pariser Gesellschaften.

Société de Chirurgie.

Sitzung vom 10. April 1895.

Ueber Ureter-Scheidenfisteln.

POIRIER theilt mit, daß es ihm bei 45 vaginalen Hysterektomien, wovon 36 wegen Adnexerkrankungen, 9 wegen Uteruscarcinom ausgeführt wurden, nur ein einziges Mal, in einem Falle von Uteruskrebs, passirt ist, daß der Ureter abgeklemmt wurde. Die dadurch entstandene Fistel heilte von selbst innerhalb 20 Tagen. P. glaubt nicht, daß es möglich ist, den Ureter im ersten Tempo der Hysterectomie abzuklemmen, vielmehr dann, wenn die Blutung aus den den Ureter begleitenden Venen in der Höhe seines Eintrittes in die Blase zu stillen versucht wird. Es ist dies um so eher möglich, wenn der Ureter einen abnormen Verlauf nimmt, wie dies beim Uteruscarcinom so leicht vorkommt.

Routier konnte bei einer Pat., bei welcher er wegen beiderseitiger Pyosalpinx die Hysterectomie gemacht hatte, eine Ureter-Scheidenfistel auftreten sehen, nachdem die Kranke 21 Tage hindurch keinen Tropfen Urin verloren hatte. Die Fistel saß an der rechten Seite und entsprach einer schmerzhaften beweglichen Niere. R. entschloß sich zur Nephrectomie, was er auch nicht zu bereuen hatte, da die exstirpirte Niere eiterige Infarcte aufwies.

Bazy glaubt, daß bei der Operation der Ureter-Scheidenfisteln die abdominale Methode unstreitbar den Vorzug vor der vaginalen verdiene. Abgesehen von der größeren Leichtigkeit, sind alle auf dem abdominalen Wege operirten Fälle, sowie sie zur Kenntnis B.'s kamen, vollkommen geheilt worden.

Ueber Fibrome der Bauchwand.

RECLUS ist auf Grund einiger einschlägiger Beobachtungen zu der Ansicht gekommen, daß die herkömmliche Meinung über die Prognose der Fibrome der Bauchwand einer Modification bedürfe,

Seine Erfahrung gründet sich zunächst auf einen in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall, der im Jahre 1883 von VERNEUIL operirt worden war. Bei diesem Pat. hatte sich im Laufe von 4 Monaten aus einem kleinen indolenten Knoten eine mächtige Geschwulst entwickelt, die für ihn die Quelle großer Schmerzen wurde. Es wurde damals ein Tumor der Bauchdecken in der Gegend der Fossa iliaca dextra constatirt. Bei der Operation stieß VERNEUIL auf solche Schwierigkeiten, bedingt durch Adhäsionen des Tumors mit dem Darm und den Gefäßen, daß er sich mit einer partiellen Exstirpation des Neoplasmas begnügte. Der Kranke entschwand dann der Beobachtung und man glaubte auf eine baldige maligne Recidive rechnen zu müssen. Aber der Kranke ist nicht gestorben, sondern man findet gegenwärtig bei ihm an der Stelle des Neoplasmas einen kleinen Tumor von kaum Hühnereigröße. R. erwähnt weiterer analoger Beobachtungen von GOSSELIN und ESMARCH, bei welchen gleichfalls trotz nur incompleter Exstirpation Heilung eintrat. Wenn nun SEGOND bezüglich der Behandlung der Bauchdeckenfibrome und der Prognose der partiellen Exstirpation behauptet, daß es hundertmal besser sei, überhaupt nicht zu operiren, als eine unvollendete Operation zu machen, so scheinen nach den vom Redner angeführten Thatsachen Fibrome der Bauchdecken, auch wenn sie die Charaktere des malignen Neoplasmas zeigen, heilen zu können, trotz theilweiser Exstirpation.

Segond bemerkt, daß diese Beobachtungen, wenn sie auch richtig sind, noch nicht zu dem Schlusse führen, daß man derartige Tumoren nicht vollständig zu exstirpiren brauche. Die von RECLUS herangezogenen Fälle stammen noch aus einer Epoche, da man seine Gründe hatte, das Peritoneum zu respectiren; diese Gründe sind jetzt weggefallen. Heute könne man ohne Weiteres das Peritoneum eröffnen, in der Art, daß man den großen Substanzverlust, der aus der Abtragung des Neoplasmas resultirt, in eine einfache Wunde verwandelt, welche man vernäht wie eine Laparotomiewunde; man vermeidet dadurch gleichzeitig die großen Ventralherien, die man ehemals so oft sich entwickeln sah.

M. Sée hat vor mehreren Jahren bei einer Frau einen Tumor der Bauchdecken operirt, welcher subcutan gelegen zu sein schien. Bei der Operation zeigte sich aber, daß der Tumor nicht vollständig zu entfernen war, ohne das Peritoneum zu eröffnen. Dasselbe wurde nach Entfernung des Tumors vernäht und die Kranke wurde geheilt entlassen. 6 oder 8 Monate später erlag sie trotz der totalen Exstirpation einer Recidive.

Quénu lenkt die Aufmerksamkeit auf ein eigenartiges Verhalten, welches die Bauchdeckenfibrome bisweilen aufweisen. In einem kürzlich von ihm operirten Falle exstirpirte er ein Fibrom mit der ganzen correspondirenden Portion der Bauchdecken. Die Untersuchung des Rectus abd., von dessen vorderer Aponeurose der Tumor ausgegangen war, zeigte eine Myositis, welche zu Verwachsungen mit dem Peritoneum geführt hatte. Hätte man diesen Theil des Tumors stehen gelassen, so wäre man leicht geneigt gewesen, anzunehmen, daß man nicht den ganzen Tumor exstirpirt habe.

Gastroenterostomie mit Hilfe des MURPHY'schen Knopfes.

MONOD berichtet über zwei weitere Fälle von Gastroenterostomie, bei welcher er sich des MURPHY'schen Knopfes bedient hatte. In dem einen Falle handelte es sich um ein Pyloruscarcinom in vorgeschrittenster Cachexie. Die Kranke starb am Tage nach der Operation und bei der Autopsie konnte constatirt werden, daß die Anastomose eine tadellose und daß kein Tropfen Mageninhaltes im Niveau des Knopfes durchgedrungen war. Die zweite Kranke, gleichfalls ein Carcinom, aber in besserem Allgemeinzustande, betreffend, wurde am 21. Februar operirt und befindet sich gegenwärtig vollkommen wohl; doch ist der Anastomosenknopf, der einen Durchmesser von 23 Mm. hatte, bisher noch nicht abgegangen.

Société de thérapeutique.

Sitzung vom 10. April 1895.

Sumpffieber und Angina pectoris.

SIGALEA: In der Aetiologie der Angina pectoris wird von Seiten der Autoren des Sumpffiebers kaum gedacht. Gleichwohl spielt in Sumpfgegenden die Malaria eine gewisse Rolle in der Aetiologie der Angina pectoris. Schon im Jahre 1892 hatte S. Gelegenheit, die Autopsie eines Individuums vorzunehmen, welches in Folge eines Anfalles von Angina pectoris im Anschlusse an die ersten Manifestationen der Malariainfection gestorben war, und bei welchem sich neben einem Milztumor Zeichen einer Neuritis des Plexus cardiacus fanden. S. hält es für möglich, daß diese Neuritis in einem directen Zusammenhang mit der Malariainfection stand, und daß dieselbe reflectorisch eine tödtliche Syncope bewirkte. Seitdem beobachtete S. weitere 5 Fälle, bei welchen den Fieberattaquen Anfälle von Angina pectoris folgten. Durch Chinin und Hydrotherapie wurde in allen Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, rasche Heilung erzielt.

Zur Behandlung des unstillbaren Erbrechens mittelst Elektricität.

LARAT macht Mittheilung über seine und GAUTIER's Erfahrungen über den therapeutischen Werth des constanten absteigenden Stromes bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren und bei nervösem Erbrechen. Er stützt sich hiebei auf 5 Beobachtungen, durchaus sehr schwere Fälle betreffend, bei welchen die absteigende Galvanisation von vollständigem Erfolg begleitet war. Der positive Pol wurde über dem Schlüsselbein aufgesetzt, der negative Pol in der Gegend des Epigastriums. Die Stromstärke beträgt 8—10 M.-A., die Dauer jeder Sitzung 15—30 Minuten. Bei sehr hartnäckigem Erbrechen müssen die Sitzungen mehrere Male am Tage wiederholt werden. Innerhalb 3—10 Tagen erzielte L. stets völligen Erfolg.

Bardet hatte Gelegenheit, die Galvanisation bei unstillbarem Erbrechen verschiedensten Ursprunges anzuwenden; unter 22 Fällen erzielte er nur 5mal Erfolg, u. zw. durchwegs in Fällen von rein nervösem Erbrechen. Hingegen waren die Versuche bei Hyperemesis gravidarum vollständig negativ.

Ch.

Notizen.

Wien, 25. Mai 1895.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte.) Der gestrige Sitzungsabend wurde durch eine Demonstration Prof. WEINLECHNER's eingeleitet, welcher einen Pat. von mittlerem Lebensalter mit Alopecia universalis acquisita vorstellte; die Affection — völliger Haarmangel an allen sonst behaarten Körperstellen — soll sich vor 11 Jahren ohne nachweisbare Ursache eingestellt haben, zu welcher Zeit die Haare im Verlaufe von $4^1/_2$ Tagen völlig ausgefallen sein sollen. — Hierauf demonstrirte Dr. v. GENSER ein 3 Monate altes hereditär-syphilitisches Kind mit einer frischen Perforation des harten Gaumens, ein in diesem Alter höchst seltenes Vorkommniß. Ferner stellte Prof. KAPOSI einen Pat. mit einem fast die ganze rechte Calvaria einnehmenden Carcinom der Kopfschwarte vor, dessen Exulcerationen im Centrum Hirnpulsation zeigen. Die Discussion über diese interessanten Demonstrationen wurde im Interesse des nun folgenden Vortrages Dr. CARL HEIZMANN's aus New York auf den nächsten Sitzungsabend verschoben. — HEIZMANN, der einstige Docent für pathologische Anatomie an der Wiener Universität, welchen das Schicksal nach der neuen Welt verschlagen hatte, constatirte in seinem Vortrage, der unter dem Titel „20 Jahre wissenschaftlicher Thätigkeit in Amerika" wohl mehr eine Causerie bot, mit Befriedigung, daß sein Streben ein erfolggekröntes und seine Arbeit keine vergebliche gewesen sei. H. benutzte die Gelegenheit, um einerseits gewisse noch immer schwebende Fragen der Priorität, in welche er zum Theile selbst am meisten verwickelt ist, zu streifen, andererseits um einige Capitel ausführlicher zu besprechen, an welchen er und seine Schüler fortgearbeitet haben. Als Frucht dieser Arbeiten stellt sich unter Anderem eine prognostische Verwerthung des mikroskopischen Blutbefundes dar, welche die Zuhörer nicht wenig überrascht haben dürfte. Auf Grund seiner, die VIRCHOW'sche Zellentheorie bekämpfenden Anschauungen ist H. im Stande, aus dem mikroskopischen Bilde der farblosen Blutzellen oder der Eiterkörperchen einen „fast niemals täuschenden Schluß" auf die Constitution des Individuums zu ziehen. Erscheint nämlich bei 500facher Vergrößerung das Blut- oder Eiterkörperchen nahezu solid („voll lebender Materie"), dann ist die Constitution sehr gut; sie ist noch gut, wenn wenigstens der Kern solid und die Peripherie grobgranulirt ist; sie ist aber schlechter, wenn der Kern eine hohle Schale bildet und nur noch Kernkörperchen zu sehen sind; und wenn man gar geborstene weiße Blutzellen oder Eiterkörperchen findet, dann naht das Ende und es steht um so näher und sicherer bevor, je größer die Zahl derselben ist. Auf diese Weise konnte H. den Tod bis auf 3—4 Wochen voraussagen. Die Versammlung nahm diese Mittheilungen mit dem dem Gaste gegenüber gebotenen beifälligen Wohlwollen auf.

(Die Wahl des Aerztekammer-Vorstandes.) Ueber Anfrage einer Aerztekammer, ob zur Giltigkeit der Wahl des Kammerpräsidenten, dessen Stellvertreters und der übrigen Kammervorstandsmitglieder die absolute oder relative Majorität der abgegebenen Stimmen erforderlich sei, hat das Ministerium des Innern im Sinne des Gesetzes vom 22. December 1891 eröffnet, daß bei der Wahl der Kammervorstandsmitglieder jene Kammermitglieder als gewählt zu gelten haben, welche die absolute Majorität der abgegebenen Stimmen erhalten haben. Kommt bei der Abstimmung zu dieser Wahl eine absolute Mehrheit nicht zu Stande, so ist eine zweite Abstimmung vorzunehmen, und falls auch bei dieser die nöthige Stimmenmehrheit sich nicht herausstellt, zu der engeren Wahl zu schreiten. Bei der engeren Wahl haben die Wähler sich auf jene zwei Kammermitglieder zu beschränken, welche bei der zweiten Abstimmung die relativ meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los, wer in die engere Wahl einzubeziehen ist. Jede Stimme, die bei der dritten Abstimmung auf ein nicht in die engere Wahl gebrachtes Kammermitglied fällt, ist als ungiltig zu betrachten. Ergibt sich bei der engeren Wahl Stimmengleichheit, so entscheidet das Los.

(Personalien.) Der mit dem Titel eines a. o. Universitätsprofessors bekleidete Privatdocent Dr. CARL CHODOUNSKY ist zum a. o. Professor der Pharmakologie an der böhmischen Universität in Prag ernannt worden. — Dem San.-R. Dr. GREGOR ZIEMBICKI in Lemberg wurde das Ritterkreuz des französischen Ordens der Ehrenlegion, dem Primararzte der Krankenanstalt „Rudolf-Stiftung" in Wien, Dr. JOSEF MADER, in Anerkennung seiner vieljährigen, ersprießlichen Thätigkeit das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens verliehen.

(Der Krankenverein der Aerzte Wiens) hielt am 11. d. M. seine II. allgemeine Jahresversammlung ab, in welcher der Obmann Dr. ADOLF KLEIN den günstigen finanziellen Stand des Vereines mittheilte, der es ermöglichte, nicht nur den bedeutenden Pflichten des Vereines nachzukommen, sondern auch die erfreuliche Thatsache ergab, daß eine verhältnißmäßig bedeutende Summe als Ueberschuß verblieb. Ende 1894 betrug die Zahl der Mitglieder 320, die Zahl der Erkrankten 72, die Zahl der Krankheitstage 1614. Die Summe der ausgezahlten Krankengelder betrug fl. 6456, die Summe der Leichenkostenbeiträge fl. 450; das Gesammtvermögen Ende 1894 belief sich auf 12.031 fl. 88 kr. Gewählt wurden zu Bücherrevisoren die DDr. GRUBER sen. und GOLD; zu Rechnungsrevisoren die DDr. REITTER und GLATTAUER; zu Schiedsrichtern Prof. MONTI, Dr. KIENAST, Dr. LERCH, Dr. SCHOLZ und Dr. SCHUM, ferner zu Ersatzmännern des Ausschusses dir. DDr. TROST, v. ZEISSL und JAHODA. — Wie wir vernehmen, sind die Aerzte Berlins im Begriffe, einen Krankenverein nach Wiener Muster zu gründen; auch in Böhmen und Triest sollen ähnliche, auf Selbsthilfe basirte Vereinigungen in's Leben treten. Mit großer Genugthuung muß das Bestreben der Aerzteschaft begrüßt werden, für die schwere Zeit der Krankheit vorzusorgen, die für den Arzt mehr als für die Vertreter anderer Berufssphären Erwerbslosigkeit bedeutet. Leider scheint diese Erkenntniß noch bei weitem nicht alle ärztlichen Kreise auch unserer Stadt zu durchdringen, da dem Krankenverein der Aerzte Wiens bisher kaum der fünfte Theil der Collegen angehört. Angesichts der musterhaften Einrichtungen und der ausgezeichneten Verwaltung dieses Vereines sollte jeder Arzt den Beitritt zu demselben als Selbstpflicht betrachten.

(Militärärztliches Officierscorps.) Der Stabsarzt Dr. M. BAUMANN, Chefarzt der 34. Inf.-Truppendivision, ist in den Ruhestand versetzt und der Stabsarzt Dr. H. WÜRTH, des Garn.-Sp. Nr. 21 zu Temesvár, zum Chefarzte der 34. Inf.-Truppendivision ernannt worden.

(Collegen-Abend.) Donnerstag den 30. Mai 1895, 8 Uhr Abends, findet im Gasthause „zum schwarzen Bären" (k. k. Prater) ein von den ärztlichen Bezirksvereinen Wiens veranstalteter geselliger Collegen-Abend statt, zu welchem auch die außerhalb der ärztlichen Bezirksvereine stehenden Collegen geladen sind.

(Das Krankenhaus fin de siècle.) In der „Zeitschr. f. Krankenpflege" publicirt der Berliner Ingenieur ROCHOLL einen sehr interessanten, mit Plänen und Skizzen versehenen Artikel über drehbare Gebäude und ein- und ausschiebbare Krankenzimmer. Das Wesentliche ist die Locomotion der Krankenräume, welche durch Anlage von drehbaren Häusern ermöglicht wird, so daß diejenigen Kranken, welche eines sonnigen und warmen Aufenthaltes bedürfen, in ihrem Zimmer den ganzen Tag über dem jeweiligen Stande der Sonne zugekehrt werden können. Die ein- und ausschiebbaren Krankenzimmer können in ihrer einfachsten Form zunächst bei leichten Barackenbauten zur Anwendung kommen. Diese Baracken bestehen aus einem Haupt-, resp. Mittelraum, aus welchem an den Giebelseiten schachtelartige, mit Fenstern versehene Nebenräume auf Schienen herausgezogen, resp. wieder hineingeschoben werden können. Durch das einfache Princip des Auseinanderziehens der Baracken kann deren Raum jederzeit ohne Weiteres auf den doppelten Umfang gebracht werden. Eine solche Baracke würde im zusammengeschobenen Zustande ihrem durchschnittlichen Bedarf an Bettständen entsprechen, wäre jedoch im Stande, zumal bei plötzlich eintretender Nothlage, bei Epidemien und größeren Unglücksfällen, beinahe die doppelte Zahl von Kranken aufzunehmen. Nebenbei wirken die ausziehbaren Theile der Baracken sehr günstig auf die Lufterneuerung und gewähren einen praktischen Nutzen noch dadurch, daß diese Nebenräume für Reconvalescenten, welche zwar schon außer Bett sind, das Zimmer aber noch nicht verlassen dürfen, einen bequemen Verkehrsraum bilden. In einer größeren Krankenanstalt, besonders für Badeplätze, kann nach R.'s Ansicht das System der ausschiebbaren Krankenräume so zur Verwerthung kommen, daß sämmtliche Parterreräume aus- und einschiebbar eingerichtet werden. Das ganze Parterre würde dann nur Glaszimmer besitzen, welche von allen Seiten, mit Ausnahme der Rückwand und von der Decke her, dem Blicke freien Durchgang gewähren und sich nach allen Richtungen hin völlig öffnen lassen. Derartige Zimmer, die eventuell auf Laufschienen bis frei in den Garten geschoben werden könnten, wären von besonderem Vortheil für gelähmte und solche Kranke, welche das Zimmer nicht verlassen dürfen oder können.

(Italienische Thermometer.) Der Minister des Innern Italiens theilt in einem an die Unterbehörden gerichteten Erlasse mit, daß fast alle im Handel vorkommenden ärztlichen Thermometer — mit Ausnahme der vom metrischen Centralinstitute zu Rom geaichten — nicht exact sind, trotz des beigegebenen, die Exactheit bezeugenden Certificates. Der Erlaß befiehlt, die Aerzte Italiens von dieser Thatsache in Kenntniß zu setzen.

(Statistik.) Vom 12. bis inclusive 18. Mai 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6928 Personen behandelt Hievon wurden 1355 entlassen; 215 sind gestorben (13 82% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 96, egyptischer Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 32, Scharlach 117, Masern 348, Keuchhusten 80, Wundrothlauf 40, Wochenbettfieber 6, Mumps 28, Influenza 2. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 187 Personen gestorben (+ 44 gegen die Vorwoche).

Guajacolcarbonat und Creosotal.

Von **Dr. R. Seifert.**

In einem Artikel in Nr. 50 des vorigen Jahrganges der Ph. C. stellt Herr Dr. SCHWEISSINGER den von ihm in den Handel gebrachten Creosotsaft in Parallele zu dem Guajacolcarbonat und dem Creosotal (Creosotcarbonat). Die von Dr. SCHWEISSINGER gezogene Parallele ist unzutreffend; Creosotal und Guajacolcarbonat sind Arzneistoffe, welche bekanntlich in enormen Dosen (20 Grm. und mehr Creosotal pure) eingenommen werden, ohne die ätzenden und giftigen Nebenwirkungen des Creosots und Guajacols hervorzurufen. **Creosotal und Guajacolcarbonat belästigen den Magen in keiner Weise**, denn sie durchlaufen denselben unzersetzt und werden im Darm in ihre Bestandtheile, Kohlensäure und Creosot, resp. Guajacol, zerlegt. Letztere treten aber nicht frei auf, sondern gehen aus der kohlensauren Verbindung sofort über in eine Verbindung mit Eiweißstoffen, welche ebenfalls ungiftig und nicht ätzend ist (vgl. „Berl. klin. Wochenschr." 1891, Nr. 51 und 1892, Nr. 3).

Der SCHWEISSINGER'sche Creosotsaft enthält Creosot in Form des Magnesiumsalzes. Aus diesem Salz wird durch Salzsäure, ja selbst durch Kohlen-

säure, das freie Creosot regenerirt. Der SCHWEISSINGER'sche Creosotsaft passirt deshalb den Magen nicht unzersetzt, sondern wird im Magen zerlegt zu abführendem Magnesiumsalze und freiem Creosot mit allen bekannten giftigen und ätzenden Nebenwirkungen des Creosots. Der SCHWEISSINGER'sche Creosotsaft ist eine neue Arzneiform des Creosots mit allen den Nachtheilen des Creosots (abgesehen vielleicht von dem Geschmack). Der chemische Name des Creosotals, Creosotcarbonat, hat offenbar Viele zu der Anschauung verleitet, auch das Creosotcarbonat sei nichts weiter, als eine neue Arzneiform des Creosots. Das ist ein verzeihlicher Irrthum. Creosotal und Guajacolcarbonat sind nicht neue Arzneiformen des Creosots, sondern neue Arzneistoffe, die sich vom Creosot ebenso unterscheiden, wie die fast ungiftige Phenolcarbonsäure (Salicylsäure) von dem giftigen Phenol (Carbolsäure).

Die giftigen Nebenwirkungen des Creosots sind im Creosotal verschwunden, im Creosotsaft aber noch vorhanden.

Es ist ein bekannter Erfahrungssatz der Creosottherapie, daß dieselbe um so besser und schneller wirkt, je mehr Creosot der Patient verträgt. Unliebsame Erfahrungen würden nicht ausbleiben, wenn der Arzt mittelst des Creosotsaftes so hohe Creosotdosen verordnen wollte, wie mittelst Creosotals (20 Grm. Creosotal und mehr pro die). Gerade diese hohen Dosen sind es, welche die bekannten schnellen Heilerfolge bei Creosotal herbeiführen.

Im Laufe des letzten Jahres sind mir mindestens ein Dutzend Berichte in den medicinischen Zeitungen von Deutschland, Frankreich, England und den Vereinigten Staaten zumeist von den Leitern von Krankenhäusern und Lungen-Heilanstalten zu Gesicht gekommen, in denen die oft erstaunlich schnellen Heilerfolge des Guajacolcarbonates und des Creosotals und die oben angedeuteten Vortheile dieser neuen Arzneistoffe hervorgehoben werden.

Prof. J. SCHNABEL wohnt IX., Frankgasse 6 und ordinirt von 2—4.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 29. Mai 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. FEDERN: Ueber Darmatonie.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Rochet V., Chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostata. Paris 1895, G. Steinheil.
Quénu E. et Hartmann H., Chirurgie du rectum. Paris 1895. G. Steinheil.
Simon P., Manuel de percussion et d'auscultation. Paris 1895, F. Alcan.
Müllersheim R., Die äußere Untersuchung der Gebärenden. Berlin 1895, O. Coblentz.
Durante F., Trattato di patologia e terapia chirurgica. I. Roma 1895, Dante Alighieri.
Lucas-Championnière J., Traitement des fractures par le massage et la mobilisation. Paris 1895, Rueff & Co.
Breuer J. und Freud S., Studien über Hysterie. Leipzig und Wien 1895, F. Deuticke.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der Verlagshandlung **Ferdinand Enke** in **Stuttgart** über das **Jahrbuch der praktischen Medicin.** Herausgegeben von **Dr. J. Schwalbe.** Jahrgang 1895. Wir empfehlen die Beilage der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 22. Sonntag den 2. Juni 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der IV. medicinischen Abtheilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Ein Fall von luetischer Spätform der Leber

combinirt mit inveterirter Malaria.

Von Secundararzt **Dr. J. Königstein** in Wien.*)

M. H.! Sie gestatten mir, Ihre Aufmerksamkeit für einige Augenblicke in Anspruch zu nehmen behufs Vorführung einer Patientin, die Ihr Interesse in gewisser Beziehung erregen dürfte.

Es handelt sich in gegebenem Falle um eine Spätform von Lues, neben welcher in den letzten 3 Jahren Malaria einherging, welch beide Erkrankungen pathologische Veränderungen einerseits der Leber, andererseits der Milz hervorriefen, die differential-diagnostisch kaum von einander zu halten sein dürften und in ihrer Art gewissermaßen eine Curiosität darbieten.

Sie sehen eine 31jährige Person vor sich, aus deren anamnestischen Angaben hervorgeht, daß sie hereditär nicht belastet ist, keine Kinderkrankheiten durchmachte und bis zu ihrer Verheiratung, die im 21. Lebensjahre erfolgte, sich vollster Gesundheit erfreute. Sie soll gleich im Beginne ihrer Ehe von ihrem Manne specifisch inficirt worden sein und seither durch fast 11 Jahre stets krank sein. Daß es sich damals thatsächlich um eine luetische Infection gehandelt hat, ergibt sich zum Theil aus den Angaben der Patientin, zum Theil aus den eben jetzt noch nachweisbaren Veränderungen, die durch Tertiärformen der Lues hervorgerufen werden.

Patientin gibt an, 3 Wochen nach dem ersten geschlechtlichen Verkehre mit ihrem Manne am äußeren Genitale ein Geschwür bemerkt zu haben, welches damals local behandelt wurde und dem mehrere Wochen darnach ein Ausschlag am ganzen Körper folgte. Darauf unterzog sie der behandelnde Arzt einer entsprechenden antiluetischen Behandlung in Form von Einreibungen, jedoch scheint dieselbe nicht in ausreichender Weise zu Ende geführt worden zu sein, da Pat. angibt, nur 2 Touren geschmiert zu haben. Icterus bestand damals nicht. 3 Monate darnach erfolgte Abortus, welcher einen ärztlichen Eingriff behufs Entfernung von zurückgebliebenen Eiresten nöthig machte und durch einige Zeit Fieberbewegungen veranlaßte. Pat. fühlte sich noch durch lange Zeit nachher krank.

Nach 2 Jahren fand wieder Abortus im 7. Monate statt und hatte die Frucht einen Pemphigus syphiliticus, wenn die Angaben der Pat. verläßlich sind. Sie sagt nämlich aus, daß das Kind voller Blasen gewesen sei. Vor ungefähr 5 Jahren erfolgte die Geburt eines ausgetragenen Kindes, welches derzeit noch am Leben ist und sich bester Gesundheit erfreut. An diese Geburt schloß sich eine Endometritis und Cystitis an und leidet Pat. noch jetzt, allerdings in geringem Grade, an diesen beiden Krankheiten. Die Angaben über ihren weiteren Krankheitsverlauf sind so verworren und verschwommen, daß ich dieselben ohne weiteres übergehen kann, nur das Eine konnte ich mit Bestimmtheit daraus entnehmen, daß Pat. vor einigen Jahren einen nur ganz kurze Zeit andauernden Icterus durchmachte, welcher von leichten Störungen des Digestionstractes begleitet war und daß ziemlich ausgebreitete Geschwüre an der rechten Wade auftraten. Vor 3 Jahren hat Pat. allem Anscheine nach Intermittens acquirirt. Sie gibt nämlich an, jeden 3. Tag gegen Abend Schüttelfrost bekommen zu haben, dem dann Fieber folgte, welches im Verlaufe von 1—2 Stunden nach profusem Schweißausbruche sistirte. Sie wurde von ihrem Arzte entsprechend mit Chinin behandelt und hörten die Anfälle ganz auf, als Pat. ihren ständigen Aufenthaltsort verließ, um sich für einige Zeit nach Bad Lipik zu begeben. Nach Hause zurückgekehrt, traten diese Anfälle in derselben Form wieder auf, um erst vor kaum einem Jahre gänzlich aufzuhören, nachdem Pat. allerdings wieder ihren ständigen Aufenthaltsort auf längere Zeit verlassen hatte. Es traten überdies im Anschlusse an diese Erkrankung eine bedeutende Verschlimmerung ihres Allgemeinbefindens auf, schweres

*) Demonstrirt im „Wiener medicinischen Club“ am 8. Mai 1895.

Krankheitsgefühl, Müdigkeit und Mattigkeit, Verdauungsbeschwerden, Stuhlverhalten, Menstruationsbeschwerden. Heftiger stechender Schmerz im linken Hypochondrium, Kräfteverfall. Doch bestanden keine Oedeme an den Füßen und hatte Pat. während ihrer ganzen Erkrankung niemals Wassersucht an sich bemerkt. Da es ihr trotz ständiger ärztlicher Behandlung zu Hause nicht besser wurde und sie ganz herunterkam, so scheute sie die weite Reise aus Slavonien nach Wien nicht und ließ sich hier in's Krankenhaus aufnehmen, wo sie sich derzeit auf der IV. medicinischen Abtheilung in Behandlung befindet.

Bevor ich nun auf den Status praesens übergehe, will ich nur nochmals aus der Anamnese die zwei markantesten Punkte hervorheben und sie Ihrer ganz besonderen Aufmerksamkeit empfehlen, einerseits den Umstand, daß Pat. vor 11 Jahren ohne Zweifel Lues acquirirte, andererseits vor 3 Jahren aller Wahrscheinlichkeit nach Malaria.

Was den derzeitigen Status praesens betrifft, so sehen Sie ein ziemlich herabgekommenes Individuum vor sich, mit gracilem Knochenbau, schlaffer Musculatur und fast völlig geschwundenem Panniculus adiposus. Die Haut ist welk, trocken und hat einen eigenthümlichen Stich in's Erdfahle. An der Haut der rechten Wange eine rundliche Narbe, ebenso ausgebreitete Narben nach gummösen Exulcerationen an der Haut der rechten Wade. Am linken Auge besteht eine hintere bandförmige Synechie nach überstandener specifischer Iritis. Am weichen Gaumen finden sich Narben nach ulcerösen Processen, die ebenfalls auf Lues zurückzuführen sind. Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergibt normale Befunde. Anders verhält es sich mit den Bauchorganen. Hier ist in erster Linie die Leber auffallend verändert. Wir fühlen bei der Palpation eine gelappte Leber, ein Befund, der für die luetische Spätform der Leber ganz charakteristisch ist. Wir finden das Organ seinem ganzen Umfange nach in der Form verändert. Der rechte Leberlappen unter dem rechten Rippenbogen stark vortretend, im rechten Hypochondrium scharf abgrenzbar und tastbar, wie gestielt dem linken anhängend. Wir sind im Stande, ihn nach allen Richtungen zu verschieben, können ihn uns auf die Hand legen, ihn gewissermaßen umgreifen. Ich habe durch einige Striche dies im Schema darzustellen versucht (siehe Figur). Das Organ fühlt sich ziemlich derbe an, leicht höckerig. Ganz anders verhält sich der linke Leberlappen; derselbe überragt den Rippenbogen nicht, ist nicht zu tasten.

Im linken Hypochondrium ist ebenfalls ein großer Tumor zu tasten, welcher der Milz entspricht. Die Milz, weit unter dem Rippenbogen hervortretend, dürfte um das 6—8fache vergrößert sein und fühlt sich derb an, mit deutlich palpablen Einkerbungen. Die Percussion bestätigt die Palpationsergebnisse. Sonst ist am Abdomen nichts zu bemerken. Ascites besteht nicht, auch sind keine Oedeme an den Füßen vorhanden.

Daß es sich hier um eine luetische Erkrankung der Leber handelt, scheint mir außer jedem Zweifel zu sein. Die Leberlues gehört im Allgemeinen zu den Spätformen der Syphilis. Von den Eingeweideorganen ist die Leber das am häufigsten von Lues befallene Organ und wurde man aus diesem Grunde schon frühzeitig auf die syphilitische Lebererkrankung aufmerksam und traten besonders Fallopio, Montanus, Ferro ebenso eifrig für dieselbe ein, als sie Torella ungefähr in der Mitte des 15. Jahrhunderts bekämpfte. Man hatte schon damals eine der unserigen jetzigen sehr nahekommende Vorstellung bezüglich der Betheiligung der Leber an Lues. Die breiteste Grundlage für die Kenntniß der Leberlues schuf Dittrich vor ungefähr 5 Decennien und waren es in der Folge Männer wie Gubler, Virchow, Rokitansky, Bamberger, Frerichs, welche dieses Gebiet mit Erfolg durchforschten und die Kenntniß dieser Erkrankungsform der Leber bedeutend erweiterten und klarlegten. Die Leberlues tritt der Hauptsache nach auf:

Erstens in der Form der diffusen interstitiellen Hepatitis. Diese Form entspricht im Wesentlichen der vulgären Form der Cirrhose, wie sie bei Säufern vorkommt, und kann auch von dieser nicht unterschieden werden. Es kommt zu einer diffusen entzündlichen Zellinfiltration im interlobulären Bindegewebe mit consecutiver Bindegewebsneubildung und Entwicklung von Narben und Schwielen, welche in der Folge Schrumpfung und Verkleinerung des Organes, Atrophie und Nekrose des Parenchyms im weiteren Gefolge hat.

Zweitens in Form örtlich begrenzter, herdweise auftretender Hepatitis. Es kommt blos stellenweise zu entzündlicher Zellinfiltration und zu Bindegewebsneubildung im interlobulären Gewebe in Form derber verästigter Schwielen, die eine ganz charakteristische Lappung des Organes herbeiführen (Lancereaux).

In dritter Linie die herdförmige gummöse Hepatitis oder das Knotensyphilom nach Wagner. Dieselbe erscheint bald in Form von weichen rundlichen Knoten, bald von derben schwieligen Herden. Die Lebergummata sind einzeln oder in Gruppen angeordnet, haben Hirse- bis Walnußgröße und darüber, lagern oberflächlich oder im Bindegewebe der Capsula Glissoni um größere Gefäßstämme herum und sind zumeist von Bindegewebe eingekapselt. Es kommt im weiteren Verlaufe zu Verkäsung und Resorption mit Schwielenbildung, durch welche höckerige Einkerbungen, Lappungen und Schrumpfungen des ganzen Organes entstehen. Nach Rieger und Chvostek werden einzelne Theile des Organes vollkommen abgeschnürt und hängen nur durch einen Narbenstrang zusammen. Das zwischen diesen Strängen, diesen syphilitischen Schwielen liegende Leberparenchym degenerirt fettig oder amyloid.

Viertens als Perihepatitis in Form feinster Wärzchen, kaum miliär über größere Strecken verbreitet, oder gröbere harte, schwielige Verdickungen der Albuginea bildend und Adhäsionen mit den benachbarten Organen veranlassend. Einige Autoren, so Frerichs, fassen auch die Amyloidose der Leber als selbstständige Syphilisform auf, doch weiß man heute, daß Amyloidosen zumeist im Gefolge chronischer constitutioneller Erkrankungen auftreten, die Marasmus und Kachexie zur Folge haben, so z. B. bei Tuberculose.

Die Symptomatologie der Lebersyphilis weist keine speciellen Merkmale auf und können einzelne Formen der Lebersyphilis von anderen Erkrankungsformen des Organes klinisch nicht differenzirt werden, ganz abgesehen davon, daß Lebersyphilis oft übersehen werden kann, da Icterus und Ascites, sowie Milzschwellung und sonstige Stauungserscheinungen sehr häufig fehlen und auch auffallende Volumsveränderungen des Organes nicht immer vorhanden zu sein pflegen.

Bei einem typischen, sagen wir Schulfalle, müßte man allerdings eine Vergrößerung beim Beginne, eine Verkleinerung der Leber nach längerem Bestehen finden. Dementsprechende Befunde bei der Palpation. Icterus und Ascites pflegen gleichzeitig vorhanden zu sein; auch Schmerz in Intermissionen in der Lebergegend, sowie atypische Fieberbewegungen. Weiters Verdauungsbeschwerden, gestörte Darmfunction in Form von Diarrhöe und dysenterischen Erscheinungen. Der Verlauf der syphilitischen Hepatitis ist zumeist sehr langsam und führt erst nach längerer Zeit zur Genesung, respective Stillstand des specifischen Processes. Die durch die Erkrankung gesetzten Veränderungen, besonders Schwielenbildung, dürften kaum mehr ad integrum zurückzuführen sein. Ungünstige Complicationen sind sehr häufig und ist auch letaler Ausgang nach relativ sehr kurzer Zeit beobachtet worden. Wie schon früher erwähnt wurde, gehört die luetische Erkrankung der Leber meist den Spätformen an; damit will jedoch nicht gesagt sein, daß nicht mitunter schon bei beginnender Syphilis Hepatitis mit Icterus auftreten könne. Es sind solche Fälle von GUBLER und LEUDET beobachtet und veröffentlicht worden. Auch BIERMER erwähnt einen Fall von Leber- und Milzvergrößerung mit Icterus neben Roseola syphilitica. Jedoch gehören solche Fälle zu den größten Seltenheiten und sind sie ihrer anatomischen Natur nach noch nicht sichergestellt. Zumeist tritt die Leberlues 2—40 Jahre nach dem Initialaffecte auf, doch ist zu bemerken, daß Gummen verhältnißmäßig früh in der Leber auftreten können, jedoch übersehen werden, da keinerlei klinische Symptome zu beobachten sind, da ja die Anfangssymptome der Leberlues sehr unbestimmt ausgeprägt sind. Mitunter beobachtet man ein Gefühl des Unbehagens und der Schwere in der Lebergegend, sowie ausstrahlende Schmerzen gegen die Schulter.

Ganz merkwürdig ist das so häufige Fehlen des Icterus, der Stauungsmilz und Ascites bei Leberlues. Ueber die Natur des Icterus ist man übrigens noch heute strittig. Während die Einen die Ursachen desselben ausschließlich in der pathologischen Veränderung der Leber allein suchen und ihn als hepatogenen Icterus bezeichnen, bedingt durch Schwellung der Schleimhaut der Gallengänge, durch entzündliche Vergrößerung der Lymphdrüsen an der Leberpforte und dadurch bedingter Compression des Ductus choledochus mit Retention des Gallensecretes oder durch Gummen- und Schwielenbildung an der Porta mit mechanischer Behinderung des Secretabflusses, sprechen die Anderen von einem syphilotoxischen, respective hämatogenen Icterus durch Aufnahme von Stoffwechselproducten des Contagiums (KELTSCH, HEITLER, HENNIG u. A. m.), gewissermaßen Ptomainen (CHAUFFARD).

Weniger gut gekannt als die Leberlues ist die syphilitische Erkrankung der Milz. Es unterliegt keinem Zweifel, daß auch dieses Organ unter dem Einfluß des Syphiliscontagiums sehr häufig erkrankt, und zwar sowohl im Beginne der Erkrankung als auch späterhin im tertiären Stadium, doch sind die Berichte hierüber in der Literatur sehr spärlich. Die Schwierigkeit scheint mir eben darin zu liegen, daß bei jeder Lebererkrankung auch die Milz mitafficirt ist, und zwar in Form der gewöhnlichen Stauungsmilz, welche auch bei Leberlues häufig gefunden wird. Ueberdies kommt es aber im Verlaufe von tertiärer Lues zur Amyloidose der Milz und Nieren neben den oben beschriebenen Erkrankungsformen der Leber. Die pathologischen Veränderungen, welche durch die Spätform der Lues an der Milz hervorgebracht werden, dürften analog denen der Leber sein und durch dieselben Erkrankungsformen hervorgerufen werden: erstens diffuse interstitielle Splenitis, zweitens die herdförmige interstitielle Splenitis mit syphilitischer Schwiele und in dritter Linie die gummöse Splenitis und Perisplenitis. Ob nun auch der hier vorliegende Milztumor auf eine luetische Erkrankung zurückzuführen ist, bin ich mit Bestimmtheit zu behaupten nicht in der Lage, doch ist die Möglichkeit einer Malariamilz nicht ausgeschlossen, vielleicht sogar sehr wahrscheinlich, wenn den anamnestischen Daten der Patientin einige Vertrauenswürdigkeit beizumessen ist. Allerdings kann man sich des Gedankens an Lues nicht erwehren, wenn man den Blutbefund zu Rathe zieht. Derselbe zeigt neben sonst ganz normalen Verhältnissen eine ausgesprochene Leukopenie, indem das Verhältniß der weißen zu den rothen Blutkörperchen 1:1000 ist, was eine bedeutende Verminderung der weißen und mithin eine Functionsstörung im Bereiche des blutbereitenden Organes bedeutet und nur mit einer bedeutenden Zunahme des Stützgewebes und Abnahme des Parenchyms zu erklären wäre. Weiters konnte ich im Blute trotz aller Bemühungen kein Pigment finden. Allerdings wurde von mir nicht die directe Punction der Milz durchgeführt, da dieser Eingriff von Seite der Patientin verweigert wurde. Für die Patientin ist es wohl ganz gleichgiltig, ob es sich hier um luetische Veränderungen allein oder um eine Combination mit Malaria handelt, ebenso quoad therapiam. Pat. erhält 5·0 Grm. Jodkali täglich, gegen die vermuthliche Malaria wird nicht vorgegangen, da Pat. jetzt anfallsfrei ist.

Man müßte eventuell noch an eine Amyloidose der Milz denken, die sich ja im Gefolge von chronischen constitutionellen Erkrankungen im Allgemeinen und speciell bei Lues zu entwickeln pflegt. Aber dafür spricht umsoweniger auch nur ein Anhaltspunkt, als damit gewöhnlich Amyloidose der Nieren einherzugehen pflegt, was sich durch entsprechende Untersuchung des Harnes nachweisen lassen müßte. In unserem Falle entspricht der Befund dem einer Cystitis leichteren Grades, an der Patientin ja auch thatsächlich leidet.

Ich überlasse es Ihnen, nun den Fall selbst zu untersuchen und sich aus dem soeben Gehörten wie aus eigener Anschauung über denselben ein Urtheil zu bilden.

Ueber die modernen Bestrebungen in der Syphilistherapie

mit besonderer Berücksichtigung des Heilwerthes der Schwefelthermen.

Von **Dr. Ernest Finger**, a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität in Wien.

(Fortsetzung.)

Eine Steigerung der Energie der Behandlung des secundären Stadiums ist nun in zweierlei Weise möglich:

1. Man behandelt symptomatisch, aber man steigert die Energie der einzelnen Curen. Dieser Versuch wurde schon gemacht, doch auch die energischesten Curen der Schule LOUVRIER-RUST führten nicht zum Ziele.

2. Man steigert nicht die Energie der einzelnen Curen, sondern man steigert die Häufigkeit der Curen, die Behandlungsdauer, man behandelt nicht acut, sondern chronisch, und dieses Postulat erhebt eben die intermittirende Behandlungsmethode. Schutz des Patienten vor dem tertiären Stadium, Ueberführung der Syphilis nicht in ein Stadium der Latenz, sondern in Heilung ist die Aufgabe, die sie sich stellt.

Wenn wir aber auch davon absehen, daß die symptomatische Behandlungsmethode die Syphilis nur in den Zeiten manifester Erscheinungen behandelt und darauf vergißt, daß ja auch in den Zeiten der Latenz, die die einzelnen Recidiven, die einzelnen Syphilisausbrüche trennt, Virus im Organismus sich befindet, das mangels jeder Behandlung sich vermehrt

und endlich zu neuer Recidive führt, so dürfen wir nicht außer Acht lassen, daß die symptomatische Behandlungsmethode, selbst bei Recidiven, Ausbrüchen manifester Syphilis eine Allgemeinbehandlung nicht unbedingt für nöthig hält. So sprechen hervorragende Anhänger der symptomatischen Behandlung, z. B. KAPOSI, ihre Ansicht dahin aus, wenn ein syphilitischer Patient ein oder einige, durch Ausbrüche von Syphilissymptomen bedingte Curen durchmachte und es wiederholen sich trotzdem nach einiger Zeit neue Ausbrüche, die ja, wie die meisten Recidiven, regionären Charakter haben, sich als Eruptionen von Plaques an der Mundschleimhaut, Psoriasis palmae et plantae äußern, so sei gegen diese localisirten Recidiven eine Allgemeinbehandlung überflüssig, es genüge reine Localbehandlung. Diese Ansicht kann absolut nicht acceptirt werden.

Es ist zweifellos, daß eine Localbehandlung, Touchiren von Plaques mit Lapis oder Sublimat, Bedecken der Psoriasis mit Emplastrum cinereum ausreicht, diese Formen zur Ausheilung zu bringen. Doch darum aber handelt es sich nicht. Diese an sich ja geringfügigen Syphilissymptome müssen von einem ganz anderen Standpunkt aufgefaßt werden. **Sie sind für uns das nicht zu mißverstehende Zeichen, daß der Patient noch nicht geheilt ist,** in seinem Organismus noch Syphilisvirus birgt. Gegen dieses aber haben wir einzuschreiten, dieses zu eliminiren ist unsere Aufgabe, und dieses kann nur auf dem Wege energischer Allgemeinbehandlung erfolgen. **Jede, auch die unscheinbarste Erscheinung secundärer recidivirender Syphilis ist also, als Zeichen, daß der Patient noch syphilitisch ist, die Indication für Allgemeinbehandlung des Patienten.**

Die Einwände also, die der symptomatischen Behandlung gemacht werden, sind, kurz zusammengefaßt, die folgenden:

1. Die symptomatische Behandlung begnügt sich damit, die Syphilis aus dem manifesten in das latente Stadium überzuführen, ihre Bestrebungen sind nicht darauf gerichtet, die Syphilis zu heilen, sondern nur sie latent zu machen.

2. Die symptomatische Behandlung vergißt darauf, daß auch in den Zeiten der Latenz, welche die Phasen manifester Syphilis trennt, sich Syphilisvirus im Organismus vorfindet, gegen welches angekämpft werden muß, widrigenfalls die ungestörte Vermehrung desselben den Erfolg der vorausgegangenen Cur bald zunichte macht.

3. Den Hauptzweck der Behandlung, Schutz vor dem tertiären Stadium, erreicht die symptomatische Behandlung nur ungenügend, da sie immer noch ein recht großes Procent von tertiärer Syphilis aufweist.

Dem gegenüber hat die chronisch-intermittirende Behandlung die Principien:

1. Die eminent chronische Erkrankung, die die Syphilis in der größten Mehrzahl der Fälle ist, auch lange dauernd, chronisch zu behandeln.

2. Da der Organismus des Syphilitischen ebensowohl in den Phasen latenter als manifester Syphilis Virus birgt, die Behandlung nicht auf die Phasen manifester Erkrankung einzuschränken, sondern auch in den Latenzperioden an der Vernichtung des Virus zu arbeiten.

3. Sich nicht mit dem zweifelhaften Erfolge, die Syphilis latent gemacht zu haben, zu begnügen, sondern wirkliche Ausheilung der Syphilis zu erzielen.

4. Durch energische, ausdauernde Behandlung des secundären Stadiums den Patienten vor dem tertiären Stadium zu bewahren.

Diesen Principien trachtet die chronisch-intermittirende Behandlung in der Art gerecht zu werden, daß sie der continuirlichen Gegenwart des Syphilisvirus im Organismus des Syphilitischen während der ersten Jahre nach der Infection das continuirliche Vorhandensein, Circuliren von Antisyphiliticis, vor Allem Mercur in den Säften des Syphilitischen gegenüberstellt, um so durch die continuirliche antiparasitäre Wirkung des Quecksilbers die factische völlige Destruction des Syphilisvirus zu bewerkstelligen.

Die Einfuhr des Quecksilbers in den Organismus ist, wie wir bereits sagten, keine continuirliche, sondern eine intermittirende.

Es bedarf aber, um die Wirkung zu erzielen, auch keiner continuirlichen Einfuhr.

Die Chemie lehrt uns, daß bei der Einführung von Quecksilber in den Organismus wohl auch sehr rasch eine Elimination desselben stattfindet, daß aber die Menge des täglich eliminirten Quecksilbers nie die Menge des eingeführten Quecksilbers erreicht. Die Folge davon ist, daß an dem Tage, wo wir mit der Einfuhr des Quecksilbers sistiren, noch eine genügende Menge desselben in der Circulation verbleibt, zu dessen Elimination dann noch Tage und Wochen gehören.

Nehmen wir dann nach einigen Wochen die Einfuhr von Quecksilber für einige Zeit wieder auf, so gelingt es auf diese Weise durch discontinuirliche Darreichung doch, eine permanente milde Mercurialisirung des Organismus zu bewirken und dieses ist es eben, was als nothwendig erscheint.

Die Art und Weise der Behandlung, wenn auch in ihrem Princip gleich, ist nun in Frankreich und Deutschland etwas verschieden.

Die Franzosen sind Anhänger der fast ausschließlich internen Darreichung des Mercurs. Bei ihnen besteht also die chronische intermittirende Behandlung in der fast ausschließlichen internen Darreichung meist des Protojodurets.

Das Schema der chronisch-intermittirenden Behandlung, wie es FOURNIER selbst an einem „Cas ideal" aufstellt, ist also etwa das folgende:

Sofort nach Constatirung der Diagnose der constitutionellen Syphilis erhält Pat. durch circa 2 Monate ein Quecksilberpräparat, etwa 0·05—0·1 Protojoduret täglich. Unter dieser Behandlung involviren sich natürlich alle sichtbaren Zeichen der Syphilis, diese tritt in das Stadium der Latenz. Nichtsdestoweniger wird mit der Behandlung nicht sofort sistirt, sondern diese erste Cur etwa zwei Monate fortgeführt. Darauf folgt eine Pause von 4—6 Wochen. Nach dieser Zeit wird, auch wenn sich keine Recidive, keine neuerlichen Symptome der Syphilis eingestellt haben, wieder mit mercurieller Behandlung, diesmal für die Dauer von 4—6 Wochen begonnen, worauf wieder eine 6—8wöchentliche Pause eintritt. Diese Abwechslung wird, indem die Intervalle der freien Zeit verlängert werden, durch zwei bis drei Jahre geführt, so daß Pat. im ersten Jahre vier, im zweiten Jahre drei, im dritten Jahre zwei Quecksilbercuren von je etwa 4—6 Wochen Dauer durchmacht.

Etwas abweichend davon ist die chronisch-intermittirende Behandlung, wie wir sie üben. Die Abweichungen hängen damit zusammen, daß wir die Einfuhr des Mercurs in den Organismus auf verschiedenen Wegen üben und einen Werth darauf legen, dieses zu thun.

Die verschiedenen Einverleibungsweisen des Quecksilbers sind nämlich, was Menge des jeweils eingeführten Quecksilbers, damit auch Energie der Wirkung, Energie und Dauer der Nachwirkung nach Abschluß der Cur betrifft, durchaus nicht gleichwerthig. Wir können von diesem Standpunkte aus dieselben in zwei Gruppen theilen:

1. **Energische Curen**, Hauptcuren, wie NEISSER sie nennt. Diese bringen in relativ kurzer Zeit größere Mengen von Quecksilber in den Organismus, entfalten also eine energischere Wirkung, die Remanenz des Quecksilbers nach Abschluß der Cur ist eine längere. Hieher gehört die Frictionscur und die ihr gleichwerthigen intramusculären Injectionen unlöslicher Salze.

2. **Milde Curen**, Nebencuren NEISSER's. Die Menge des gereichten Quecksilbers ist hier gering, die Energie der Wirkung geringer, die Elimination nach Sistiren der Cur erfolgt rascher. Hieher gehören die internen Darreichungsweisen und die sub-

cutanen Injectionen löslicher Salze, als deren Prototyp wir die LEWIN'schen Sublimatchlornatriuminjectionen nennen.

Unsere Ansicht ist nun die, es sei zweckmäßig, von Zeit zu Zeit durch eine Hauptcur, energische Cur, eine energischere Mercurialisirung des Organismus zu erzielen und durch mehrere sich in Intervallen anschließende milde Curen, Nebencuren, diese Mercurialisirung in milder Form in ihrer Continuität zu erhalten.

Das Schema unserer Art der Behandlung wäre also an einem „Cas ideal" etwa das folgende:

Sofort, wie die Anzeichen constitutioneller Syphilis an dem Pat. constatirt werden, wird derselbe zunächst einer energischen Hauptcur NEISSER's unterzogen, erhält Frictionen oder intramusculäre Injectionen. Diese erste Cur sei möglichst energisch. Wir halten uns hier mit Vorliebe an die alte Lehre SIGMUND's, den Pat. so lange zu behandeln, bis alle Zeichen manifester Syphilis verschwunden sind, und dann noch die Hälfte der Behandlungszeit darüber.

Hierauf kommt eine 6—8 wöchentliche Pause. Nach dieser Zeit wird, gleichgiltig ob sich Zeichen manifester Syphilis bei dem Pat. einstellen oder nicht, mit neuerlicher Quecksilberbehandlung, diesmal aber mit milder, interner oder subcutaner Cur für 4—6 Wochen vorgegangen. Nach wieder etwa 6—8 Wochen Pause, neue Cur, so daß Pat. im ersten Jahre eine energische und zwei bis drei milde Quecksilbercuren durchmacht. Am Ende des ersten oder im Beginne des zweiten Jahres nach der Infection machen wir, ohne Rücksicht, ob die Syphilis latent oder manifest ist, gerne neuerlich eine energische, eine Hauptcur durch, an die sich in Intervallen von 2—3 Monaten wieder milde Quecksilbercuren von je 4—6 Wochen Dauer anschließen.

Nun haben wir aber neben dem stärkeren Antisyphiliticum, dem Quecksilber, noch ein milderes Antisyphiliticum, das Jod, das in vieler Beziehung als ein Antagonist des Quecksilbers bezeichnet werden kann.

SIGMUND war es, der zunächst einmal betonte, daß Quecksilber und Jod sich gegenseitig ergänzen, nach vorausgegangener Jodcur das Quecksilber, nach vorausgegangener Quecksilbercur das Jod energischer wirke, ein Mittel also immer die Wirkung des anderen erhöhe.

Dann aber wissen wir aus der Chemie, daß das Jod auch die Elimination des Quecksilbers aus dem Organismus befördere, dasselbe in Circulation halte. Diese Thatsache ist therapeutisch nicht unwichtig.

Wenn wir einem Organismus Quecksilber zuführen, so wird ein Theil dieses Quecksilbers nach einer gewissen Zeit spontan ausgeschieden, ist im Urin und Fäces nachzuweisen.

Ein Theil des eingeführten Quecksilbers aber bleibt im Organismus zurück, geht fixe Verbindungen ein und wird latent.

Gleich dem Schwefel, über den wir noch zu sprechen kommen, hat auch das Jod die Fähigkeit, dieses latente Quecksilber aufzudecken, in Circulation und zur Elimination zu bringen.

Diese Erfahrung ist für uns wichtig. Das Remanent- und Latentwerden des Quecksilbers im Organismus ist uns therapeutisch gar nicht willkommen.

Erstens, einmal übt dieses latente, fixe Quecksilber auf den Syphilisproceß, dessen Virus keine Wirkung aus, dies thut nur das circulirende Quecksilber.

Zweitens kann die Remanenz größerer Quecksilbermengen die Grundlage des chronischen Mercurialismus abgeben, den wir unbedingt im Interesse des Pat. vermieden wissen wollen.

Drittens scheint gerade das remanente, fixe Quecksilber es zu sein, das durch sein Zurückbleiben im Organismus eine gewisse Abstumpfung gegen weitere Quecksilbercuren macht, deren Wirkung beeinträchtigt, abschwächt.

Aus diesem Grunde scheint es uns zweckmäßig, bei unserer chronisch-intermittirenden Behandlung jeder Quecksilbercur, sowohl der Haupt- als der Nebencuren, eine Jodcur von 4—6wöchentlicher Dauer folgen zu lassen.

(Schluß folgt.)

Verläßliche Methode der arzneilosen Behandlung der chronischen Obstipation.

Von **Dr. J. Schreiber** in Aussee Meran.

(Schluß.)

Da der Eintritt natürlicher Entleerungen nur durch eine Addition der mechanischen Einwirkungen zu erwarten ist, müssen die einer Massagecur sich unterziehenden Personen fortfahren, ihre gewohnten Medicamente, jedoch in immer geringeren Mengen zu nehmen. Man macht hiebei die merkwürdige Beobachtung, daß der Organismus die Verminderung des Medicamentes bis zu einem bestimmten Quantum recht gut verträgt, die Stuhlentleerungen jedoch aufhören, sobald man dieses bestimmte kleine Quantum noch verringern will oder dieses Minimum gänzlich entzieht.

Diese Thatsache ist bei Behandlung der Obstipation von Wichtigkeit, weshalb ich dieselbe durch ein Beispiel beleuchten möchte:

Beobachtung.

Frau Professor F. litt seit vielen Jahren an Obstipation und mußte täglich zwei Tamarpastillen nehmen, um Entleerung zu erzielen. Als ich die Dame in Behandlung nahm, reducirte ich die gewohnte Dosis in folgender Weise:

In	der	1.	Woche	$1\frac{1}{2}$	Tamarfrüchte
„	„	2.	„	$1\frac{1}{4}$	„
„	„	3.	„	1	„
„	„	4.	„	$\frac{3}{4}$	„
„	„	5.	„	$\frac{1}{2}$	„
„	„	6.	„	$\frac{3}{8}$	„
„	„	7.	„	$\frac{2}{8}$	„
„	„	8.	„	$\frac{3}{16}$	„
„	„	9.	„	$\frac{2}{16}$	„
„	„	10.	„	$\frac{1}{16}$	„

Als ich in der 11. Woche die letzte kleine Dosis aussetzen ließ, hörten die Entleerungen, welche bis dahin mit ziemlicher Regelmäßigkeit sich einstellten, auf, und ich war gezwungen, das Sechzehntel noch 14 Tage fortgebrauchen zu lassen, bis der Darm auf dieses so unendlich geringe Reizmittel verzichten lernte.

In einer bestimmten, jedoch nur der kleineren Anzahl von Fällen vollzieht sich der Uebergang von der Arzneilosigkeit zur natürlichen Entleerung leicht und anstandslos. Es ist jedoch rathsam, die mechanische Behandlung wenigstens 8 bis 14 Tage fortzusetzen und, wo es nur angeht, die Patienten noch weitere 14 Tage unter Augen zu behalten, um eventuell sofort durch mechanische Eingriffe nachzuhelfen, falls die Entleerungen wieder ausbleiben sollten, was nicht selten der Fall ist.

Klägliche Briefe von Patienten, welche unmittelbar nach den ersten Tagen des Erfolges in die ferne Heimat zurückgekehrt waren, haben mich gelehrt, die genannte Vorsichtsmaßregel niemals außer Acht zu lassen.

Da, wo Mangel an Bewegung als Mitschuld der Obstipation angesehen werden muß, empfehle ich den Geheilten, für tägliche Leibesübung zu sorgen, die heilgymnastischen Uebungen fortzusetzen.

So leicht jedoch, wie geschildert, wird der Sieg nicht immer errungen. Falls die Entleerungen nach sechswöchentlicher Behandlung sich nicht einstellen, so mache ich einen sogenannten Trotzversuch, d. h. ich lasse den Patienten

so lange, als er es nur immer ertragen kann, ohne Abführmittel, ohne Lavement, während die Behandlung regelmäßig fortgesetzt wird. Ich konnte sehen, daß einzelne Patienten mit relativ geringen Beschwerden ohne Entleerung ausharrten. Freilich muß man die Besorgnisse der Kranken zu nichte machen und durch ein Wort des Trostes und der Aufmunterung den Muth der Aengstlichen aufrecht erhalten. In der Regel endet ein solcher Trotzversuch mit den gewünschten natürlichen Entleerungen, zur Freude und Glückseligkeit des wackeren Kämpfers. Falls jedoch durch die Entziehung der Abführmittel die Beschwerden zu groß werden, dann gestatte ich von Neuem das Medicament oder das Klystier. Nach acht Tagen wird ein zweiter Trotzversuch vorgenommen und letzterer nach je acht Tagen so lange wiederholt, bis der Erfolg erzwungen ist.

Ich verfiel auf diese Idee, weil ich zahlreiche Personen kenne, welche bei vollständigem Wohlbefinden nur ein- bis zweimal in der Woche einer Entleerung sich erfreuen, ja ich habe vor Jahren einen Mann kennen gelernt, bei welchem der Darm nach je 21 Tagen seine Schuldigkeit thut, trotzdem derselbe große Mengen Nahrung zu sich nimmt und nie über Beschwerden klagt. Die Wirkung des Trotzversuches erkläre ich mir in der Weise, daß die Energie der im Darmrohre gelegenen Muskeln erwacht, wenn der durch Abführmittel erzeugte künstliche Reiz ausbleibt.

Was ich bisher gesagt habe, bezieht sich auf Personen, welche, obwohl an chronischer Stuhlverstopfung leidend, einer vortrefflichen Verdauung und guter Ernährung sich erfreuen.

Eine ungleich schwierigere Aufgabe erwächst dem Arzte aus der Behandlung von Constipirten, welche abgemagert, herabgekommen, blutleer, seit vielen Jahren von Verdauungsstörungen gequält, niemals Hunger haben oder, von sogenanntem „falschem Appetit" irregeleitet, mehr und öfter essen, als ihnen wohl thut, welche über nie aufhörenden Druck im Unterleibe klagen, ihre stets grau oder gelb belegte Zunge im Spiegel betrachten, von pappigem, bitterem Geschmack, von Sodbrennen, Uebelkeiten, Brechreiz, Spannung und Auftreibung des Darmes u. s. w. belästigt werden. Diese bedauernswerthen, den ganzen Tag mit ihrer schlechten Verdauung beschäftigten, sich stets unglücklich fühlenden, sich für unheilbar haltenden Jammergestalten waren schon den alten griechischen Aerzten bekannt und hat ihre, aus dem lästigen Gefühle des Vollseins unterhalb der Rippenbögen (Chondrien) entstandene Gemüthsverstimmung, welche alle diese griesgrämigen Kranken charakterisirt, uns das aller Welt geläufige Wort „Hypochondrie" überliefert.

Wer oft Gelegenheit hatte, zu sehen, wie diesen Unglücklichen jede Lebensfreude durch fortwährende Beschwerden vergällt wird, der findet in dem Jean Paul'schen Ausspruche „Des Menschen Glück liegt im Magen" viel eher bitteren Ernst, als heiteren Humor.

Bei fast allen diesen Kranken findet man einen erweiterten Magen und hochgradige Atonie des Darmes. Der absteigende Dickdarm fühlt sich bei Einzelnen durch die schlaffen, mageren Bauchdecken hindurch wie ein Rosenkranz an; die steinharten, kleinen, von einander getrennten Fäcalstücke lassen sich im atonischen Darme weiterschieben, bis sie hinter der Flexura sygmoidea im kleinen Becken verschwinden. Die Verdauung ist eine so träge, daß die genossene Nahrung nach 6—8 Stunden im Magen anzutreffen ist; bisweilen findet man am nächsten Morgen noch das Phänomen der Schwappung im Magen.

Die Obstipationen solcher Kranken erfordern eine oft nach Monaten rechnende, sorgfältige Behandlung, und wird nur dann Heilung erzielt, wenn die von mir geschilderte Methode mit einer unerbittlich strengen Diätcur combinirt wird. Letztere läßt sich jedoch nach meinen Erfahrungen nur in einer ärztlichen Anstalt durchführen, wo die dem Kranken zuträgliche Kost, dem jeweiligen Falle angepaßt, bereitet wird und ein geschultes Dienstpersonale mithilft, den Kranken von Diätfehlern zurückzuhalten und den behandelnden Arzt von begangenen Diätfehlern zu unterrichten, welche der Kranke meistens aus Furcht vor der verdienten Strafpredigt verschweigt. Die größte Schwierigkeit bei derlei Behandlungen liegt in der Erziehung des Kranken zu Mäßigkeit, zu Entsagung und vernünftiger Lebensweise. Derselbe muß lernen, selten und wenig auf einmal zu essen und nur qualitativ Werthvolles in den Magen zu bringen; es muß vor Allem verhütet werden, daß das zuviel Gegessene zu Gährungs- und Fäulnißprocessen Veranlassung gebe, wobei große Mengen von Gas sich bilden; letztere können nicht resorbirt und durch die Lungen ausgeschieden werden, sie blähen den Magen und Darm auf, wodurch die Elasticität der Darmmuskeln leidet und die Stuhlverstopfung begünstigt wird, abgesehen von den sonstigen Beschwerden, welche in Beklemmungen, Congestionen, Sodbrennen und tiefer Verstimmung sich äußern. Selbstverständlich muß der Arzt zu Pepsin, Salzsäure, Säuretilgungsmitteln und Ausheberungen des Magens seine Zuflucht nehmen, was Alles unterbleiben könnte, wenn die Kranken den bekannten Lehrsatz beherzigen wollten, daß der Mensch nur von dem leben kann, was er gut verdaut.

So wünschenswerth es ist, daß solche Kranke pünktlich ihre Mahlzeiten einnehmen, so empfehle ich ihnen doch nur dann zu essen, wenn sie wirklich Hunger empfinden; fehlt letzterer, so wird die Mahlzeit hinausgeschoben, eventuell ganz gestrichen — damit ist durchaus nichts verloren, weil das Versäumte durch lebhafteren Appetit bei der nächsten Mahlzeit eingeholt wird.

In der Regel genügen drei Mahlzeiten; an der vierten, Nachmittags eingeschobenen Mahlzeit scheitert häufig Wohlbefinden und Genesung, indem für das Nachtmahl der Hunger verloren geht, die Kranken das letztere dennoch zu sich nehmen, elende Nächte zubringen und am nächsten Morgen appetitlos, mit belegter Zunge, bitterem Geschmack und trostloser Gemüthsstimmung erwachen. Obwohl die Kranken sich der Schädlichkeit der Nachmittagsmahlzeit bewußt sind, besitzen sie nicht die moralische Kraft, zu entsagen, und ist es Aufgabe des Arztes, das Verzichten zu erzwingen.

Die Zeit der Massage wird täglich benützt, um den Kranken zu verhören, ob die ihm vorgeschriebenen Mahlzeiten in Qualität und Quantität pünktlich eingehalten wurden. Der Arzt bekommt häufig nicht die volle Wahrheit zu hören, das Dienstpersonale, sowie die Curgäste des Hauses müssen Richtigstellungen vornehmen; Rügen und Strafpredigten bilden die nicht zu unterschätzenden moralischen Unterstützungsmittel der Cur.

Hat sich nach mühsam errungener Besserung der Obstipation wieder eine Verschlimmerung eingestellt, dann liegt sicher ein Diätfehler vor — der Kranke hat in Qualität oder Quantität gesündigt. Hat es der Leidende einmal dahin gebracht, den Fehler herauszufinden, hat er es erlernt, sich selbst anzuklagen und Buße zu thun, dann bleibt sicher die Genesung nicht mehr aus.

Die Durchschnittszeit der Behandlung beträgt 6 Wochen. Ausnahmsweise werden natürliche Stuhlentleerungen in 8 bis 14 Tagen erzielt; aber ich erinnere mich auch an Fälle, in denen drei volle Monate aufgebraucht wurden.

Die mechanische Behandlung der Fettleibigen stößt auf einige Schwierigkeiten. Man ist nicht im Stande, mit den Fingern durch die zolldicken Fettschichten hindurchzudringen. Zum Glücke sind letztere um den Nabel herum am massigsten und nehmen gegen die Weichen an Mächtigkeit ab. Man trachtet deshalb von hier aus dem Dickdarme beizukommen, wobei die Fettmassen auf dem Handrücken ruhen. Die seitlichen Erschütterungen der Eingeweide machen an die Muskelkraft des Arztes große Anforderungen. Es ist selbstverständlich, daß man durch Reduction der Amylacea, durch Entziehung der Flüssigkeiten, durch Bergsteigen und Schweißabsonderung das Fett zur Resorption zu bringen trachtet, welches nicht blos unter der Haut, sondern auch um das Gekröse und

den Darm sich ablagert, und die peristaltischen Bewegungen beeinträchtigt.

Auch mit Leisten- und Nabelbrüchen behaftete Personen können mechanisch behandelt werden, falls sie an Constipation leiden. Man läßt die Bruchbänder für die Dauer der mechanischen Eingriffe ablegen, während der heilgymnastischen Uebungen, die mit Auswahl angeordnet werden, wieder anlegen und gebraucht die Vorsicht, während der Dauer dieser Uebungen den Kranken nicht zu verlassen, um einen etwaigen Vorfall sofort zu reponiren.

Auch Phthisiker, die an Hämoptoë leiden, sowie Personen mit Herzleiden und atheromatösen Processen habe ich vielfach der mechanischen Behandlung bezüglich einer gleichzeitigen chronischen Obstipation unterzogen, und zwar mit gutem Erfolge. Bei derlei Kranken fallen, wie sich von selbst versteht, die heilgymnastischen Uebungen aus, worin ich den Beweis zu erbringen berechtigt bin, daß der Löwenantheil des Erfolges den mechanischen Eingriffen angehört.

Vorgerücktes Alter bildet keine Contraindication für mechanische Behandlung der Constipation, vorausgesetzt, daß der Organismus nicht zu sehr herabgekommen ist. Ich habe Personen zwischen 70 und 80 Jahren mit überraschendem Erfolge behandelt. Auch darf die lange Dauer des Leidens nicht abschrecken. Menschen, welche mehr denn 20 Jahre nur durch Pillen, Glycerinzäpfchen, Lavements Entleerungen erzielen konnten, wurden durch mechanisches Eingreifen von ihrem qualvollen Leiden gänzlich befreit.

In überaus hartnäckigen Fällen habe ich neben der mechanischen Behandlung den faradischen Strom angewendet, indem ich eine Elektrode auf den Dickdarm anlegte, die andere in den Mastdarm einführte; ich habe jedoch von diesem Verfahren keine Erfolge gesehen. Hingegen sind die ersehnten Entleerungen endlich eingetreten, wenn in derlei, die Geduld des Kranken wie des Arztes auf harte Probe stellenden Curen die mechanischen Eingriffe vor dem Schlafengehen wiederholt wurden.

* * *

Es sei nur noch einer nie zu unterlassenden Vorsichtsmaßregel gedacht: Bevor man an die mechanische Behandlung einer chronischen Stuhlverstopfung herantritt, untersuche man sorgfältigst auf wandernde Niere, bei Frauen überdies auf Empfindlichkeit des Uterus, der Ovarien und etwa vorhandene Exsudate. Es ist selbstverständlich, daß man solchen Befunden Rücksicht trägt, den genannten Organen aus dem Wege geht, um nicht Entzündungen hervorzurufen.

Dieses eine Moment genügt, um darzuthun, welchen Gefahren bisweilen der Leidende ausgesetzt wird, wenn man die mechanische Behandlung einem Laien überläßt, geschweige denn, daß er für jene Kategorie von Constipirten Verständniß besitzen sollte, bei denen die gleichzeitig zu bekämpfenden, so hartnäckigen Verdauungsbeschwerden eine Fülle ärztlichen Wissens und ärztlicher Erfahrung voraussetzen.

Nicht selten sind Retroversionen des Uterus Ursache schwerer Constipationen. Selbstverständlich würde in solchen Fällen die mechanische Behandlung des Dickdarms als Kunstfehler aufzufassen sein.

Bisweilen ist Erkrankung der Schleimhaut des Dickdarms der Ausgangspunkt der Constipation. Lang anhaltende Diarrhoe (Ruhr) erzeugt Infiltration der Mucosa, des darunter liegenden Bindegewebes mit Verdickung und Schrumpfung des Lumens des Darmes. Die Fäcalmassen zwängen sich durch die verengte Stelle und treten als nur fingerdicke Würste, bisweilen abgeplattet oder bandartig oder in kleinen Bröckchen, zu Tage.

Aus diesem Grunde müssen vor Inangriffnahme einer mechanischen Behandlung die Entleerungen vom Arzte besichtigt und der Mastdarm mit Finger oder Darmbougie auf Verengerung untersucht werden. Der Arzt muß ferner daran denken, daß es Obstipationen gibt, welche durch mechanische Behandlung nicht geheilt werden können, weil die Ursachen dieser Obstipationen in anatomischen Veränderungen liegen, welche der Mechanotherapie unzugänglich sind; hieher gehören Schrumpfung der Darmwand, Verengerung durch Vernarbung dysenterischer Geschwüre, krebsige Entartung des Darmes, Geschwülste zwischen Mastdarm, Blase und Uterus, Knochentumoren am Kreuzbein, Verlöthungen der Darmschlingen untereinander, mit dem Netze, dem Gekröse, der Bauchwand, der Leber, der Gallenblase, der Milz, dem Zwerchfell in Folge chronischer Bauchfellentzündung. Die Anhäufung der Fäcalien im Dickdarm gibt zur Bildung von Kothgeschwülsten Veranlassung. Der Druck dieser Massen ruft Reizung, Catarrh der Schleimhaut und reichliche Schleimabsonderung hervor. Die Fäces solcher Personen sind bisweilen mit Schleim förmlich überzogen.

Die mit chronischer Obstipation häufig combinirten hämorrhoidalen Zustände (Venenschwellungen, Knoten, Blutungen) werden durch die mechanische Behandlung gebessert, bisweilen ganz beseitigt, indem der mächtige, beim Absetzen des Stuhles angewendete Druck der Bauchmuskeln und des Zwerchfells entfällt und die Circulation im Darmcanale frei wird.

Die Wirkung der mechanischen Cur ist eine sehr verschiedene. Ich kenne Personen, welche vor 10 Jahren durch Mechanotherapie von ihrer Constipation befreit, während dieser langen Zeit mit ihren Entleerungen niemals Anstand hatten.

Bei Anderen stellt sich nach einem Jahre oder auch noch früher das ursprüngliche, lästige Leiden wieder ein, so daß durch eine Wiederholung der Cur nachgeholfen werden muß. In einzelnen Fällen ist der Grund für die Wiederkehr der Stuhlverstopfung in ungenügender Körperbewegung nachzuweisen; am häufigsten jedoch ist Außerachtlassung jener diätetischen Vorsichtsmaßregeln, welche zur normalen Darmfunction gewisser Individuen unerläßlich sind (Unregelmäßigkeiten in den Mahlzeiten oder zu große Nahrungsmengen), die einzige Ursache.

Schlußfolgerungen.

Meine nach Hunderten zählenden Beobachtungen lassen mich vier Formen der chronischen Stuhlverstopfung unterscheiden:

I. Die Obstipation sonst gesunder, kräftiger, selbst jugendlicher Individuen; dieselbe ist bisweilen durch hereditäre Veranlagung, bisweilen durch sitzende Lebensweise begründet. Manchmal läßt sich keine wie immer geartete Ursache nachweisen.

II. Die Obstipation der an den mannigfaltigsten Verdauungsstörungen Leidenden.

III. Die Obstipation der Neurastheniker, Anämischen, körperlich Herabgekommenen.

IV. Die Obstipation der Fettleibigen.

Mechanotherapie (Massage und Heilgymnastik) bleibt für sämmtliche Formen die zuverlässigste Heilungsmethode.

Bei der ersten Form gebührt der mechanischen Behandlung das Hauptverdienst.

Bei der zweiten würde man mit der mechanischen Behandlung allein nichts erreichen; diese muß durch eine unerbittlich strenge Diätcur unterstützt werden.

Bei der Obstipation der Neurastheniker leisten neben der mechanischen Behandlung die bekannten antineurasthenischen Mittel: Ortsveränderung, Zerstreuung, Hydrotherapie, Elektricität, geistige Beeinflussung, vortreffliche Dienste.

Die Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung durch Abführmittel und Klystiere verschlimmert zweifellos das Leiden, setzt die Energie der Darmmusculatur herab; je länger die medicamentöse Behandlung gedauert hat, desto mühsamer und zeitraubender gestaltet sich die vorzunehmende mechanische Behandlung.

Die von mir geschilderte Cur läßt sich allerorten, ohne besondere Apparate durchführen, vorausgesetzt, daß der Arzt den guten Willen aufbringt und nicht ermüdet, den Kranken zu überwachen, zu belehren und dessen Diät mit Argusaugen zu controliren.

Referate und literarische Anzeigen.

PAUL SENDLER (Magdeburg): **Zur Pathologie und Chirurgie der Gallenblase und der Leber.**

Die auf sicherem Wissen und erprobtem Können sich stützende moderne Chirurgie erobert sich immer neue Gebiete und macht sie dem inneren Kliniker streitig. So steht im Vordergrunde der medicinischen Tagesfragen die Berechtigung und der Erfolg eines operativen Eingriffs gegenüber Gallenblasen- und Leberleiden. In außerordentlich anziehender und lichtvoller Art, die durch strenge Sachlichkeit und nüchternen Blick erfreut, gibt S. („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", Bd. 40, Heft 3/4, pag. 366—410) seine Erfahrungen an und zieht daraus die Schlüsse. Seine Einzelheiten eignen sich nicht zu einem kurzen Referat; aber es ist Pflicht des Ref., jedem Arzt und gerade dem praktischen, in dessen Macht zumeist die Zuführung eines Kranken zu einer Operation liegt, die Lectüre der angezeigten Arbeit im Original als nützlich zu empfehlen.

Hier sollen nur S.'s Schlußsätze als Quintessenz seiner eigenen Erlebnisse angegeben werden.

Unanfechtbar ist, daß eine Reihe von Gallenkranken, die bisher schwerem Siechthum und frühem Tod preisgegeben waren durch die heutige Chirurgie vor beidem bewahrt bleiben. Je frühzeitiger das Messer eingreift, desto günstiger ist die Prognose; denn das lange Bestehen ernster Gallenblasenleiden schafft in der Bauchhöhle Verhältnisse, welche die nothwendige Operation zu einem schwierigen und immerhin gefährlichen Eingriff machen. Nothwendig ist schon bei regulärer Cholelithiasis die Operation, wenn sich die Colikanfälle in kurzen Pausen häufen, noch mehr, wenn Zeichen von Steinverschluß der Gallengänge und Fieber hinzukommen; letzteres läßt Infection und Eiterbildung, zu der die steinkranke, catarrhalisch erkrankte Gallenblasenwand oft sehr rasch neigt, vermuthen. Acut aufgetretener Icterus deutet auf Steinverschluß der Gallenwege und verbietet daher die Operation nicht; chronischer Icterus verschlechtert die Prognose, weil häufig damit Brüchigkeit des Gewebes und Neigung zu starken Blutungen verbunden ist. Tritt aber Icterus überhaupt nicht ein und wird dabei auch kein Steinabgang im Stuhl beobachtet, so sind in der Gallenblase wahrscheinlich große Steine, die nicht die Gänge durchwandern können (nach NAUNYN größer als ein Haselnußkern), und die Operation ist erst recht wohlbegründet. Acute infectiöse Cholecystitis (acutes Empyem) erheischt aus vitaler Indication, sobald die Diagnose gesichert ist, die sofortige Laparotomie; ebenso hat man beim chronischen Empyem zu handeln, so lange der Kräftezustand es gestattet. Chronischer Hydrops der Gallenblase beruht meistens auf Verschluß des Ductus cysticus, bildet sich selten spontan zurück und macht daher die Operation empfehlenswerth. Durch Ruptur der Gallenwege oder der Gallenblase verursachte Perforativperitonitis und Gallenstein-Ileus, der dadurch entsteht, daß ein in den Darm von selbst durchgebrochener Gallenstein das Darmlumen verstopft, erheischen die Operation, sobald die Diagnose gestellt ist; freilich wird eben Alles auf rasche und exacte Diagnose ankommen. Endlich ist die Operation auch angezeigt, wenn keine für Gallensteine charakteristischen Beschwerden vorliegen, aber Schmerzanfälle auftreten, die in Folge eines abgelaufenen Gallenleidens auf intraabdominale Strangbildungen hinweisen.

Die Wahl der Operationsmethode entscheidet von Fall zu Fall der pathologische Befund; für die meisten Fälle paßt die einzeitige Cholecystostomie mit zeitweiliger Anlegung einer Gallenblasengangfistel, weil sie eine Nachbehandlung der bei Gallensteinen stets erkrankten Gallenblasenschleimhaut gestattet und etwa übersehenen Steinen, die z. B. in versteckten Divertikeln der Blase lagen, den Ausweg offen erhält. Kann bei infectiöser Erkrankung aus irgend einer Ursache die Bauchhöhle nicht sicher genug vor Infection geschützt werden, ist die Operation zweizeitig zu machen; in der ersten Sitzung wird man nach Befreiung der Gallenblase aus ihren Verklebungen und Verwachsungen dieselbe mit dem vom Wundrand aus abgelösten parietalen Blatt des Peritoneums, nachdem es nach unten geschlagen wurde, vernähen, und erst in einer zweiten Sitzung, etwa am 6. Tage, wird man die Gallenblase eröffnen. Auch die Cystendyse, die nur für einige uncomplicirte Fälle paßt, wird besser durch die eben erwähnte Methode ersetzt. Die Cholecystektomie LANGENBUCH's schafft die klarsten Verhältnisse, ist aber die eingreifendste Operation; indessen hat der Erfolg klar ihre Berechtigung in solchen Fällen bewiesen, wo durch die Erkrankung, z. B. dadurch, daß das Organ mit Steinen vollgepackt war, bereits dasselbe nicht mehr functionirte und daher sich der Körper diesem Ausfalle bereits angepaßt hatte. Sind nun in den Gallengängen Steine befindlich, denen nicht anders beizukommen ist, soll man, wenn die Gänge freizulegen sind, dieselben direct spalten, andernfalls aber den Blasenhals; den Folgen des Choledochusverschlusses begegnet aber die Cholecystenterostomie.

Der im Anschluß an diese Erörterungen mitgetheilte Fall eines chronischen, aus unbekannter Ursache entstandenen Leberabscesses von beträchtlicher Größe ist sehr interessant, aber von praktisch geringerer Bedeutung. Nur die hier angeknüpfte Bemerkung, daß die Probepunction der Leber und der Gallenblase durch die Bauchdecken hindurch keineswegs so harmlos zu sein scheint, als LANGENBUCH angegeben hat, soll hier noch Platz finden. R. L.

G. SCHWABE (Leipzig): **Die Heilung der trachomatösen und scrophulösen Keratitis durch Lidlockerung, Blepharochalasis.**

Ein Verfahren, welches die natürliche Heilung des trachomatösen Processes im Allgemeinen neben schneller Heilung der trachomatösen Hornhautentzündung im Besonderen bewirkt, war bisher nicht bekannt. SCH. glaubt nun („D. med. Woch.", 1895, Nr. 20), in der Lidlockerung, „Blepharochalasis", eine zuverlässige operative Methode gefunden zu haben, nicht nur die trachomatöse Keratitis aller Stadien sofort aufzuhalten und in Heilung überzuführen, sondern auch die weitere Granulationsentwicklung und Secretion bei Trachom zu verringern und das Narbenstadium dieser Krankheit für das Auge unschädlich zu machen — und dies gestützt auf den vom Autor selbst formulirten Satz: „Die Widerstands- und Ersatzfähigkeit der menschlichen Hornhautoberfläche steigert sich, besonders unter günstigen Allgemeinverhältnissen, mit Zunahme der physiologischen Weite der Lidspalte und mit der Verminderung des Liddruckes."

Die von SCH. seit 1885 in 510 Fällen ausgeführte Blepharochalasisoperation besteht im Wesentlichen darin, daß durch Erweiterung des äußeren Lidwinkels und Verkürzung der Haut am Ober- und Unterlid die erkrankten Lider von der gefährdeten Cornea abgehebelt werden. Dies wird dadurch erreicht, daß man zunächst durch Spaltung der äußeren Lidcommissur bis zum Knochenrande eine rhombische Wunde setzt, die durch eine Anzahl von Nähten vereinigt wird; ferner wird aus dem Oberlid unter völliger Schonung der darunter liegenden Muskelschichte ein Hautlappen von circa 20 Mm. Länge herausgeschnitten; am Unterlide wird ein Hautlappen von circa 10 Mm. entfernt, der sich auf das äußere Liddrittel beschränkt. Die Hautdefecte werden sodann durch Nähte geschlossen.

Bei dieser Methode geht die Heilung des Pannus trachomatosus in 2—4 Wochen von statten. Bei schwerem, mit Keratitis complicirtem Trachom ist die Heilwirkung geradezu eine überraschende. Als Indicationen für dieses Verfahren bei schwerem Trachom führt SCH. folgende an:

1. Wenn dauernde ärztliche Ueberwachung des Pat. nicht möglich und die Cornea bereits ergriffen ist.
2. Wenn das Pupillargebiet der Cornea bedroht erscheint.
3. Wenn bei den zu tiefer Geschwürsbildung und Complicationen neigenden schweren Trachomerkrankungen mehr blennorrhoischen Charakters die bisherigen bequemeren Methoden im Stiche lassen.

Mit Erfolg wird ferner die Blepharochalasis bei Keratitis scrophulosa, sowie bei allen äußeren mykotischen und traumati-

schen Hornhautaffectionen angewendet; speciell bei der scrophulösen Keratitis glaubt SCH. seinen Pat. eine Heilung des bedrohten Auges in 2—3 Wochen mit fast absoluter Sicherheit versprechen zu können. Danach sei die Blepharochalasis bei Keratitis scrophulosa angezeigt, wenn nach ungenügendem Ausfall klimatischer, diätetischer, medicamentöser, galvanokaustischer Curen trotz Berücksichtigung von Blepharitis, Nasenleiden, Eczemen etc.

1. das centrale Sehvermögen durch stärkere pupillare Hornhautaffectionen bedroht ist;

2. eine schnelle und gründliche Beseitigung der scrophulösen Augenentzündung und Schutz vor Recidiven im Allgemeininteresse des Pat. liegt. Ba.

DOERMER: Ueber das Trional.

D. hat im Laufe des Winters 1894/95 das Trional in einer größeren Anzahl von Fällen in Verwendung gezogen und sieht sich veranlaßt, auf Grund der günstigen Erfolge dasselbe als Schlafmittel zu empfehlen. Mit den üblichen Hypnoticis verglichen, steht es diesen nicht nur nicht nach, sondern übertrifft vielmehr dieselben an Sicherheit der Wirkung und Unschädlichkeit bei längerem Gebrauche. D. hat auch niemals irgend welche üble Folgen nach der Darreichung des Mittels beobachtet; allerdings hat er nie die Dosis von 2 Grm. überschritten, dafür konnte er dieselbe auch wochenlang ohne Nachtheile auf den Appetit oder auch auf den gesammten Organismus des Pat. reichen; dasselbe wäre bei Sulfonal, Paraldehyd, Amylenhydrat u. s. w. wohl nicht leicht möglich gewesen. In einzelnen Fällen kam D. auch mit 1 Grm. aus, um einen genügend erquickenden Schlaf zu erzielen, z. B. bei Gelenksrheumatismus, ja selbst $^1/_2$ Grm. brachte in einem Falle von progressiver Paralyse, in deren Gefolge sich hartnäckige Schlaflosigkeit besonders unangenehm fühlbar machte, einen fünfstündigen ruhigen Schlaf. Selbst bei schweren fieberhaften Erkrankungen, die mit dem Tode endeten, wie Pyämie, Meningitis tuberculosa, Meningitis nach chronischer Otitis media, Carcinom des Colon u. s. w., erzielte Verf. mit Trional fast immer eine mehrstündige Ruhe, sei es Halbschlummer, sei es tiefen Schlaf. Nur in einem Falle von Ascites nach Lebercirrhose war kein wirklicher Schlaf zu erzielen; allerdings ließen da auch die übrigen Schlafmittel im Stich. Besonders günstig erwies sich das Trional bei der nervösen Schlaflosigkeit.

Die Anwendungsdosis war die sonst übliche, nämlich gleichzeitig mit $^1/_4$ Liter Suppe oder kohlensäurehaltigem Wasser. Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt D. („Flandre méd.", 1895, Nr. 16) behaupten zu dürfen, daß das Trional zu denjenigen chemischen Producten gehört, welche den einmal errungenen Platz sich dauernd bewahren. R.

Pathologie und Therapie der angeborenen Hüftverrenkung. Auf Grundlage von hundert operativ behandelten Fällen dargestellt von **Prof. Dr. Adolf Lorenz** in Wien. Mit 54 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1895, Urban und Schwarzenberg.

Kaum drei Jahre sind verstrichen, seit LORENZ seine erste Mittheilung über die Operation der angeborenen Hüftgelenksluxation publicirt hat, und schon kann er über hundert erfolgreich behandelte Fälle berichten. Er thut dies in einem umfangreichen, die pathologische Anatomie, die Symptomatologie, Aetiologie, Diagnose, sowie die Therapie erschöpfend darstellenden Buche, das er seinem Lehrer und Freunde, Prof. ALBERT, gewidmet hat. In dem historischen Abschnitte hebt der Verf. rückhaltlos die Verdienste ALBERT HOFFA's hervor, welcher einer rationellen Therapie des von VOLKMANN als therapeutisch ziemlich unnahbar erklärten Leidens neue Bahnen eröffnet hat. Besitzt der Würzburger Chirurg das Verdienst, zuerst auf die Möglichkeit einer operativen Behandlung der congenitalen Hüftverrenkung hingewiesen zu haben, so kann LORENZ mit Genugthuung darauf verweisen, die Methode wesentlich modificirt, ja derart umgestaltet zu haben, daß sie thatsächlich ideale Resultate zu Tage fördert und anatomisch und functionell Alles leistet, was man von der Therapie eines Leidens erwarten kann, dessen Häufigkeit bisher weit unterschätzt wurde. Denn aus der von LORENZ mitgetheilten Statistik resultirt die überraschende Thatsache, daß unter allen congenitalen Deformitäten der Extremitäten die angeborene Hüftverrenkung weitaus die häufigste ist.

Es kann nicht die Aufgabe dieser Anzeige sein, den Inhalt der einzelnen Capitel, deren jedes von intensivem Studium und eingehendster Vertiefung in den Gegenstand zeugt, wiederzugeben. Das Wesentlichste des LORENZ'schen Buches liegt in dessen Darstellung der Entwicklung seiner Operationsmethode aus dem HOFFA'schen Verfahren. Kurz gesagt, besteht der Unterschied zwischen den Methoden der beiden Autoren und damit der große Erfolg LORENZ's in der durch anatomische Untersuchungen und klinische Beobachtungen errungenen Möglichkeit, die Reduction des luxirten Schenkelkopfes unter absoluter Schonung sämmtlicher Muskeln auszuführen. Die Reposition des Kopfes kann in leichten Fällen bei sehr jungen Kindern einzig und allein durch mäßige Extension und durch die Kapselspaltung erfolgen; bei älteren Kindern wird die manuelle Extension durch maschinelle Extension mittelst der von LORENZ angegebenen, sehr einfach construirten Extensionsschraube ersetzt; bei Kindern über 9 Jahre wird der Operation eine präparatorische Extension vorausgeschickt, in den allerschwersten Fällen die Fascia lata auch an der Vorderseite des Oberschenkels gespalten und durch Trennung der den Tensor fasciae latae und den Sartorius einschneidenden Dissepimente der Fascie die Musculatur bloßgelegt und damit der Dehnung zugänglicher gemacht. Hiezu kommen eventuell Einkerbungen der innersten Adductorenbündel. Die übrigen Acte der Operation: Eröffnung der Hüftgelenkskapsel, Formirung des oberen Femurendes, Ausschneidung der künstlichen Pfanne und Reposition des Schenkelkopfes sind von LORENZ technisch meisterhaft ausgearbeitet; sein Verfahren stellt daher unzweifelhaft eine selbstständige Operationsmethode der congenitalen Hüftverrenkung dar, deren Princip der bedingungslosen Conservirung der gesammten Musculatur des Hüftgelenkes dem Principe der HOFFA'schen bedingungslosen Opferung der pelvitrochanteren und — in schwierigen Fällen — auch der anderen Muskeln gegenübergestellt wird.

Alle diese Ausführungen werden im casuistischen Theile des Buches an hundert Fällen bestens illustrirt. Unter diesen binnen $2^1/_4$ Jahren operirten Fällen ist nicht nur kein Todesfall, sondern — mit einer einzigen Ausnahme — durchwegs vollkommen reactionslose Heilung per primam zu verzeichnen. Bei der unzweifelhaften Abhängigkeit der cosmetischen Resultate (resp. eines annähernd gleichmäßigen Ganges) von der möglichsten Restitution der Gelenksmusculatur dürfte auch in dieser Hinsicht die LORENZ'sche Methode bessere Chancen haben, zumal in Verbindung mit jener sorgfältigen gymnastisch-mechanischen Nachbehandlung, welche die operirten Kinder genießen. Der Autor überläßt die Entscheidung dieser Frage der Zukunft.

Wer die neueste Errungenschaft der orthopädischen Chirurgie eingehend studiren will, findet in dem klar und präcis abgefaßten, mit trefflichen Holzschnitten versehenen, glänzend ausgestatteten Werke unseres heimischen Orthopäden gründliche und erschöpfende Belehrung; der praktische Arzt, dessen Aufgabe es ist, das entstellende, die Zukunft des Kindes verdüsternde Leiden möglichst frühzeitig zu erkennen, alle Aufschlüsse, welche geeignet sind, die Diagnose zu erleichtern und zu befestigen. B.

Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bearbeitet von **Dr. J. Boas**, Specialarzt für Magen- und Darmkrankheiten in Berlin. II. Theil: Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Mit 8 Holzschnitten. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage. Leipzig 1895, Georg Thieme.

Die zweite Auflage des speciellen Theiles seines Handbuches hat BOAS nun neu bearbeitet und, in einzelnen Abschnitten wesentlich vermehrt, dem großen Kreise seiner Leser und Anhänger vorgeführt. Die Verdienste des Autors um die wissenschaftliche Bearbeitung und kritische Sichtung auf dem Gebiete der Pathologie des Verdauungstractes sind an diesem Orte schon eingehend gewürdigt worden; die reiche persönliche Erfahrung des Autors, eine

klare, nach Vereinfachung der oft verschwommenen Krankheitsbilder strebende Darstellung und eingehende Verwerthung der vorliegenden großen Literatur erhöhen den Werth dieses für die Bedürfnisse des Praktikers berechneten Buches. Neu ist die eingehendere Bearbeitung des Capitels der acuten und chronischen Gastritis, das von BOAS aufgestellte Krankheitsbild der „Gastritis acida". Nach der Verwirrung, welche durch die Ueberschätzung der Salzsäurebefunde im Mageninhalte herbeigeführt wurde, die eine übermäßige Betonung der functionellen Neurosen zur Folge hatte, sehen wir hier wieder das Streben nach der Aufstellung anatomisch charakterisirter Krankheitsbilder angebahnt. Dagegen hat BOAS die Bezeichnung „Dilatatio ventriculi" ganz fallen gelassen; er spricht blos von einer mechanischen Insufficienz 1. und 2. Grades. Der Mißbrauch, der mit der Diagnose der Magenerweiterung getrieben wird, und die auch in der Norm wechselnden Lage- und Größenverhältnisse des Magens rechtfertigen wohl den von BOAS hier eingenommenen Standpunkt; nach Ausschluß der reinen motorischen Insufficienz, der Myasthenie, der Megalogastrie und der Lageveränderungen des Magens, welche eine Erweiterung vortäuschen, bleibt denn doch noch eine kleine Zahl von Fällen übrig, in welchen eine wirkliche und hochgradige räumliche Erweiterung des Magens mit ihren Folgezuständen anatomisch fundirt vorliegt. Es ließe sich darüber ein Wort reden, ob diese Krankheitsform ganz in dem Begriffe der Myasthenie aufgehen soll. BOAS hat übrigens diesen Standpunkt nicht so strenge durchgeführt, indem er wiederholt im Text den Ausdruck Ektasie oder Magenerweiterung gebraucht. Das Capitel „Magenkrebs" ist nach den bekannten Arbeiten des Verf. wesentlich bereichert; der Befund von Milchsäure in dem von BOAS angegebenen Sinne bedeutet auch nach des Ref. wiederholten Beobachtungen eine wesentliche Hilfe für die Frühdiagnose des Magencarcinoms. Bei den nervösen Magenaffectionen, die mit guter Uebersichtlichkeit behandelt sind, hat B. ein neues Krankheitsbild: die schmerzhafte „Magenleere" aufgenommen. Dem Streben nach praktischer Vereinfachung entspricht auch die Neubearbeitung des sog. Magensaftflusses. Die am Anfang beigegebenen Diätschemata sind sehr werthvoll.

Die Ausstattung des Buches ist eine vortheilhafte; Name und Bedeutung des Autors empfehlen von selbst die Verbreitung seines Werkes. Dr. GUST. SINGER.

Feuilleton.

Ueber „Patent-Medicinen".

Cordoba, State of Veracruz, Mexico, 22. März 1895.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Längst hatte ich mir vorgenommen, über diesen Gegenstand einige Zeilen an Ihr Blatt zu richten. Allerlei andere Beschäftigung hatte mich bis nun davon abgehalten. Die Sache scheint mir aber zu bedeutend, als daß sie nicht endlich zur Sprache kommen sollte.

Zu meiner Zeit herrschte bei uns eine Abneigung gegen Verschreibung von Patent-Medicinen, die man im Allgemeinen als weniger verläßlich betrachtete. Ich weiß nicht, wie das jetzt sein mag; aber ich weiß, daß hier in Mexico davon ein sehr ausgedehnter Gebrauch gemacht wird, und daß sie sehr beliebt sind, sowohl bei den Kranken als bei den Aerzten. Ich war anfangs darüber etwas verwundert. Aber es wurde mir immer dieselbe Aufklärung: unsere Apotheken sind oft so unverläßlich, daß wir die Patent-Medicinen vorziehen. In der That, die meisten hiesigen Apotheken sind eigentlich nur Kramläden, in welchen Medicinen verkauft werden. Die wenigsten Apothekergehilfen haben Fachstudien gemacht; sie lernen ebenso nach und nach das Handwerk, wie die Schusterjungen endlich auch hinter das Geheimniß kommen, wie man Stiefel macht. Viele Apotheken haben weder geprüfte Herren, noch geprüfte Gehilfen, und daher ist der scheinbare Ausweg gefunden worden, daß jede Apotheke einen geprüften, verantwortlichen Aufseher haben muß, von dem man annimmt, daß er etwa einmal im Tage dahin kommt.

Wenn es so in der Hauptstadt ist, wie dann in den kleinen Orten und erst auf dem Lande, wo entweder der Arzt selbst eine Apotheke hält oder im Specereiladen Medicinen verkauft werden, natürlich Patent-Medicinen. Und so wie in Mexico ist es unzweifelhaft im ganzen lateinischen Amerika.

Damit will ich nun durchaus nicht etwa sagen, daß man auch in Europa Patent-Medicinen mit Vorliebe verwenden sollte; dort liegen ja die Verhältnisse ganz anders. Aber ich will verweisen auf die Wichtigkeit und den Umfang des Handels mit Patent-Medicinen und wünschte beitragen zu können, daß diesem Geschäfte in Deutschland und Oesterreich mehr Aufmerksamkeit geschenkt würde. Die hiesigen Apotheker beziehen Sarsaparilla, Sabadilla und andere inländische Drogen aus Europa, wo sie sicher sind, jede Menge, die sie gebrauchen, auch zu bekommen und nicht erst mit den Kleinhändlern und Bauern verhandeln zu müssen.

Der Handel mit Patent-Medicinen beläuft sich jährlich auf Millionen und der Löwenantheil davon entfällt auf Frankreich. Das hat verschiedene Gründe, die zum Theile recht ferne ab liegen. Die Mexicaner vergöttern alles Französische; das erklärt sich aus dem politischen, socialen und wissenschaftlichen Einfluß, den Frankreich seit zwei Jahrhunderten in Spanien ausgeübt hat. Erstens die Nachbarschaft und die Abgeschlossenheit Spaniens vom übrigen Europa, zweitens eine Dynastie französischen Ursprungs, drittens die unbestreitbare Ueberlegenheit der französischen Arbeitskraft, Wirthschaft und Wissenschaft, während Spanien bis auf unsere Zeit in jeder Richtung zurückgeblieben war. Spanien hat es bis jetzt nicht verstanden, seine Tochterländer mit Lehrbüchern zu versehen; mit Ausnahme der theologischen und einiger gerichtlicher und juridischer Werke sind alle Lehrbücher an Mittel- und höheren Schulen hier zu Lande nicht nur französischen Ursprunges, sondern sogar in französischer Sprache geschrieben. Man wäre versucht, zu sagen, daß für die wissenschaftliche Erziehung der jungen Mexicaner das Französische wichtiger ist als ihre Muttersprache.

Medicin, Naturgeschichte, Ingenieurwissenschaft u. s. w. werden nach französischen Texten gelehrt, welche die Lehrer zuweilen, die Schüler natürlich fast immer unvollkommen beherrschen. Die erste Folge davon ist, daß die wissenschaftliche Sprache von Gallicismen wimmelt, und daß zuweilen recht verdrehte Uebertragungen vorkommen. Wer aus französischen Büchern seine Weisheit geschöpft hat, sucht natürlich auch seine weitere Ausbildung an derselben Quelle. Dabei ist das Französische für den Spanier so viel leichter zu erlernen, als z. B. das Englische oder Deutsche. Selbst die Rechtswissenschaft ruht zum großen Theile auf dem Code Napoléon. Wird irgend ein Zweifel laut oder findet man etwas nicht ganz vortrefflich, so ist die erste und niederschlagende Antwort immer: „So sagt ja der oder jener Franzose, so ist es auch in Frankreich." Es soll aber nicht geleugnet werden, daß sich dieses Verhältniß in den letzten Jahren etwas geändert hat. Sonst war es für einen Mexicaner genug, in Paris gewesen zu sein (wo auch jetzt viele reiche mexicanische Familien leben), um seiner Ausbildung die Krone auf's Haupt zu setzen. Jetzt gehen manche junge Leute auch nach Deutschland, wobei aber die mangelnde Kenntniß der Sprache ein großes Hemmniß bildet. Das kommt von 1870 und 1871. England und selbst die benachbarten Vereinigten Staaten werden weniger gewürdigt. Die Nordamerikaner sind wenig beliebt und die Engländer nicht viel, da sie dem Lande so viel Geld geborgt hatten und so unfreundlich waren, schließlich Bezahlung zu verlangen. Darum heißt auch ein lästiger Gläubiger „Un Ingles".

Kaum waren nach der letzten unglücklichen Intervention, die Mexico so viel Schaden zugefügt hatte, die Franzosen aus dem Lande, als die alte Liebe wieder erwachte und die Mexicaner wieder anfingen, nach Paris zu pilgern.

Es wird auch gerne zugestanden, daß die Franzosen sich des Handels (hier kommen besonders Medicamente in Betracht) mit einer Ausdauer und Thätigkeit und mit einem Geschicke bemächtigt haben, die alle Nachahmung verdienen. Einmal sind die medicinischen Lehrbücher in französischer Sprache abgefaßt, der Gedankengang der Aerzte und Pharmaceuten ist der ihrer französischen Collegen; dann schickt man uns Anzeigen, gedruckte Briefe Broschüren, ja ganze Bücher in französischer und auch in spanischer Sprache. Die

französischen Drogisten verschaffen sich die Namen und Adressen der im Lande prakticirenden Aerzte; mit Mustern werden wir überschwemmt, französische medicinische Zeitungen, die sehr verbreitet sind, bringen Anzeigen und Anpreisungen; eigene Blätter in französischer und auch in spanischer Sprache erscheinen in Paris und beschäftigen sich fast ausschließlich mit Anzeigen und Empfehlungen von Medicinen, so: „La medicina internacional", „La Revista terapéutica de los Alcaloides", „La Médecine hypodérmique" und andere. Diese werden umsonst zugeschickt; ebenso Kalender, Taschenbücher, Receptformulare, sogar Löschpapier. Ich habe eben zu Neujahr von einer Pariser Drogenhandlung mit der Post ein elegantes Taschenbuch bekommen, mit Kalender, mit eingedrucktem Namen und einer Anzahl Receptformularien, ebenfalls versehen mit Namen und Adresse. Nach so viel Aufmerksamkeit fühlt man sich fast verpflichtet, die Medicamente der Leute auch zu verschreiben. Und am Ende, weil ein fertiges Medicament Gegenstand der Fabrication und des Handels ist, braucht es ja doch nicht unsolid zu sein.

Wenn ich im Vorstehenden immer nur von Mexico spreche, so geschieht es, weil ich die Verhältnisse des Landes genau kenne. Ich kann aber mit Sicherheit behaupten, daß es im ganzen lateinischen Amerika ebenso ist, wie hier zu Lande.

In neuester Zeit tritt Nordamerika mit einiger Lebhaftigkeit in die Schranken und auf den Markt; England und Deutschland sind fast gar nicht vertreten. Und doch wäre es lohnend. So gewagt es auch erscheinen mag, eine Schätzung anzustellen, meine ich doch, daß der Handel mit Patent-Medicinen im lateinischen Amerika wohl 200 Millionen Mark im Jahre beträgt. Wird doch auch Lourdes-Wasser verschickt, welches unsere Zollämter frei passiren lassen als „Muster ohne Werth", während sonst die Medicinen einem hohen Zolle unterliegen, abgesehen vom Wechselcourse des Goldes, der sich seit einiger Zeit um 100% bewegt.

Europäische Mineralwässer sind wenig gekannt und noch weniger gebraucht. Die inländischen, an denen Mexico sehr reich ist, sind gänzlich vernachlässigt. Die fremden Mineralwässer kommen durch die erwähnten Umstände so theuer zu stehen, daß sie wahrhaftige Luxusartikel sind. Hier könnte vielleicht einmal ein neuer Handelsvertrag Wandel schaffen. Ich rühme mich, Karlsbader Salz und künstliche Mineralwässer zuerst hier angewandt zu haben und wäre sehr befriedigt, durch diese Zeilen eine Anregung zu geben, daß diesem Zweige der Industrie und des Handels in Deutschland und Oesterreich eine verdiente größere Aufmerksamkeit zugewandt würde.

Ihr ganz ergebener

Dr. SEMELEDER.

Kleine Mittheilungen.

— Es is eine allgemein zugestandene Thatsache, daß bei Patellarfracturen keine der eine knöcherne Vereinigung bezweckenden Methoden mit Sicherheit zum Ziele führt. Im Gegentheile wird durch das lange Liegenlassen höchstens eine Versteifung des Kniegelenkes und hochgradige Atrophie der Beinmusculatur, hauptsächlich der Strecker, erreicht. Andererseits hat die **ambulatorische Massagebehandlung der Patellarfracturen** die schönsten Erfolge aufzuweisen. Als besonders rationeller Vertreter dieser Methode gibt sich J. P. ZUM BUSCH (German Hospital in London) zu erkennen („Ctbl. f. Chir.", 1895, Nr. 19). Er hat sie im Verlaufe der letzten 3 Jahre in 11 Fällen angewendet, und zwar geht er in folgender Weise vor: Sofort nach der Aufnahme, die in allen Fällen gleich nach erfolgter Verletzung stattfand, wird Pat. massirt. Durch sanftes Streichen mit beiden Händen wird der Bluterguß aus dem Gelenk entfernt; die Schmerzhaftigkeit bei dieser Procedur ist bei vorsichtiger Massage ganz unbedeutend. Dann werden die Muskeln des Ober- und Unterschenkels in der gewöhnlichen Weise durchmassirt. Das Bein wird auf eine Schiene gelegt, das eingewickelte Bein mit einem Eisbeutel bedeckt. Am folgenden Morgen wird von Neuem massirt, am Nachmittage muß Pat. aufstehen. Sind die Pat. sehr ängstlich, so legt B. eine Flanellbinde um das Knie und erlaubt ihnen 1—2 Tage eine Krücke; meist sind sie schon am 2. Tage im Stande, mit Hilfe eines Stockes zu gehen. Die Massage wird zweimal täglich gemacht; nach Verlauf einer Woche läßt B. die Pat. Treppen steigen. Bluterguß und Diastase der Fragmente verringern sich außerordentlich schnell, eine Atrophie der Muskeln, besonders des Quadriceps, kam nie zur Beobachtung. Nach vierwöchentlicher Behandlung waren alle Pat. arbeitsfähig. Nur in einem Falle trat knöcherne Vereinigung ein, alle anderen heilten mit bindegewebiger Narbe, ohne daß dieser Umstand der Gebrauchsfähigkeit des Beines irgend welchen Abbruch gethan hätte. Dieselbe Behandlung wurde bei Olecranonfracturen mit gleich günstigem Endresultate eingeschlagen.

— Dr. A. BÉKÉS berichtet aus der Abtheilung für Kinderheilkunde (FRÜHWALD) der Wiener allgemeinen Poliklinik über seine Versuche mit dem von v. HEBRA empfohlenen **Thiosinamin bei Lymphdrüsentumoren im Kindesalter.** Im Ganzen wurden 30 Fälle der Injectionscur mit Thiosinamin unterzogen, wovon aber 5 Fälle auszuscheiden sind, da sie sich der Behandlung ganz entzogen. Das Resultat war folgendes: Gänzliches Schwinden der Drüsen in 4 Fällen; Verkleinerung in 7 Fällen; theils rasch, theils langsam sich entwickelnde Entzündung und Vereiterung der Drüsen in 6 Fällen und ein negativer Erfolg in 8 Fällen, wovon aber 3 ungenügend behandelt wurden. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 7 Monaten und 26 Jahren und machte sich insofern geltend, als bei älteren Kindern und bei Erwachsenen die Injectionen gar nicht wirkten. Die Zahl der Injectionen variirte von 1—33, die Menge für die einzelnen (an entferntem Orte gemachten) Injectionen zwischen 1 und 4, selten 5 Theilstrichen. In allen Fällen wurde bald eine Hebung des Allgemeinbefindens und Appetits beobachtet. Nach der ersten oder zweiten Injection trat immer eine Differenzirung im geschwellten Gewebe ein, welche durch die Haut deutlich fühlbar war. In 2 Fällen wurde Erweichung des Narbengewebes beobachtet. Fieber war stets ein Zeichen einer kommenden Suppuration und stand mit den Injectionen in keinem directen Zusammenhang. Eine Contraindication des Verfahrens bilden jüngst abgelaufene oder latent entzündliche Processe der Conjunctiva und Cornea. B. sieht seine Resultate als eclatante Erfolge an und empfiehlt deshalb die Injectionsbehandlung chronischer und selbst auch acuter Drüsenschwellung im Kindesalter mit Thiosinamin auf das Wärmste.

— Auf Grund eines Beobachtungsmateriales von 9 Fällen der Klinik ERB in Heidelberg, bei welchen die **Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatinjectionen** nach BACCELLI durchgeführt worden war, kommt DINKLER („Berl. klin. Wochenschr.", 1895, Nr. 18, 19 u. 20) zu folgenden Resultaten: Die von BACCELLI inaugurirte Behandlung der Syphilis kann, so rationell sie auch scheint, keinesfalls als Ersatz für die bisher gebrauchten Curen (Inunction mit grauer Salbe, subcutane Injection von Quecksilberpräparaten) empfohlen werden. Abgesehen davon, daß die Methode nicht unerhebliche technische Schwierigkeiten bietet und wegen mangelhafter Entwicklung der Hautvenen bei sehr vielen Kranken von vorneherein ausgeschlossen ist, sind auch die Vortheile, die sie gewährt, schnelle und ausgiebige Wirkung, zu gering und unbedeutend, um gegenüber den zahlreichen und schwerwiegenden Nachtheilen, von denen die Thrombenbildung in den Venen und die ausgesprochene Neigung zu Recidiven in erster Linie stehen, zur Geltung zu gelangen. Hingegen dürfte die intravenöse Injection wegen ihrer schnellen Wirkung bei den rapide fortschreitenden Formen der Haut- und Schleimhautsyphilide, sowie vor Allem bei den schweren Fällen von Syphilis des Centralnervensystems vor Einleitung der antiluetischen Behandlung warm empfohlen zu werden verdienen; sind durch eine Reihe von 8—12 Injectionen die verderblichen Folgen des progressiven Processes einstweilen abgewehrt, so kann die Behandlung mit Einreibung von grauer Salbe fortgesetzt und zu Ende geführt werden. In ganz verzweifelten Fällen dürfte sich vielleicht auch eine gleichzeitige Anwendung der Inunctions- und Injectionscur rechtfertigen lassen, vorausgesetzt, daß die Injectionen nur in beschränkter Zahl applicirt werden.

— In der Sitzung der Pariser „Soc. méd. des hôp." vom 17. Mai machte COMBY auf den großen **Werth der kalten Bäder bei Pneumonie im Kindesalter** aufmerksam. Bäder von 25, 24, 23 und selbst 20°, entsprechend dem Alter und der Schwere des Falles, leisten insoferne die besten Dienste, als sie die Temperatur herabsetzen, den allgemeinen Kräftezustand heben, Puls und Respi-

ration verlangsamen. Kein Mittel kann sich in dieser Beziehung an Wirksamkeit mit dem kalten Bade messen. Bäder von 25° werden selbst von den jüngsten Kindern ohne irgend welche Unzukömmlichkeiten vertragen. In der Discussion, welche dieser Mittheilung folgte, bestätigte SEVESTRE, daß durch die kalten Bäder die Defervescenz und die definitive Heilung der Pneumonie beschleunigt werden. RENDU glaubt, die Bäderbehandlung auch für Erwachsene, SIREDEY für die secundären Pneumonien bei Scharlach, Blattern etc. empfehlen zu können.

— Auf Empfehlung LADENBURG's wurde vor Kurzem das **Lysidin** wegen seiner allerdings nur in vitro nachgewiesenen hervorragenden harnsäurelösenden Wirksamkeit in die Therapie eingeführt. GRAWITZ konnte aus der Klinik GERHARDT's über die günstige Einwirkung des Lysidins auf die acuten Gichtattaquen in 3 Fällen berichten, hingegen war der Einfluß auf die Harnsäureausscheidung ein kaum merklicher. Neuerdings berichten KLEMPERER und ZEISIG aus der Klinik LEYDEN in Berlin („Zeitschr. f. klin. Med.", 1895, 27. Bd., pag. 558) über ihre Versuche mit dem Lysidin bei 3 Fällen von Gicht, die allerdings vollständig negative Resultate ergaben. Das Mittel wurde in folgender Form angewendet:

Rp. Solut. lysidini 50% . . . . 10·0
Aq. dest. . . . . 200·0
in vitr. nigr.
S. Eßlöffelweise zu nehmen.

Das Mittel wurde von allen Kranken gut vertragen. Der erste Kranke verbrauchte 46 Grm. Lysidin während eines fieberhaften Gichtanfalles in der Dauer von 15 Tagen. Der Pat. selbst empfand den Anfall nicht weniger schmerzhaft, als alle vorausgegangenen, an den Gichtknoten war keine Veränderung zu constatiren, ebensowenig wurde die Ausscheidung der Harnsäure alterirt. Der zweite Kranke mit einem subacuten Gichtanfall consumirte innerhalb 9 Tagen 32 Grm. Lysidin ohne merklichen Erfolg bezüglich der Schmerzen und der Harnsäureausscheidung, und ein gleiches negatives Resultat ergab ein dritter Fall. Danach sprechen die beiden Autoren dem Lysidin jeglichen Werth in der Behandlung der Gicht ab.

— Mit dem von EMMERICH und SCHOLL erzeugten **Krebsserum** hat Dr. FREYMUTH in Danzig („D. med. Wochenschr.", 1895, Nr. 21) zwei Fälle behandelt. Im ersten Falle handelt es sich um ein hoffnungsloses, inoperables Carcinomrecidiv des Mundes; Pat. starb bald nach Aufnahme der Injectionsbehandlung. Der zweite Fall betraf ein Recidiv einer sarcomatösen Epulis des Oberkiefers. Pat. erhielt zunächst 3 Injectionen von 0·5 Grm. Serum subcutan in die Außenfläche der Wange. Es wurden absichtlich so kleine Dosen gewählt, weil bei dem ersten Kranken auf Injectionen von 1 und 2 Grm. eine rapide Schmelzung des ganzen Tumors zu einer rahmartigen Flüssigkeit folgte, die an mehreren Stellen durchbrach. Nach der dritten Injection entstand ein sehr heftiges Erysipel des Gesichtes, welches 6 Tage anhielt, keinen fortschreitenden Charakter zeigte und ohne Folgen für den Kranken verschwand. Hingegen erkrankte zur selben Zeit die ihren Gatten pflegende Frau an einem typischen Erysipel, das, von einem kleinen, alten Ulcus cruris ausgehend, bis über das Knie hinaufzog. Dieses Ereigniß ist der eigentliche Grund der Publication F.'s. Er will darauf aufmerksam machen, daß das von EMMERICH und SCHOLL erwähnte Pseudo- oder aseptische Erysipel, welches gerade beim besonders heilkräftigen Serum häufig zu erwarten ist, gelegentlich infectiös sein kann. Man müsse daher beim Gebrauch des Serums die Umgebung des Kranken warnen und von vornherein so wählen, daß ihre Haut keine Eingangspforte für die Infection bietet; andernfalls könnten Gesunde dem Heilversuche am Kranken zum Opfer fallen. Im Uebrigen sei die Einwirkung des Krebsserums auf das Carcinom nach dem, was F. gesehen, in die Augen springend und so vielversprechend, daß er bei nächster Gelegenheit sicher wieder dazu greifen werde.

— GIOFFREDI berichtet im „Progresso medico" (1895, Nr. 2) **über einen durch Aethernarkose geheilten Fall von hysterischer Stummheit**, nachdem er bereits im vorigen Jahre bei einem ganz ähnlichen, allen herkömmlichen Behandlungsweisen trotzenden Falle mit diesem Verfahren einen vollständigen Erfolg erzielt hatte. In dem neuerlichen Falle handelte es sich um eine 24jährige Frau, welche im Verlaufe eines heftigen Krampfanfalles stumm geworden war. Die Frau bot neben sonstigen Zeichen von Hysterie einen ausgesprochenen Spasmus der Lippen und Zunge und Stummheit mit vollständiger Aphonie. Das Vermögen zu schreiben war erhalten, ebenso war das Hörvermögen intact. Ohne die Pat. zu benachrichtigen, um eine eventuelle Suggestionswirkung auszuschließen, wurde dieselbe der Aethernarkose unterzogen. Schon am Ende des Excitationsstadiums begann die Pat. heftig zu schreien. Die Narkose wurde hierauf unterbrochen; es folgte ein heftiger Krampfanfall, aus welchem die Pat. mit dem Vollbesitze ihrer Sprache erwachte. Dieser Erfolg dauerte allerdings nur einen Tag, er wurde aber zu einem bleibenden, nachdem die Narkose ein zweitesmal angewendet worden war. G. erklärt sich die Wirkung der Aethernarkose durch eine Einwirkung derselben auf die in gesteigerter Function befindlichen Hemmungscentren im Gehirn.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 31. Mai 1895.

RILLE stellt als Analogon des von WEINLECHNER in der vorigen Sitzung demonstrirten Falles von Alopecia universalis acquisita einen Fall von Haarmangel fast des ganzen Körpers bei einem 29jähr. Manne vor. Außerdem besteht eine ausgebreitete Sclerodermie des rechten Beines und ein sclerodermatischer Streifen des linken Beines, welch letzteres durch Dampfbäder und Massage gebessert wurde. An einen Zusammenhang der beiden Affectionen könnte insoferne gedacht werden, als sie vielleicht beide unter dem Einfluß einer trophoneurotischen Störung entstanden sind.

PUSCHMANN: Ueber die Theorie des amerikanischen Ursprunges der Syphilis.

Die Ansicht, daß die Syphilis in Amerika ihren Ursprung habe, tauchte zu Beginn des 16. Jahrhunderts auf und erlangte in der Folge geradezu allgemeine Geltung, bis sie am Schlusse des vorigen Jahrhunderts vollständig widerlegt wurde. Gleichwohl halten noch heute Viele an der Hypothese des amerikanischen Ursprunges der Syphilis fest, und Vortr. hat es sich zur Aufgabe gemacht, aus dem vorliegenden Materiale die Unhaltbarkeit dieser Hypothese mit aller Bestimmtheit zu widerlegen, was ihm denn auch gelingt. P. ist der Ansicht, daß die Syphilis bereits im Alterthum und im Mittelalter beobachtet, wenn auch nicht als besondere Krankheitsform erkannt wurde, und gedenkt, bei nächster Gelegenheit, die Documente, welche das hohe Alter der Syphilis beweisen, vorzulegen.

J. PAL: Ueber Darminnervation.

Vortr., der bereits eine Reihe von Untersuchungen über die Darminnervationsfrage veröffentlicht hat, gibt heute ein zusammenfassendes Bild über den Verlauf der Hemmungsbahnen und den Sitz der Hemmungscentren des Darms. Danach gestaltet sich der Verlauf der Hemmungsbahnen folgendermaßen: Die Hemmungsnerven ziehen vom Cortex durch die Medulla oblongata und finden an der Grenze zwischen Hals- und Brustmark das erste große Centrum, das Splanchnicuscentrum. Die Existenz von spinalen Hemmungscentren wurde zuerst vom Vortr. und BERGGRÜN in einer Arbeit über Opiumwirkung erbracht. Dort wurde gezeigt, daß nach Durchschneidung der Medulla obl. beim Hunde eine Opiuminjection noch wirksam sei, daß diese Wirkung durch Durchschneidung des Splanchnicus oder durch Exstirpation des unteren Halsmarkes und oberen Brustmarkes aufgehoben werde. Schon gelegentlich dieser Untersuchungen wurde hervorgehoben, daß die Existenz von tieferen Centren wahrscheinlich sei. Dafür sprach insbesondere der Umstand, daß nach Durchschneidung des Splanchnicus der Vagusreizungseffect nicht immer gleiche Resultate ergibt und daß nach der Durchschneidung des Splanchnicus die Thiere nur vorübergehende Darmstörungen aufweisen. Vortr. bespricht die Angabe von JACOBI bezüglich der Annahme eines Hemmungscentrums in den Nebennieren, welche Annahme er weder am Versuchstische, noch bei überlebendem Thiere bestätigen konnte (s. „Wiener Med. Presse", 1894, pag. 1696).

Angesichts dieser Thatsachen ist Vortr. daran gegangen, die bereits von ihm angeregte Frage der Existenz von tieferen Hemmungscentren eingehender zu studiren. Als Resultat dieser Versuche hat sich ergeben, daß die Exstirpation des unteren Brust- und Lendenmarks den Hemmungstonus herabsetzt, daß somit der Vagusreizungseffect erhöht wird. Am lebhaftesten gestalte sich dieser Effect bei Combination dieser unteren Exstirpation mit der Splanchnicusdurchschneidung, nach welcher übrigens der Darm des Thieres eigenartige spontane Bewegungen zeigt. Interessant ist dabei der Umstand, daß parallel mit der Ausschaltung der Hemmungscentren die Latenzperiode zwischen Einsetzen des Reizes und Eintritt der Bewegung gradatim sinkt. Außerdem geht aus diesen Versuchen die volle Analogie mit den Hemmungsnerven des Herzens und mit den Gefäßnerven hervor.

Aus dieser Versuchsreihe haben sich noch mannigfache neue Beobachtungen ergeben, aus welchen Vortr. nur die eine hervorhebt, daß nach Exstirpation des unteren Rückenmarks und Durchschneidung des Splanchnicus vom Vagus aus Bewegungen des Rectums auszulösen sind, woraus zu schließen ist, daß der Vagus der bewegende Nerv des gesammten Darmtractes ist. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 15. Mai 1895.

Vorsitzender: Dr. TELEKY.

Dr. C. STERNBERG demonstrirt einen Patienten von der Abtheilung SCHOLZ mit **spontaner Gangrän in Folge von Endarteriitis obliterans.**

Die Erkrankung begann vor 12 Jahren mit Parästhesien in beiden unteren Extremitäten, zu welchen sich alsbald Schmerzen hinzugesellten. Dieselben Erscheinungen zeigen sich seit einiger Zeit an dem linken Arm; seit einem halben Jahre etwa kam es zu einer völligen Gangrän des linken Fußes und zu einer beginnenden Gangrän am rechten Fuß und der linken Hand. An der linken Unterextremität wurde im Februar d. J. eine Amputation nach GRITTI gemacht.

Die Untersuchung des 31jährigen, kräftigen Pat. ergibt bezüglich der vegetativen Organe und des Nervensystems im Allgemeinen vollkommen normale Verhältnisse. Auffallend ist nur der Umstand, daß linkerseits der Radialpuls kaum zu fühlen ist, ohne daß ein vicariirender Ulnarpuls nachweisbar wäre. An der linken Hand und am rechten Fuß zeigen sich trophische Störungen, eine deutliche Cyanose und beginnende Gangrän. Urinbefund normal.

Auf Grund der letzten Angabe ist Diabetes auszuschließen.

Einige Symptome sprechen für Syringomyelie, doch ist gegen diese Diagnose anzuführen: das Fehlen von Sensibilitätsstörungen (Dissociation der Empfindung), das Fehlen deutlicher Atrophien, der Mangel an Veränderungen an den Reflexen, an Motilitätsstörungen, Spasmen, Contracturen u. s. w. Gegen den MORVAN'schen Symptomencomplex sprechen gleichfalls der Mangel an Sensibilitätsstörungen, sowie der Umstand, daß die Gangrän dem Pat. lebhafte Schmerzen macht und nicht etwa schmerzlos einhergeht (MORVAN'S Panaritium anaestheticum verlangt nun das gerade entgegengesetzte Verhalten). — Gegen die RAYNAUD'sche Gangrän spricht die Constitution des Pat. (er ist nicht chlorotisch, nicht nervös), der Mangel einer Herabsetzung der Sensibilität in den von der Gangrän befallenen Partien, sowie der Umstand, daß trotz der langen Dauer des Processes und trotzdem es nie zu einer Rückbildung der Symptome kam, erst in der letzten Zeit die Gangrän aufgetreten ist, was sich mit der Annahme eines Gefäßkrampfes nicht wohl vereinen läßt.

Die Umstände, die HOCHENEGG für die Diagnose der symmetrischen Gangrän hervorhebt, sprechen in dem vorliegenden Fall gegen diese Annahme, so die verschiedenen Möglichkeiten der Aetiologie, der pathologisch-anatomische Befund und die Begrenzung der der Erkrankung anheimgefallenen Partien.

Alle diese Umstände, sowie die Betrachtung des ganzen Krankheitsbildes legen die Annahme nahe, es könne die Gangrän hier verursacht sein durch eine Gefäßerkrankung, und zwar durch eine Endarteriitis hyperplastica im Sinne BILLROTH's und WINIWARTER'S. Stimmt schon die von den genannten Autoren gegebene Beschreibung des Krankheitsbildes mit dem vorliegenden Fall überein, so gilt dies auch ganz besonders für den mikroskopischen Befund an der amputirten linken unteren Extremität. BILLROTH und WINIWARTER beschreiben als das Wesen der in Rede stehenden Erkrankung eine immer mehr und mehr fortschreitende Wucherung der Intima der Arterien und Venen, die schließlich zur Verschließung des Lumens führt. In dem vorliegenden Falle fand sich nun bei der Operation ein frischer Thrombus in der Arteria poplitea; die Untersuchung des Fußes ergab eine Verdickung der Arterien.

Durch die Annahme einer Endarteriitis hyperplastica lassen sich die einzelnen Symptome in diesem Falle leicht erklären, so das Auftreten der Gangränen überhaupt (durch Verengerung der Gefäße und daher Unterernährung der Gewebe), das rasche, binnen 14 Tagen erfolgte Absterben des linken Fußes (durch den auf Grund der Gefäßerkrankung entstandenen Thrombus in der linken Arteria poplitea), das Verhalten des Radialpulses linkerseits u. s. w.).

Diese Umstände also im Verein mit der Untersuchung des Pat. lassen hier die Diagnose auf Endarteriitis hyperplastica stellen.

Dr. GUST. SINGER berichtet über einen **Fall von Gangrän der Nase, Wangen und Ohren** bei einem 25jährigen Pat., der auf der Abtheilung PAL mit Hämoptoe und tuberculöser Infiltration des rechten Oberlappens zur Aufnahme kam, bei dem sich subacute Infiltrate des Mittellappens und beider Unterlappen ausbildeten. Der Kranke war schon zur Zeit der Aufnahme in Folge der vorausgegangenen profusen Lungenblutungen sehr anämisch, und bei der starken Einengung der respiratorischen Oberfläche bestand hochgradige Dyspnoe und Cyanose, welch letztere namentlich an der Nasenspitze, an den Wangen und beiden Ohren ausgeprägt war. Herzkraft und Blutdruck waren gesunken, das Herz selbst dilatirt. Die cyanotische Verfärbung an den beschriebenen Stellen der Gesichtshaut wurde intensiver, es traten innerhalb der tiefblau gefärbten Partien stecknadel- bis hanfkorngroße hämorrhagische Flecke auf, und an der Nasenspitze, welche zuerst an einer kreuzergroßen Stelle livid verfärbt war, sich kalt anfühlte und eine Herabsetzung der Sensibilität zeigte, wurde alsbald die Haut schwarzblau, so daß der Eintritt von Gangrän zu gewärtigen war. Am folgenden Tage zeigten sich an der Nasenspitze über der mißfärbigen Stelle einzelne kleine bläschenförmige Abhebungen der Epidermis mit durchschimmerndem schwarzbraunen Grunde; rasch nahm auch die trockene schwarzbraune Verschorfung der Nase an Ausdehnung zu und reichte im Höhestadium der Affection, wie aus einer demonstrirten Abbildung ersichtlich war, in Form eines Dreieckes mit der Spitze nach oben bis an die Mitte des knöchernen Nasenrückens, mit der Basis bis an die Nasenflügel sich erstreckend. Kurz vor dem Tode, der am 13. Tage der Spitalsbeobachtung eintrat, bestand Mumification an der Nasenspitze, beginnende Gangrän der Ohrmuscheln, der Wangenhaut und umschriebene, aus cyanotischen Flecken hervorgegangene Gangrän an den Metacarpophalangealgelenken beider Hände. Den Ausgangspunkt für die Gangrän bildete in diesem Falle die hochgradige Cyanose, die zu einer localisirten Stase mit Bildung kleiner Thromben in den Gefäßen Veranlassung gab. Bei Ausschaltung des Respirationshindernisses und unversehrter Herzleistung wäre die anfangs gesetzte Circulationsstörung reparabel gewesen. In diesem Falle aber handelte es sich um ein kachektisches Individuum mit reducirter Blutmenge und gesunkener Herzleistung, das mit einer vorschreitenden, fast die ganze Lunge einnehmenden tuberculösen Infiltration behaftet war. Die ursprünglich die Circulationsstörung auslösenden Momente, Cyanose, Dyspnoe und verminderte Herzkraft, dauerten fort, und so mußte die Stase unter dem übrigens ungünstigen Allgemeinzustande aufrechterhalten und gesteigert werden, bis ein Absterben der Haut eintrat. Dieser Fall kann als Gangrän bei Kachexie den in der Literatur beschriebenen Fällen von Gangrän bei Erschöpfungszuständen nach anstrengenden körperlichen Leistungen angereiht werden.

Dr. HERMANN SCHLESINGER spricht unter Vorweisung mikroskopischer Präparate über **Veränderungen peripherer Nerven im Gefolge von Gefäßerkrankungen.** Der Fall STERNBERG's beweist,

daß in Folge von Gefäßerkrankungen Bilder entstehen können, welche den Gedanken an eine schwere Läsion des Nervensystems nahe legen können. Die Beziehungen zwischen Gefäß- und Nervenläsionen sind manchmal aber weit nähere, als man nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse erwarten würde. Es scheinen nämlich bei verschiedenen Arterienerkrankungen sich mitunter an den peripheren Nerven in unmittelbarem Anschlusse an erstere und wahrscheinlich in Folge derselben Veränderungen zu entwickeln, welche sich nicht wesentlich von der parenchymatösen Neuritis unterscheiden. Vortragender berichtet zuerst über einen Fall, welchen er klinisch untersuchen konnte. Derselbe betraf einen jungen Mann, welcher unter wüthenden Schmerzen in beiden Beinen erkrankte. Außer Kältegefühl und Schmerzen keine sensiblen Störungen, Schwäche der Beine. Es entwickelte sich eine Gangrän der linksseitigen Zehen und des Fußes. Amputation. Die Untersuchung der noch aus dem Gesunden entnommenen Gefäße und Nerven ergab Endarteriitis obliterans im Sinne von WINIWARTER, Degeneration der Nerven mit besonders schwerer Erkrankung, auch partiellem Verschlusse der Vasa nervorum. Die letzteren an Zahl bedeutend vermehrt. Schließt sich in diesem Falle bei einer unzweifelhaften Gefäßerkrankung die Nervenläsion als secundäres Leiden an, so war in einem anderen Falle der Zusammenhang nicht so klar. Vortr. theilt ausführlich die Krankengeschichte eines an der Klinik SCHRÖTTER in Behandlung gestandenen 69jährigen Mannes mit, welcher zuerst unter spinalen Erscheinungen erkrankte und später die ausgesprochenen Symptome einer Polyneuritis darbot. Es war keines der bekannten ätiologischen Momente für letztere nachweisbar; der Verlauf war chronisch-progredient mit schubweisen Verschlimmerungen. Acuter Decubitus am Olecranon. Allmälige enorme Hypertrophie des linken Ventrikels. Die Obduction ergab außer einem sehr geringen Atherom der Gefäße bei der makroskopischen Untersuchung ein im Wesentlichen negatives Resultat. Die histologische Untersuchung zeigte eine außerordentlich schwere Degeneration der Nerven mit Erkrankung der Vasa nervorum. Letztere, wie die Muskelgefäße, zeigten die Charaktere einer Arteriitis obliterans im Sinne von FRIEDLÄNDER, Erkrankung der vorderen Wurzeln bis zu den Ganglienzellen, der hinteren bei ihrem Eintritte in das Rückenmark mit aufsteigender secundärer Degeneration. (Demonstration von Präparaten.)

SCH. hat ähnliche Fälle wie seinen ersten noch in der Literatur gefunden (JOFFROY-ACHARD, DUTIL-LAMY), hat aber auch bei einigen anderen Gefäßerkrankungen Neuritiden beschrieben gelesen; so bei Periarteriitis nodosa (KUSSMAUL-MEYER, LORENZ) und bei Atherom. Allen Fällen ist anatomisch gemeinsam der subacute Zerfall der peripheren Nerven, die Vermehrung der Zahl der Nervengefäße, die (anatomisch wechselnde) Veränderung der Gefäßwände mit bedeutender Verengerung der Lichtung, die Zunahme der Nervenläsion in den peripheren Abschnitten der Extremitäten. Es dürfte sich durchwegs um nekrobiotische Processe handeln. Klinisch kann das Bild sehr wechseln. Progredienz der Erscheinung bei Fehlen der gewöhnlichen ätiologischen Momente, Anomalien am Gefäßapparat dürften die Diagnose mitunter ermöglichen. Die Erkrankung kann symmetrisch auftreten, scheint aber öfters sich asymmetrisch zu entwickeln.

Ob die durch Gefäßerkrankung bedingte Form der Neuritis je nach der anatomischen Form der Arterienerkrankung Eigenthümlichkeiten aufweist, können erst weitere Beobachtungen lehren.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

HUEPPE: Zur Diagnose der Cholera mit Demonstration phosphorescirender Cholerabacterien.

Die Diagnose der asiatischen Cholera durch Nachweis des KOCH'schen Commabacillus ist in den letzten Jahren immer schwieriger geworden, indem bei Kranken sowohl als bei Gesunden, ferner im Wasser von Flüssen Commabacillen gefunden wurden, welche sich bezüglich des morphologischen und biologischen Verhaltens von echten KOCH'schen nicht unterscheiden lassen.

Diesen Thatsachen gegenüber hat PFEIFFER die Behauptung aufgestellt, daß die choleraähnlichen Vibrionen sich von echter Cholera außer einigen Differenzen in cultureller Beziehung insbesondere dadurch unterscheiden, daß 1. choleraähnliche Vibrionen für Tauben außerordentlich pathogen sind, während echte Cholera für diese Thiere keine Virulenz besitzt, 2. daß Meerschweinchen mit echter Cholera nur gegen diese, nicht aber gegen choleraähnliche Vibrionen immunisirt werden können, 3. die choleraähnlichen Arten Phosphorescenz zeigen, welche der echten Cholera nicht zukommt.

Eine genaue Nachprüfung dieser Methoden hat nun ergeben, daß durch dieselben die Specifität der im Sinne von KOCH und PFEIFFER allein echten Cholera Commabacillen nicht erwiesen werden könne.

ad 1. Nach Versuchen von SALUS im Laboratorium des Vortr. haben sich Culturen von zweifellosen Fällen echter Cholera aus der Hamburger Epidemie 1892 als für Tauben infectiös erwiesen. Dasselbe hat METSCHNIKOFF für Cholera aus der Epidemie von Paris 1893 und 1894 und RUMPEL für Cholera aus der Hamburger Epidemie 1893 nachgewiesen.

ad 2. Bereits auf dem Congresse in Budapest hat HUEPPE mitgetheilt, daß zwei Culturen aus schweren Fällen derselben Epidemie von Hamburg 1892, aber auch bei Prüfung von echter Cholera aus Lublin gegen echte Cholera aus Hamburg keinen gegenseitigen Impfschutz bewirkten. Zu denselben Resultaten kam RUMPEL bei Gelegenheit der Choleraepidemie in Hamburg 1893 und 1894, indem zwei Culturen aus typischen schweren Fällen echter asiatischer Cholera keinen gegenseitigen Impfschutz bewirkten.

ad 3. RUMPEL konnte aus einem Falle aus der Hamburger Epidemie 1893, aus einem ganz reinen schweren Falle von 1894 Culturen von echten KOCH'schen Commabacillen gewinnen, welche sehr schön leuchteten. Die dem Vortr. zur Verfügung gestellten Culturen von 2 Fällen echter asiatischer Cholera zeigen dasselbe Phänomen, und zwar die eine in so starkem Grade, daß eine mäßige Verdunkelung des Zimmers genügt, um es sichtbar zu machen (Demonstration).

Worauf das unter einander so verschiedene Verhalten von Commabacillen aus Fällen von zweifellos echter asiatischer Cholera zurückzuführen ist, ist noch nicht mit Sicherheit zu sagen. Nach den Untersuchungen des Vortr. dürften schon geringe Modificationen der Ernährung zum Hervorbringen großer Unterschiede in der Wirkung genügen.

PH. J. PICK: Demonstration eines Falles von Rhinosklerom,

welcher dadurch besonders ausgezeichnet ist, daß der Krankheitsproceß sich im Innern der Nase entwickelte, von hier aus nach unten durch die äußeren Nasenöffnungen auf die Oberlippe und nach oben auf dem Wege der Thränennasencanäle weiter verbreitet hat, der Rachenraum hingegen frei geblieben ist. Der Beginn des Leidens datirt seit dem Sommer 1879, wo spontan und bei den geringsten Traumen der Nase starkes Nasenbluten und heftige Schmerzen in der Nasenhöhle aufgetreten sind.

In therapeutischer Beziehung bemerkt P., daß auch in diesem Falle der von der Natur eingeschlagene Weg der narbigen Schrumpfung nachgeahmt und befördert wird, indem die Tumoren mit Erhaltung der äußeren Theile der Nase entfernt und die Respirationswege durch Drainagirung offen gehalten werden.

V. ROSTHORN: Demonstration eines nach der sacralen Methode operirten Falles von Gebärmutterkrebs.

Die 26jährige Kranke kam im November 1893 mit Carcinoma cervicis uteri im vorgeschrittenen Stadium auf die Klinik, und da auch das linke Parametrium ergriffen und die Beweglichkeit derart behindert war, daß die Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide unmöglich erschien, wurde am 28. November 1893 nach der sacralen Methode operirt, wobei sich v. R. strenge an die von HERZFELD gegebenen Regeln hielt. Die Eröffnung des DOUGLAS'schen Raumes war sehr schwierig, und trotz aller Vorsicht wurde der linke Harnleiter verletzt; die Entfernung des Uterus war auch bei dieser Methode wegen behinderter Beweglichkeit ungemein schwer.

Die Wundheilung war glatt. Das einwärts gelegene Ende des verletzten Eileiters wurde in die Scheide eingenäht und auf diese Weise eine Harnleiterscheidenfistel erzeugt; nach einigen Wochen wurde im Scheidengewölbe eine kleine Blasenscheidenfistel angelegt und darunter das Scheidenrohr quer abgeschlossen, so daß ein Reservoir entstand, welches den Harn der linken Niere aufnahm und nach der Blase ableitete. Die Frau blieb danach continent. Vor einigen Wochen kam dieselbe mit einer Krebsmetastase in den iliacalen Lymphdrüsen wieder, deren Entfernung unmöglich erscheint.

Auch bei einem anderen, vor längerer Zeit nach der sacralen Methode operirten Falle gestaltete sich die Eröffnung des DOUGLAS-schen Raumes sehr schwierig, und nach diesen Erfahrungen kann v. R. dem nun allgemein acceptirten Satze beistimmen, daß durch die sacrale Methode die Indicationsstellung der Entfernung der krebsig entarteten Gebärmutter nicht erweitert wurde und nur auf jene Fälle zu beschränken sei, wo auf gewöhnlichem Wege nicht mehr operirt werden kann, namentlich, wenn ein größerer, fixirter und erweichter Corpustumor die Entfernung durch den Bauchschnitt gefährlich erscheinen läßt. Ueberhaupt möge bei Ergriffensein des Beckenbindegewebes nur palliativ behandelt werden. —z.

Notizen.

Wien, 1. Juni 1895.

Die Deroute in der modernen medicinischen Forschung.

Die therapeutische Richtung, in deren Zeichen die zeitgenössische Forschung kämpft und ringt, hat bereits fallreife Früchte gezeitigt — fallreif nicht etwa, weil sie in der Sonne ehrlicher Arbeit die Ueberschwere der Reife erlangt, sondern weil sie als Früchte mit faulem Kern oder mit wurmdurchnagtem Fleische zu Boden fallen. Die moderne therapeutische Forschung ist zu einem wilden Hasten nach epochalen Entdeckungen ausgeartet, welche durch die Trompete der Tagesjournalistik die gehörige Verbreitung finden. Man braucht nicht so geschmacklos zu sein, immer und immer wieder an die Periode des „KOCH-Rummels" zu erinnern, der, wenn auch der Anfang, noch lange nicht das Aergste auf diesem Gebiete war. Das, was uns die letzten Tage geboten haben, ist, wenigstens symptomatisch genommen, noch viel trauriger. Zwei Münchener Gelehrte verkünden eines Tages der staunenden Welt, daß es ihnen gelungen sei, ein Heilmittel des Carcinoms zu finden. Da ein gutes Schlagwort der halbe Erfolg ist, standen sie nicht an, von „Krebsheilserum" zu sprechen und ihrer Methode den Stempel der Specifität aufzudrücken. Da man außerdem die Sache durch schöne Hypothesen und Schlußfolgerungen stützen konnte — die exacte Methode der Naturwissenschaften scheint ein überwundener Standpunkt zu sein — und da man weiters eine Reihe, wenigstens für die Autoren beweiskräftiger Krankengeschichten beigeben konnte, war die Rettung der Menschheit vor dem Scheusal Krebs eine fertige Thatsache.

Kaum einige Wochen schwinden, und die schöne Puppe wird von erbarmungslosen Händen Stück um Stück ihres Tandes entkleidet. Welch ein beschämendes Schauspiel für die ganze ärztliche Welt! Auf der einen Seite zwei Männer der Wissenschaft, die mit dem Brustton der Ueberzeugung und pochend auf ihre gewiß mühselige Arbeit es an der Zeit finden, das Product ihres Fleißes als eine Errungenschaft ersten Ranges der Mitwelt, damit aber auch den scharfen Augen der Kritik preiszugeben — auf der anderen Seite nicht minder ernst zu nehmende, urtheilsberechtigte und urtheilsfähige Vertreter ihres Faches, aus deren Ausführungen alles Andere eher herauszulesen ist, als eine Bestätigung dessen, was EMMERICH und SCHOLL angegeben. Besonders die Worte PETERSEN's, des ehemaligen Assistenten am pathologischen Institut in Zürich und derzeitigen wissenschaftlichen Assistenten an der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg, verdienen — nicht so sehr mit Rücksicht auf den speciellen Fall, als vielmehr mit Hinblick auf die ganze Richtung, in der sich die moderne Forschung gefällt — Beherzigung. „Nichts schadet dem Fortschritt und dem Ansehen der Medicin mehr, sagt PETERSEN, als die Hast und die Ueberstürzung, mit der viele ihrer Vertreter ungenügende Beobachtungen als neue Wahrheiten und große Entdeckungen ausrufen. Durch die vielleicht ganz unnöthigen Nachprüfungen wird zwecklos Zeit und Kraft vergeudet; durch den oft unvermeidlichen späteren Mißerfolg und Widerruf wird das Publicum verwirrt und mißtrauisch gemacht und verliert mit dem Glauben an die so hochgepriesenen neuen scheinbaren Heilmethoden auch den Glauben an die alten sicheren und bewährten Methoden der wissenschaftlichen Medicin; dann werden allerdings die Patienten scharenweise Dilettanten und Pfuschern überliefert oder sie versäumen doch den richtigen Zeitpunkt, die Hilfe unserer Wissenschaft in Anspruch zu nehmen. Einem solchen Treiben kann daher nicht früh genug und nicht energisch genug entgegengetreten werden."

Wahrhaftig, ein rechtes Wort zur rechten Zeit. Die sociale Bedeutung derartiger Vorkommnisse ist keine geringe in einer Epoche, da die wissenschaftliche Reputation des Arztes bedroht und seine gesellschaftliche Stellung immer schwieriger wird. Uebrigens ist bei dieser Gelegenheit ein Wort gefallen, das wir seinerzeit in Wien schon gehört haben, als ADAMKIEWICZ mit seiner Krebsbehandlung hervortrat. Es ist das Wort von den Augen des Klinikers, die anders sehen, als die des pathologischen Anatomen oder Bacteriologen. In ähnlicher Weise hat sich Prof. ANGERER im ärztlichen Vereine Münchens ausgesprochen. „Da EMMERICH, sagte ANGERER, auch an Kranken meiner Klinik seine diesbezüglichen Heilversuche angestellt hat, so fühle ich mich verpflichtet, auf Grund der von mir dabei gemachten Beobachtungen zu erklären, daß ich die angepriesene Wirkung des Erysipelserums nicht bestätigen kann. Der Bacteriologe sieht und beurtheilt klinische Erscheinungen anders als der Kliniker, und ich bedauere aufrichtig, daß nach den Erfahrungen, die mir zu Gebote stehen, das EMMERICH-sche Serum durchaus nicht ein specifisches Heilmittel gegen Krebs genannt werden kann."

Wir wollen ganz davon absehen, welche Meinung sich das große Publicum angesichts solcher Thatsachen über Medicin und medicinische Forschung bilden kann, wir wollen auch darauf nicht näher eingehen, daß man nicht nur in München, sondern auch anderen Orts und außerhalb der Gaue Deutschlands Wege wandelt, die nicht von dem Glanze wissenschaftlicher Wahrheit und exacter Forschung erleuchtet sind, aber auf das Eine muß doch hingewiesen werden, nämlich auf das Verhältniß des Praktikers zur Schule. Das Vertrauen, mit welchem der in den Tagessorgen aufgehende Praktiker, gleichgiltig, ob in der Stadt oder auf dem Lande, auf die Schule blickt, es muß die nachhaltigste Erschütterung erfahren, wenn in solcher Weise an der Verläßlichkeit der wissenschaftlichen Arbeit gerüttelt wird. Wem soll der Praktiker glauben, auf wen vertrauen, wenn er sich zum Zeugen eines Schauspieles gemacht sieht, bei welchem von autoritativer Seite Thatsachen vorgebracht werden, die dann in der Folge von nicht weniger autoritativer Stelle als unrichtig bezeichnet werden. Das ist die Deroute in der medicinischen Forschung der neuesten Zeit, welcher nicht energisch genug begegnet werden kann.

(Gynäkologen-Congreß.) In der Pfingstwoche wird in Wien die sechste Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie tagen. Die vor einem Decennium in Straßburg begründete Gesellschaft ist seither in München (1886), Halle (1888), Freiburg (1889), Bonn (1891) und Breslau (1893) zusammengetreten. Das reiche Programm der diesjährigen Versammlung, welcher CHROBAK präsidiren wird, die illustren Namen der Referenten und Vortragenden, wie nicht minder der Boden, auf welchem die deutschen Frauenärzte in diesem Jahre sich vereinen, die so zahlreiche, ausgezeichnete Vertreter der Gynäkologie aufweisende gastliche Reichshauptstadt, bürgen für den befriedigendsten Verlauf des Congresses. Neben den großen Referaten über Endometritis und Uterusruptur harren an sechzig Vorträge und Demonstrationen der Erledigung, und kaum dürfte die knapp zugemessene Zeit von drei Tagen gestatten, alle angemeldeten Redner zum Worte gelangen zu lassen. — Dem Programme des Congresses, der am 5., 6. und 7. Juni abgehalten werden wird, entnehmen wir: Dienstag, 4. Juni, 8½ Uhr

Abends Vorversammlung im „Kaiserhof"; Mittwoch, 5. Juni, 8 Uhr Vormittags, Eröffnung der Versammlung im Hause der k. k. Gesellschaft der Aerzte, woselbst die Sitzungen an allen Congreßtagen von 8—12 Uhr Vormittags und 1—3 Uhr Nachmittags stattfinden. — Von Vergnügungen werden den Gästen geboten: Ausflug auf den Kahlenberg oder Besuch des Hofburgtheaters am Abend des 5. Juni, gemeinsames Mittagessen im Prater am 6. Juni, $5^{1}/_{2}$ Uhr Nachmittags, Ausflüge nach Budapest, event. Semmering, Pörtschach etc. nach Schluß der Verhandlungen des dritten Tages.

(Zur Statistik der Arbeiter-Krankenversicherung.) Die „Amtl. Nachr. f. Unfallversich. u. Krankenversich. d. Arbeiter" enthalten folgende Daten über den Stand der Arbeiter-Krankenversicherung in Oesterreich im Jahre 1893: Die Zahl der Krankencassen betrug 2869 mit rund 1,840.000 Mitgliedern (darunter 410.800 Weiber). 98.359 nicht versicherungspflichtige Personen gehörten den Cassen an. Die Einnahmen der Cassen aus den Beiträgen der Mitglieder beliefen sich auf mehr als 15 Millionen, die Ausgaben auf 13·8 Millionen, so daß 1·2 Millionen dem Reservefonds zugeführt werden konnten, welcher Ende 1893 bei sämmtlichen Cassen annähernd an 9 Millionen Gulden betrug. Für Krankengeld wurden im Berichtsjahre 7 Mill., für Aerzte 2,232.663 fl., für Medicamente 1·64 Millionen, für Spitalsverpflegung 773.000 fl., für Beerdigungskosten 400.000 fl. verausgabt. Die Durchschnittskosten eines Krankheitstages stellten sich in den Jahren 1892 und 1893 auf 78 kr., wovon 47 kr. auf Krankengeld, 15 kr. auf Aerzte, 11 kr. auf Medicamente und 5 kr. auf Spitalskosten kommen. — Diese Zahlen sprechen eine überaus beredte Sprache; sie zeigen einerseits, wie ernst die Angaben über die „Nothlage der Krankencassen zu nehmen sind und wie erfolgreich die „Ausbeutung" der Cassen seitens der Aerzte betrieben wird, andererseits beweisen sie die dringende Nothwendigkeit, die gesetzlich nicht versicherungspflichtigen Personen, deren Zahl im Jahre 1893 an 100.000 betrug, von der Krankenversicherung der Arbeiter auszuschliessen.

(Jahrbuch der praktischen Medicin.) Der neueste Jahrgang dieses, im Verlage von F. Enke in Stuttgart erscheinenden Jahrbuches hat wesentliche Aenderungen und Verbesserungen in der Auswahl und Anordnung des colossalen Stoffes aufzuweisen. Zunächst hat der Herausgeber, Dr. J. Schwalbe in Berlin, mit Recht eine Einschränkung des Umfanges der Referate über die Forschungsresultate einiger Specialdisciplinen und damit eine Verminderung des Umfanges des Jahrbuches veranlaßt; ferner wurden die Abschnitte „Anatomie" und „Physiologie" als selbstständige Capitel eliminirt, haben jedoch bei den einzelnen Capiteln entsprechende Berücksichtigung gefunden. Dagegen wurden die Referate über wichtige Disciplinen der praktischen Medicin in vielen Punkten erweitert, so daß das „Jahrbuch" seiner Doppelaufgabe, einerseits als Nachschlagebuch, andererseits gleichsam als kurzgefaßtes Lehrbuch zu dienen, welches dem Praktiker die mühelose Uebersicht über die Arbeitsfrüchte des letzten Jahres bietet, in bester Weise entspricht.

(Bernhard Wölfler †.) Am 25. d. M. hat der Tod einen der ältesten Vertreter des ärztlichen Standes abberufen. Der administrative Leiter des Krankenhauses der Wiener israel. Cultusgemeinde, Dr. B. Wölfler, ist, 80 Jahre alt, einem Magencarcinom erlegen. Mit ihm schied einer der geachtetsten Collegen aus unserer Mitte, ein Mann, dessen Leben der Menschenliebe hingebend gewidmet war. Als langjähriger Verwalter des musterhaft eingerichteten Rothschild-Spitales vereinte er treueste Pflichterfüllung mit vollster Sachkenntniß und war nicht nur den Kranken ein sorglicher Pfleger, sondern auch den Aerzten des Hauses ein väterlicher Freund und Berather.

(Statistik.) Vom 19. bis inclusive 25. Mai 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6811 Personen behandelt. Hievon wurden 1466 entlassen; 191 sind gestorben (11·52% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 72, egyptischer Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 28, Scharlach 95, Masern 283, Keuchhusten 48, Wundrothlauf 31, Wochenbettfieber 1, Mumps 8, Influenza —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 784 Personen gestorben (— 3 gegen die Vorwoche).

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Behrens H., Anleitung zur mikrochemischen Analyse. Mit 92 Figuren. Hamburg und Leipzig 1895, L. Voß.

Tappeiner H., Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. II. neu bearb. Aufl. Leipzig 1895, F. C. W. Vogel.

Lepage G., Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque. Paris 1895, G. Steinheil.

Die Cholera in Bosnien im Jahre 1893. Wien 1895, A. Holzhausen.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 23. Sonntag den 9. Juni 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Behandlung der Uterusruptur.

Von **Prof. Dr. Heinrich Fritsch** in Bonn.*)

In der vorantiseptischen Zeit war die Behandlung der Uterusruptur eine rein exspectative. Man beschränkte sich auf Opium und Eisblase, suchte also, falls nicht die Blutung dem Leben ein Ende gemacht hatte, die Patientin durch die traditionelle Behandlung der Peritonitis zu retten.

Bei den Fällen, wo das völlig aus dem Uterus ausgetretene Kind frei in der Bauchhöhle lag, wurde die Laparotomie als letzte Möglichkeit, das Leben der Mutter zu erhalten, für berechtigt und nöthig erklärt. Sehr selten, namentlich in der Privatpraxis selten, sind solche Laparotomien früher gemacht. Daß solche Fälle fast immer ungünstig endeten, ist selbstverständlich, wenn man die Geburtsgeschichten nachliest. Oft waren in stundenlanger Arbeit alle Operationen: Zange, Wendung, Kranioklasie, Kephalothrypsie versucht und das Kind zerstückelt, ehe der Leib der schon Fiebernden eröffnet wurde. Auch hat man als letztes Mittel den Bauchschnitt angewendet, um den vom Rumpfe abgerissenen Kopf in der Bauchhöhle aufzusuchen — gleichfalls mit schlechtem Erfolge.

Die Erfahrungen der antiseptischen Aera regten die Geburtshelfer an, in der Therapie der Uterusruptur den Möglichkeiten besserer Erfolge nachzugehen. Zwei Verfahren waren es, die rationell erschienen: die Drainage der Uteruswunde von der Scheide aus und die Naht der Uteruswunde von der Bauchhöhle aus. Beides ist meines Wissens zuerst in der Schröder'schen Klinik ausgeführt. Die Fälle wurden von Frommel 1880 veröffentlicht. Trotz der anfänglich ungünstigen Erfolge war damit der Weg eröffnet, auf welchem sich der fernere Fortschritt zu bewegen hatte.

Es ist gewiß klar, daß nur wenige Autoren in der glücklichen oder unglücklichen Lage waren, ihre Anschauungen auf eine reiche, selbsterlebte Casuistik zu stützen. Deshalb wurden vielfach fremde Fälle zum statistischen Beweise herangezogen. Ich habe diese Statistiken sämmtlich durchgelesen. Dieses Studium hat mich veranlaßt, einen statistischen Nachweis über die Erfolge bei den verschiedenen Behandlungsmethoden zu unterlassen. Die Eintheilung ist überall eine willkürlich verschiedene, weil die Krankengeschichten, von den Autoren nach den verschiedensten Gesichtspunkten geschrieben, durchaus kein genügend sicheres Material für eine einwandfreie Beurtheilung ergaben. Ist ja — was doch gewiß sehr wichtig ist — oft kaum festzustellen, ob eine complete oder incomplete Ruptur vorlag. Auch der Zeitpunkt des Entstehens der Ruptur oder der Allgemeinzustand der Kreissenden, Fieber vor, während und unmittelbar nach der Ruptur ist oft gar nicht notirt. Nur eine sehr gute und gewissenhafte Arbeit von Kroner möchte ich erwähnen. Kroner führte den Nachweis, daß die Fälle, bei denen kein Fieber bestand, die aseptischen Fälle, ohne alle Therapie ein gutes Resultat gaben, und daß die Fälle mit Fieber vor der Ruptur, also die schon inficirten, resp. septischen Fälle trotz aller Therapie ungünstig endeten. Nach Kroner hing also der Ausgang nicht von der Therapie, sondern davon ab, ob die Wunde in einem aseptischen oder in einem septischen Genitaltractus entstanden war.

Einen anderen Standpunkt nahm Leopold ein. Er sieht in der Verblutung die Hauptgefahr und richtet sein Verfahren — die Laparotomie und die Naht des Uterus oder auch die feste Tamponade der Wund- und der Uterushöhle — wesentlich gegen die Blutung.

Eine ganze Reihe glücklicher Fälle, bei denen sowohl nur drainirt als auch laparotomirt und genäht wurde, sind in den letzten 10—12 Jahren veröffentlicht. Freilich darf man nicht vergessen, daß glückliche Fälle wohl sämmtlich bekannt geworden sind, daß aber unglückliche Fälle meist sehr gern der Vergessenheit anheimgegeben werden. Es ist deshalb gewiß falsch, aus den Journalpublicationen eine Statistik herausziehen zu wollen und ihr einen absoluten Werth beizulegen.

*) Referat, erstattet am VI. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (Wien, 5.—7. Juni 1895).

Die Lehrbücher äußern sich, gemäß ihrem Charakter, als Leitfaden für den Lernenden und für die Praxis, meist sehr vorsichtig. Oft gleichen die Vorschriften diplomatischen Actenstücken, bei denen jedes Wort überlegt ist, um ja nicht zu weit nach dieser oder jener Seite zu gehen, und sich immer noch eine Hinterthür offen zu lassen. Aber im Allgemeinen muß man doch sagen, daß die Autoren sowohl des In- als des Auslandes immer mehr in das Lager Derer übergehen, welche die Laparotomie als grundsätzliche Therapie bei Uterusruptur empfehlen.

Ueber die Prophylaxe sind Alle einig: Untersagen des Mitpressens bei den Stellwehen, Richtiglagerung des Uterus bei Lageabweichung wird überall als Regel gelehrt.

Ist der Riß complet und das Kind theilweise in die Bauchhöhle getreten, so lehren Einige, es doch per vias naturales zu extrahiren. Andere wollen sofort Laparotomie machen, aus Furcht, daß der Riß vergrößert werde, der Blutverlust zunehme, die Därme prolabiren und sich einklemmen. Auch wird der Entschluß, das Eine oder das Andere zu thun, von äußeren Verhältnissen abhängig gemacht, so daß z. B. dem praktischen Arzte die Entbindung per vias naturales, dem Kliniker die Laparotomie anempfohlen wird.

Daß aber nach diagnosticirter Ruptur principiell sofort entbunden werden soll, steht in allen Lehrbüchern. Als Methode der Entbindung in diesen Fällen gilt die als die beste, bei der am wenigsten Raum im Becken und im Uterus beansprucht wird.

Nicht gleichmäßig wird die Frage beantwortet, ob der Uterus genäht werden soll oder nicht. Gute Erfolge ohne und mit Naht werden berichtet. Von den Meisten aber wird die Naht warm empfohlen und für unentbehrlich erklärt. Andere halten sie dagegen wegen der Tiefe des Risses in dem Parametrium für unmöglich.

Die Drainage wird theoretisch besonders für die incompleten Risse angerathen, aber auch bei completen Rissen halten sie Manche für genügend, um die Blutung zum Stehen zu bringen, namentlich bei gleichzeitiger Compression von oben durch Druckverband oder Druck mit der Hand.

Fast alle Autoren nehmen zur Drainage Jodoformgaze. Nur Zweifel empfiehlt noch, ein T-Rohr einzulegen. Die Methode der Ausführung ist eine verschiedene. Einige legen lose Gaze in die Vagina, Andere stopfen Uterus und Scheide und Riß sehr fest aus oder schieben sogar die Gaze durch den Riß in die Bauchhöhle hinein, so wie man früher das T-Rohr sowohl bis in die Bauchhöhle als auch nur bis an oder in die Wunde einlegen wollte.

Ausspülungen werden meist widerrathen. Doch legen andere Autoren auch großen Werth darauf. Ahlfeld z. B. will die Bauchhöhle durch Spülungen von unten aus reinigen. Ja es ist sogar vorgeschlagen, die Laparotomie wesentlich deshalb zu machen, um die Bauchhöhle ausspülen und reinigen zu können, um auf diese Weise Blut, Fruchtwasser und Meconium aus der Bauchhöhle zu entfernen.

Nach der Laparotomie soll nach vielen Autoren die Bauchhöhle nicht nur ausgetupft, sondern auch ausgespült und ausgewaschen werden, ja sogar mit Desinficientien soll die Bauchhöhle antiseptisch behandelt werden. Fast für alle Verfahren gibt es glückliche Fälle, deren Operateure wesentlich auf ihre Verfahren den Erfolg schieben.

Die Laparotomie wird, wie oben bemerkt, bei aus dem Uterus ausgetretenen Kinde allgemein für richtig erklärt. Dann ist sie auch empfohlen worden als principielle Operation bei jeder diagnosticirten Uterusruptur, um in rationeller Weise behandeln, d. h. das, was zerrissen ist, wieder zusammennähen zu können.

Auch bei fehlerhafter Lage, namentlich bei Querlage, wollen manche Autoren deshalb die Laparotomie machen, weil die Umwandlung in eine Geradlage zur Vergrößerung des Risses führen müsse.

Zur prompten Stillung einer Blutung ist die Laparotomie von Leopold und Schauta für nothwendig erklärt. Es wird auf die Unmöglichkeit hingewiesen, durch Compression von oben, Drainage oder Naht von der Vagina aus mit genügender Sicherheit eine arterielle Blutung zu stillen.

Die Frage, ob man den Uterus nach Porro entfernen soll, ist nicht gleichmäßig beantwortet.

Manche Autoren rathen, den Uterus stets zu entfernen. Andere erklären gerade dies für unmöglich, weil sich ein Schlauch unterhalb der Wunde nicht anlegen lasse. Bei intrauteriner Zersetzung aber oder bei Myomen sei jedenfalls die Porro'sche Operation zu machen.

Besonderer Werth wird von vielen Autoren, namentlich von Pawlik, der schon erwähnten Compression des Abdomens zugesprochen. Auch Zweifel legt neuerdings das Hauptgewicht auf den Compressivverband. Ueber die Vortrefflichkeit der Compression betreffs der Blutstillung und der Zusammendrückung der Uteruswunde herrscht nur Eine Meinung.

Nach der Durchsicht der ausländischen Literatur muß ich sagen, daß wesentlich von den Deutschen abweichende Ansichten nirgends zu finden sind. In Frankreich scheint die Entwicklung der Therapie der Uterusruptur denselben Weg zu gehen wie in Deutschland, d. h. man neigt sich mehr und mehr der Laparotomie zu. Dasselbe ist in Amerika, Rußland und England bei den neueren Autoren und in den neuen Auflagen älterer Bücher der Fall. Lusk namentlich steht in seinem vortrefflichen Lehrbuch ganz auf dem Standpunkte der deutschen Lehrer der Geburtshilfe.

Ehe ich nunmehr zur Aufstellung von Thesen übergehe, möchte ich die verschiedenen Vorschläge für die Therapie kritisch beleuchten, und zwar in der Art, daß in dieser Kritik die Motivirung der Schlußfolgerungen enthalten ist.

A. Allgemeine Prophylaxe der Uterusruptur bei Geburten bei engen Becken.

Da betreffs der allgemeinen Prophylaxe fast alle in- und ausländischen Autoren Dasselbe sagen, so möchte ich vorschlagen, beim Congreß über diesen Theil der Thesen überhaupt nicht zu debattiren.

Das Mitpressen bei Hochstand des Kopfes ist beim engen Becken zu untersagen. Vor dem neuerdings mehrfach empfohlenen Hineinpressen des Kopfes wird mit Rücksicht darauf gewarnt, daß eine Ruptur gerade beim Acte des Hineinpressens entstehen könne. Werden auch dafür Fälle angeführt, so sind sie doch nicht beweisend. Meines Erachtens ist diese Befürchtung übertrieben. Ich glaube, daß nur dann eine Gefahr entsteht, wenn, ohne die Lage des Uterus zu berücksichtigen, mit großer Kraft gedrückt wird.

Die Lage des Uterus ist jedenfalls sehr wichtig. Liegt z. B. der Uterus stark nach rechts und ist der Kindskopf nach links abgewichen, so ist die linke Hälfte des überdehnten unteren Uterinsegmentes (Dehnungsschlauches) mehr gedehnt als die rechte. Die rechte ist dagegen compensatorisch zusammengeschoben. An der überdehnten linken Partie wird der Uterus, wenn der Kopf noch mehr hineingedrückt wird, leicht zerreißen. Es wird deshalb zur Prophylaxe gehören, daß der Uterus geradegerichtet und durch rationelle Lagerung oder zweckentsprechenden Verband gerade erhalten wird. Dies ist sowohl wichtig für den Druck, den die Wehen bewirken, als auch für den Druck, den der Geburtshelfer ausübt. Nach der alten Regel ist also ein Hängebauch aufzubinden und die Kreissende auf die Seite des abgewichenen Kopfes zu legen. Auf diese Weise wird die fernere Ueberdehnung der gefährdeten Partie nach Möglichkeit ausgeglichen. Berücksichtigt man diese Verhältnisse, so wird auch nunmehr der Druck von außen, das Hineinpressen des Kopfes nicht eine Uterusruptur bewirken.

Dieses prophylaktische Hineindrängen des Kopfes in die obere Apertur, als Geburtsbeschleunigung im Allgemeinen aufzufassen, ist stets in der Walcher'schen Hängelage zu

machen, weil dadurch die mechanischen Verhältnisse des Beckens möglichst günstig gestaltet werden.

Man könnte die Regel auch so geben: Die Kreißende wird stets auf die Seite gelegt, wo das runde Mutterband am deutlichsten zu fühlen ist.

Ich komme also zur These:

These I. Als allgemeine Prophylaxe der Uterusruptur ist bei der Geburt beim engen Becken bei Kopflage die Kreißende auf die Seite zu legen, auf welcher der Kopf den Dehnungsschlauch am meisten ausdehnt.

Das Mitpressen ist bei Hochstand des Kopfes zu untersagen. Zur Geburtsbeschleunigung ist in WALCHER'scher Hängelage das Hineinpressen des Kopfes vorsichtig unter Berücksichtigung der Lage des Uterus zu versuchen.

B. Specielle Prophylaxe bei prognosticirter Uterusruptur.

Wenn der Befund in der Gegenwart die anatomische Einleitung des Einrisses beweist, so wird in der Zukunft der Riß sicher eintreten. Also concret ausgedrückt, wenn sich die allgemeine und vor allen Dingen die partielle Ueberdehnung des Dehnungsschlauches durch Fühlbarwerden des Contractionsringes und durch den Nachweis der Verdünnung des Dehnungsschlauches in und nach der Wehe demonstriren läßt, so ist zu fürchten, daß die fernere Wehenthätigkeit die Ruptur herbeiführt.

Da die nächste Stunde die Gefahr bringen kann, so muß die Entbindung vorgenommen werden, ehe die nächste Stunde vergeht. Es besteht also die Prophylaxe in der sofortigen Entbindung.

Besteht diese allgemeine Indication, so wird sich die Art und Weise der Entbindung nach den speciellen Verhältnissen richten. Als einziges allgemeines Gesetz gilt, daß die Methode der Entbindung die beste ist, bei der am wenigsten Raum im Becken und im Uterus beansprucht wird.

Die speciellen Verhältnisse können sehr verschiedene sein: Weite des Muttermundes, Leben oder Tod des Kindes, Lage des Kindes, Allgemeinbefinden der Kreißenden, Anämie, Fieber oder andere Complicationen werden uns verschiedene Verfahren vorschreiben. Es ist ein weiter Spielraum für einzelne, den Verhältnissen anzupassende Entschlüsse vorhanden.

Betrachten wir zunächst die Kopflagen. Mit der allgemeinen Vorschrift, daß der Inhalt des überdehnten Dehnungsschlauches nicht noch mehr gedehnt werden darf, hängt es zusammen, daß bei drohender Uterusruptur und Kopflage im Allgemeinen die Wendung zu widerrathen ist. Es ist kein Zweifel, daß die meisten violenten Rupturen oder wenigstens die Rupturen, welche bei der künstlichen Entbindung groß und gefährlich werden, bei Wendungen bei Kopflagen gemacht werden. Findet sich doch in der Literatur sogar die Ansicht, daß überhaupt alle Rupturen an der vorderen Seite violente seien, dadurch entstanden, daß der Arzt die Hand vorn eingeschoben und dabei den Dehnungsschlauch zerrissen, zerplatzt oder auseinandergedrückt habe.

Ich möchte dabei betonen, daß ja die drohende und beginnende Uterusruptur nicht durch diagnostische Zeichen sicher auseinander gehalten werden können. Sind nur die inneren Muskelschichten aus einander gewichen, so droht zwar erst die Uterusruptur, aber sie hat auch schon begonnen! Jede Ueberdehnung, sei es durch die vordringende Hand, sei es durch Eindringen des tiefer gedrängten Kindes, läßt die drohende Uterusruptur zur factischen werden! Die beginnende Ruptur reißt weiter, macht aus der incompleten Ruptur die complete. Welchen Antheil an der Ruptur die Wehenthätigkeit, welchen der hervorragende Kindestheil, welchen die Hand des Geburtshelfers, welchen die Umdrehung des Kindes hat, läßt sich nicht entscheiden.

Gerade bei der Kopflage beim engen Becken ist in Folge des engen Beckens die Kopfstellung eine solche, daß der Dehnungsschlauch nicht gleichmäßig gedehnt ist, worauf schon mehrfach hingewiesen wurde. Dann aber ist die Gefahr der Zersprengung des Dehnungsschlauches beim Einschieben der Hand eine große. Denn in den überdehnten Theil des Dehnungsschlauches wird der Kopf — meist das Hinterhaupt, weil man am Bauch des Kindes nach oben geht — nur noch mehr hineingepreßt.

Nicht geringer ist die Gefahr bei hohen forcirten Zangenversuchen, die selbstverständlich nur bei lebendem Kinde einen Sinn haben. Die Zangenlöffel müssen sehr hoch geschoben werden, der querstehende Kopf drückt oder zerplatzt mit seinen beiden Enden den Cervix auf der Seite des Hinterhauptes oder auch auf beiden Seiten.

Bestimmte Regeln für alle Fälle kann man nicht aufstellen. Daß sich ein Wagniß mitunter belohnt hat, daß Mutter und Kind gerettet wurden, ist ja richtig, daß aber in recht vielen Fällen bald die Erde das Resultat solcher forcirter Zangenoperationen deckt, ist gewiß auch wahr!

Fast in allen Fällen von Ruptur, die ich zur forensischen Begutachtung bekam, waren die Verhältnisse so, daß der Arzt auf die zweifelhafte Hoffnung hin, das Leben des Kindes zu retten, Mutter und Kind opferte. Sollte man also eine bestimmte Regel geben, so könnte diese nur dahin lauten, daß das Leben der Mutter stets vor Allem zu berücksichtigen ist, und daß jede Methode der Entbindung, die das Leben des Kindes bei hoher Gefahr für die Mutter in den Vordergrund stellt, die allergrößten Bedenken hat.

Ist aber das Kind abgestorben, so ist ohne Zweifel die Perforation mit der SMELLIE'schen Schere und die Cranioklast-Extraction das einzig richtige Verfahren. Freilich ist diese Operation oft recht schwierig wegen der Beweglichkeit des Kindes. Aber bei Unterstützung von außen ist gerade die Perforation mit der SMELLIE'schen Schere und das Anlegen des Cranioklastes meistens möglich.

Bei den typischen verschleppten Querlagen sind die Kinder wegen der langen Geburtsdauer nach Abfluß des Fruchtwassers wegen Tetanus uteri, wegen Vorfall der Nabelschnur längst abgestorben. Wo die Gefahr also am größten ist, ist der Zweifel am kleinsten. Man hat nur auf die Mutter Rücksicht zu nehmen. Nicht die Wendung darf forcirt werden, sondern die Zerkleinerung des Kindes ist zu machen. Freilich ist dies schneller gesagt als gethan. Ich will aber nicht hier die ganze Frage der Behandlung der verschleppten Querlagen aufrollen. Es gehört zwar zum Thema, dennoch ist es wohl besser, in der Discussion von der Besprechung technischer Angelegenheiten Abstand zu nehmen.

Lebt das Kind noch bei Querlage, so ist auch die Wehenthätigkeit nach Abfluß des Fruchtwassers nicht sehr intensiv gewesen. Eine Ueberdehnung besteht deshalb meist noch nicht. Bei tiefer Narkose, bei vorsichtigem bimanullen Verfahren gelingt es dann wohl stets, gefahrlos einen Fuß herabzustrecken oder noch besser beide. Der weiche Steiß wird herabgezogen, ohne daß dies auf den Kopf zunächst großen Einfluß hat. Ja man kann durch Gegendruck sogar den Kopf vorläufig festhalten. Man zieht gleichsam das Kind aus sich selbst heraus. Erst wenn der Steiß in das Becken getreten, und dadurch oben der Raum größer geworden ist, bewegt sich der Kopf aus seinem Lager, seinem Nest, seinem Recessus heraus. Dabei wird der vom Kopf partiell gedehnte Dehnungsschlauch nicht noch weiter gedehnt.

Gewiß ist also bei lebendem Kinde ein Versuch der Wendung erlaubt, weil eben das Leben des Kindes beweist, daß die Retraction des Uterus noch nicht die bedenkliche Höhe erreicht hat. Einen ferneren Beweis für genügende Raumverhältnisse entnimmt man auch daraus, daß die Bedingungen der Wendung noch vorhanden, daß die Schulter noch nicht tief und fest in das Becken gepreßt ist.

Somit können wir als Prophylaxe der drohenden Uterusruptur die These aufstellen:

These II. Bei drohender Uterusruptur wird sobald als möglich entbunden. Die Methode wird gewählt, bei der am wenigsten Raum im Geburtscanal beansprucht wird.

Bei Kopflage ist die Perforation und Cranioklast-Extraction die für das Leben der Mutter günstigste Operation, bei Querlagen darf nur bei lebendem Kinde ein Wendungsversuch in tiefer Narkose gewagt werden. Bei todtem Kinde sind stets zerkleinernde Operationen zu machen.

C. Behandlung der Geburt bei Uterusruptur.

Findet der Arzt die ausgeprägten Symptome der Uterusruptur und stellt sich bei der Untersuchung heraus, daß das Kind völlig frei in der Bauchhöhle liegt, so ist die Laparotomie sofort zu machen, sie ist nur dann zu unterlassen, wenn der Tod der Mutter unmittelbar bevorsteht. Das extrauterin liegende Kind ist stets abgestorben. Auch bei hohem Fieber und beginnender Peritonitis muß laparotomirt werden, wenn auch die Aussichten sehr schlechte sind, das Leben der Mutter zu erhalten. Den Angehörigen ist rückhaltlos die volle Wahrheit mitzutheilen, sie müssen die Einwilligung zum Eingriff geben.

Ebenso würde man laparotomiren, wenn der größte Theil des Kindes aus dem Uterus ausgetreten ist. In der Literatur findet sich auch ein Streit darüber, wie man handeln soll, wenn das Kind theilweise den Uterus verlassen hat. Nach meiner Erfahrung sind dies seltene Fälle. Entweder der Uterus contrahirt sich beim Entstehen der Ruptur sehr stark, und stößt unmittelbar dabei das ganze Kind aus. Oder nach dem Entstehen des Risses erlahmt der Uterus sofort, die Wehen hören auf, das Kind liegt in dem nach dem Riß größeren Raume, und der Uterus macht fernerhin gar keine Anstrengung, seinen Inhalt zu entleeren. Man findet das Kind völlig intrauterin, nur vielleicht mit einem Theil in die Oeffnung des Risses eingedrückt. Ich habe es nie erlebt, daß etwa der Uterusriß wie ein elastisches Band das Kind um die Taille oder den Hals umspannt festhielt. Entweder lag das Kind ganz im Bauch oder ganz im Uterus. Aber Andere haben Anderes gesehen, wie ja die Literatur zeigt.

Für Fälle, wo das Kind theilweise den Uterus verlassen hat, bin ich also in der unangenehmen Lage, nicht aus Erfahrung reden zu können. Ich würde in einem solchen Falle nach den Umständen handeln, d. h. erreichte ich leicht einen Fuß, so würde ich extrahiren, in der sicheren Hoffnung, daß der Kindestheil, der kurz vorher von innen nach außen das Loch passirt hätte, nun auch denselben Weg zurückpassiren wird. Danach würde untersucht, um festzustellen, daß nicht Därme in den Riß sich eingeklemmt hätten.

Würde ich aber zu viel Widerstand wahrnehmen, oder würde ich aus der starken fortdauernden Blutung noch eine andere Indicationsstellung ableiten, so würde ich die Laparotomie machen. Auch würde es auf die Möglichkeit ankommen, Asepsis zu haben. Also in der Klinik würde ich mich leichter zur Laparotomie verstehen, in der Poliklinik würde ich eher per vias naturales entbinden. Letztere auch namentlich deshalb, weil, wie ich zweimal erlebt habe, der aus dem Uterus ausgetretene Körpertheil trotz aller vorhandenen Symptome der completen Uterusruptur unterhalb des abgehobenen Peritoneum, also im Subserosium und nicht in der Bauchhöhle lag. Beide Fälle endeten günstig.

Hat man selbst die Uterusruptur gemacht, respective bemerkt man das Einreißen oder Weiterreißen, während man wendet, z. B. während man das Bein herabzieht, so wird man entweder sofort innehalten und laparotomiren, oder man wird weiter extrahiren und dann laparotomiren. Das erstere wäre für das Leben des Kindes wichtig, das zweite für die Mutter, da beim Weiterextrahiren der Riß und die Blutung so stark sein könnten, daß, bis Alles zur Laparotomie fertig ist, schon die Blutleere bedenklich geworden ist.

Letzteres habe ich in einem Falle erlebt, bei dem ich die Extraction schnell vollendete und die Laparotomie mit gutem Erfolge sofort anschloß. Erst nach der völligen Extraction bewies die Zunahme der Pulsfrequenz starke interne Blutung. Sind aber die Verhältnisse nicht so günstig, wie in einer Klinik, so wird man sich damit begnügen, das Kind zu extrahiren und exspectativ zu behandeln, beziehungsweise die Ruptur (cfr. unten) nachzubehandeln.

Demnach schließe ich diesen Theil des Referats mit der These:

These III. Ist die Ruptur diagnosticirt und befindet sich das Kind in der Bauchhöhle, so muß es durch Laparotomie so schnell als möglich entfernt werden. Ist das Kind theilweise im Uterus und theilweise in der Bauchhöhle, so wird es per vias naturales extrahirt, wenn die Extraction leicht erscheint. Unter günstigen äußeren Verhältnissen, bei starker andauernder Blutung oder bei Schwierigkeit der Extraction ist zu laparotomiren.

D. Nachbehandlung nach der Geburt bei Uterusruptur: Behandlung der Uterusruptur.

Ist das Kind und die Placenta extrahirt, so handelt es sich nunmehr um die Nachbehandlung des geburtshilflichen Falles und um die Behandlung des zerrissenen Uterus.

Hier liegen zwei Gefahren vor: Verblutung und Sepsis.

Ich muss ganz Leopold zustimmen, dem das einzig sichere Verfahren, eine starke, andauernde Blutung aus dem zerrissenen Uterus zum Stehen zu bringen, Naht vom Bauche aus nach der Laparotomie ist. Tamponade oder Compression des Bauches oder beide vereinigt, noch so fest, stillen nicht mit Sicherheit eine arterielle Blutung.

Man muß bedenken, daß nicht die Uteruswunde, sondern die Wunde außerhalb des Uterus das meiste Blut liefert. Eröffnet man das Abdomen und macht man nach Entfernung der Coagula die anatomischen Verhältnisse übersichtlich, so sieht man, daß die blutende Wunde außerhalb des Uterus, also unterhalb des Peritoneum liegt. Im Parametrium, neben dem Uterus, spritzen die Arterien. Oft erstreckt sich bei kleinem Loch im Peritoneum die Zerreißung bis tief in das Ligamentum latum hinein. Das Diaphragma pelvis ist bis an den Beckenrand aufgerissen, und dabei ist das peritoneale Loch nur für zwei Finger passirbar! Nur große Umstechungen, bei denen der Uterus selbst wenig in Betracht kommt, stillen die Blutung. Wollte Jemand sich damit begnügen, den Uterus oder gar das Peritoneum allein zusammenzunähen, so würde zwar die Communication von der Bauchhöhle nach dem Uterusinnern aufgehoben, aber die Blutung unterhalb der Naht würde andauern. Ja, man weiß oft auf den ersten Blick nicht, wo man eigentlich mit der Umstechung beginnen soll. Die Gefahr der Verblutung liegt also jedenfalls nicht allein im Uterus, sondern mehr in der Nachbarschaft.

Will man durch Tamponade sicher die blutende Partie comprimiren, so gelingt dies nicht von unten, nicht von oben, sondern nur gleichzeitig von der Vagina und von der Bauchhöhle aus. Nur in dieser combinirten Methode ist eine factisch wirksame Tamponade auszuführen.

Mehrfach habe ich mich davon überzeugt, daß die Tamponade von unten aus eine starke Blutung auch bei der festesten Einwickelung des Leibes nicht beherrscht. Ich habe im Laufe meiner geburtshilflichen Thätigkeit mehrfach Verblutungstod erlebt, wo die Tamponade so fest als überhaupt möglich ausgeführt war. Dabei war gleichzeitig ein sehr fester Compressiv-

verband mit Compressen und Rollbinden über den Bauch gelegt. Trotzdessen trat Verblutung ein!

Auch eine Umstechung von der Vagina aus läßt sich nicht so sicher ausführen, daß die Blutung steht. Ich habe es mehrfach versucht. Bei den tiefen parametranen Rissen spielen alte Narben eine große Rolle. Gerade die narbigen Schrumpfungen aber gestatten nicht, den Uterus gut herabzuziehen. Ich muß also behaupten, daß es bei starken Blutungen oder bei andauernden Blutungen nur ein rationelles Mittel gibt: die Laparotomie und die Umstechung nach erlangter Uebersicht vom Bauche aus.

Bedenkt man, daß bei Uterusruptur die Blutung oft ein bis zwei Stunden wegen des Collapses steht, dann aber wieder beginnt, wenn sich Kräfte und Puls gehoben haben, wenn sich die Entbundene bewegt, Urin läßt, oder bewegt wird, so muß man in der That Denen zustimmen, die für jeden Fall von eben zu Stande gekommener Uterusruptur die Laparotomie vorschlagen.

Die Tamponade mit oder ohne Compression ist ungenügend, unsicher, ein Nothbehelf, der vielleicht zum Ziele führen kann, aber sie ist als principielle Therapie jedenfalls nicht zu empfehlen. Ja die Tamponade hat sogar eine Gefahr, nämlich die, daß das bloßliegende noch ungerissene Peritoneum beim festen Einstopfen und Eindrücken zerrissen wird. Ich habe einen solchen sehr klaren Fall beobachtet.

Freilich ist nicht zu leugnen, daß die Prognose bei der Laparotomie sehr von äußeren Verhältnissen abhängt. Wird eine solche Patientin schnell in eine Klinik gebracht, spielen sich die Vorbereitungen schnell und sicher ab, ist die Antisepsis und Asepsis gut gewahrt, ist Assistenz und alles Material genügend vorhanden, kann sofort eine Salzwasserinfusion gemacht werden, so wird die Prognose hier, wie bei jeder anderen schweren Laparotomie, gut sein. Bei wenigen Fällen wird aber Alles dies zutreffen! Welche kostbare Zeit geht dabei verloren, den Verwandten die Situation klar zu machen, sich die Einwilligung zu verschaffen, Assistenten und Operationsbedarf herbeizuholen! Das sind oft fast unüberwindliche Schwierigkeiten, die es erklärlich erscheinen lassen, daß auf diese Indication hin nur in Krankenhäusern laparotomirt wird.

Muß man also auch die These gelten lassen, daß zur sicheren Blutstillung bei Uterusruptur die Laparotomie unerläßlich ist, so fragt es sich doch, ob in der Hand des Ungeübten, bei schlechter Vorbereitung die Laparotomie nicht mindestens ebenso gefährlich als das Nichtsthun ist.

Stirbt die Patientin nach der Laparotomie, so wird man den Einwurf nicht entkräften können, daß, wie es ja oft beobachtet ist, nach einigen Ohnmachten die Blutung definitiv gestanden hätte, und daß die Patientin bei rein exspectativer Behandlung gerettet wäre. Und endet der Fall mit Laparotomie günstig, so ist der Beweis noch nicht exact geliefert, daß ohne Laparotomie der Ausgang nicht ebenso günstig gewesen wäre. Es ist also dem ärztlichen Tact und ärztlichen Muth ein weiter Spielraum gegeben!

Kommt man zu einem Falle von Uterusruptur erst 5 bis 6 Stunden post partum, vielleicht als Consiliarius, so ist die Gefahr der acuten Verblutung vorüber. Die Kräfte haben sich etwas gehoben, der Bauch ist schmerzhaft, schon aufgetrieben, der Bluterguß läßt sich percutiren. Jetzt liegt die Gefahr der Sepsis vor, namentlich dann, wenn schon während der Geburt die Temperatur erhöht war.

Da möchte ich mich nun mit Entschiedenheit auf den conservativen Standpunkt stellen. Steht die Blutung mehrere Stunden, hat sich der Puls wieder gehoben, so rathe ich, in der Privatpraxis jedenfalls exspectativ zu behandeln. Nichts zu thun, aber viel anzuordnen!

Das frische Blut ist nicht nur eine aseptische, sondern auch eine antiseptische Flüssigkeit. Liegt es in der Bauchhöhle, ohne daß schon Sepsis vorhanden ist, so ist das Blut nicht schädlich, sondern nützlich. Es wird resorbirt, es wirkt durch Autotransfusion, durch Resorption günstig. Die Därme sind schnell verklebt, die Wunde liegt — was ja durch das Aufhören der Blutung am besten bewiesen wird — fest aneinander, Spülungen, Tamponade, Drainage, Laparotomie können nur die günstigen Verhältnisse wieder aufheben, Verklebungen trennen, die vaginalen, sich bald zersetzenden Flüssigkeiten nach oben befördern.

Und wenn schon Fieber vorhanden ist, so wird es gewiß nicht gelingen, die septische Peritonealhöhle durch eine Ausspülung aseptisch zu machen. Der größte Gegner der Sepsis des Bauchfells ist das lebenskräftige Bauchfell selbst. Wird es durch ätzende Chemikalien, durch Kälte, durch Maltraitirung in seiner Vitalität herabgesetzt, so ist es nicht im Stande, zu resorbiren und zu demarkiren. Die Gefahr der Sepsis wird nur größer! Weder von unten soll man also spülen, noch von oben laparotomiren, weil die schon eingetretenen Verklebungen getrennt werden können.

Wenn ich oben sagte, man soll viel anordnen, so meine ich damit, man soll auf das allerstrengste Ruhe anempfehlen. Die Entbundene darf auch nicht die unbedeutendste Bewegung machen. Nachdem sie durch untergestopfte Watte möglichst trocken und sauber gelagert ist, wird jede, auch die geringste Bewegung untersagt. Der Stuhl wird durch kleine regelmäßige Opiumgaben einige Tage aufgehalten, der Urin wird mit dem Katheter entleert. Belastung des Leibes mit einer leichten Eisblase oder einem Priessnitz'schen Umschlag werden oft angenehm empfunden, aber die absolute Ruhe ist die Hauptsache. Dann wird auch eine Blutung, die 6 Stunden stand, nicht wiederkehren.

Ist das Fruchtwasser nebst aseptischem Scheideninhalt in die Bauchhöhle gelangt, fiebert die Entbundene, hat sie die ersten Symptome der universellen, also septischen Peritonitis, so wird eine Ausspülung nicht im Stande sein, das Gefährliche aus dem Bauche fortzuschaffen. Im Gegentheil, der Wasserstrom wird demarkirende Verklebungen, die auch bei septischer Peritonitis wenigstens andeutungsweise stets vorhanden sind, sprengen und lösen.

Deshalb halte ich sogar eine feste Tamponade in diesen Fällen für gefährlich, weil sie die verklebte Wunde zum Klaffen, zum Bluten, zum Resorbiren bringen kann. Höchstens darf etwas lose Jodoformgaze in die Vagina, nicht in die Wunde eingelegt werden. Vor die Genitalien, die außen gut abzuspülen sind, wird eine nasse, große, desinficirende Compresse gelegt, die sich anschmiegt und das ausfließende Blut und Wundsecret herausleitet, einsaugt und desinficirt erhält.

Doch auch hier muß ich eine Einwendung machen, nämlich die, daß bei den günstigen Verhältnissen einer Klinik wohl ein Grund in Betracht kommt, der uns veranlassen kann, ich wiederhole in der Klinik, nicht in der Privatpraxis, die Laparotomie auch in diesen Fällen zu machen.

Oft schließen sich an Uterusrupturen, wenn die Gefahr der Verblutung und der septischen Peritonitis schon vorüber ist, sehr langdauernde erschöpfende Eiterungen, Exsudate, Uretercompression, ja Pyämie an. Wochen und Monate lang werden die Patienten, die ohnehin sehr blutleer sind, an's Bett gefesselt.

Wer seinem operativen Können vertraut, wird sich deshalb wohl veranlaßt fühlen, eine Laparotomie zu machen, um durch eine gute Naht eine schnellere Heilung zu erzielen. Schwieriger als bei mancher Adnexoperation werden die Verhältnisse nicht sein, und anämischer als manche extrauterine Gravida wird man diese Patientinnen auch nicht finden. Daß also der erfahrene Gynäkologe, unterstützt von eigener Geschicklichkeit, von günstigen äußeren Verhältnissen, von guten Assistenten, auch in diesen Fällen laparotomiren kann und wird, ist gewiß klar. Der Praktiker wird recht

zufrieden sein, wenn das Leben gerettet wird, auch wenn ein längeres Krankenlager sich anschließt.

Ich möchte deshalb für die Nachbehandlung die These aufstellen:

These IV. Weder die Tamponade, noch die Compression, noch beides vereint ist im Stande, jede Blutung bei Uterusruptur zu stillen. Auch die Umstechung von der Vagina aus ist kein sicheres Mittel.

Nur nach der Laparotomie kann von der Bauchhöhle aus eine sichere Umstechung der spritzenden und blutenden Gefäße bewirkt werden.

Steht die Blutung seit mehreren Stunden spontan, und hat sich der Puls gehoben, so wird mit Opium und absoluter Ruhe behandelt. Es wird katheterisirt. Weder eine Ausspülung der Vagina, noch eine vaginale Ausspülung der Peritonealhöhle ist statthaft.

E. Soll das Corpus uteri entfernt werden?

Nur noch einige Worte über die PORRO-Operation oder vielmehr über die Uterusamputation bei Zerreißung des Uterus!

Schon der Umstand, daß der Riß ja meistens unterhalb des Corpus liegt, zeigt, daß die Amputation des Uteruscorpus nicht als specielle Therapie der Uterusruptur gelten kann. Die Placentarstelle blutet gewöhnlich nicht, wohl deshalb, weil die Patientin schon zu sehr ausgeblutet ist. Principiell hätte also die Amputation des Corpus uteri nur in den überaus seltenen Fällen einen Sinn, wo die Wunde oben im Uterus sitzt.

Trotzdem habe ich die Corpusamputation mit Erfolg der Laparotomie angeschlossen. Es ist auf diese Weise möglich, einen Uterus, in dem Zersetzung schon nachweisbar ist, zu entfernen. Es ist möglich, jede Wunde aus der Peritonealhöhle auszuschalten. Namentlich dann, wenn man nach dem alten Verfahren den Stumpf in die Bauchhöhle einnäht. Durch die Zerrung und Zusammenschnürung wird auch die parametrane Wunde zusammengedrückt. Blasenverletzungen können dabei leicht durch die Naht entstehen.

In den Fällen also, wo schon hohes Fieber besteht und der Uterusinhalt faulig ist, ist die Entfernung des Uteruscorpus indicirt.

Ferner wird es noch rathsam sein, den Uterus zu entfernen, wenn er ein Myom enthält.

Bei der PORRO-Amputation ist das Umlegen des Schlauches nicht nothwendig, ja nicht einmal anzurathen. Bei meiner Methode der präparatorischen Operation ist es möglich, in allen Fällen ohne jede Spur von Blutung den Uterus abzutragen.

Deshalb stelle ich zum Schluß die folgende These auf:

These V. Die Amputation des Corpus uteri ist dann zu machen, wenn das Uterusinnere voraussichtlich septisch ist, oder wenn ein Myom vorliegt, das an sich eine Laparotomie indicirt.

Beitrag zu den Coordinationsstörungen des Kehlkopfes.

Von **Dr. Max Scheier** in Berlin. *)

Die Coordinationsstörungen der Musculatur des Kehlkopfes treten unter so verschiedenartigen Erscheinungen auf, daß es schwer ist, sie unter ein Gesammtbild zu bringen. Während von vielen Autoren die Coordinationsstörung als eine solche aufgefaßt wird, daß bei der consensuellen Arbeit mehrerer Muskeln der eine oder auch mehrere derselben über andere das Uebergewicht bekommen, so daß nicht mehr die beabsichtigte Bewegung, sondern eine zweckwidrige, dem Willensreiz oder dem Coordinationsmechanismus nicht entsprechende Bewegung zu Stande kommen wird, dehnen Andere den Begriff der Coordinationsstörung soweit aus, daß sie Bewegungen darunter rechnen, die den intendirten geradezu entgegengesetzt sind.

In den größeren Lehrbüchern der Laryngologie finden wir als zwei Hauptformen der Coordinationsstörungen unterschieden den phonischen functionellen und den inspiratorischen functionellen Stimmritzenkrampf. Beide Formen haben gemeinsam, daß die Bewegungsstörung nur dann sich einstellt, wenn und so lange der Versuch gemacht wird, bestimmte Muskeln des Kehlkopfes in Bewegung zu setzen. Dieselben unterscheiden sich von einander dadurch, daß der phonische Stimmritzenkrampf nur bei der beabsichtigten Intonationsbewegung sowohl beim Sprechen, wie beim Singen auftritt, der inspiratorische dagegen nur bei der Inspiration. Letzterer äußert sich darin, daß die Stimmbänder, anstatt durch die Wirkung der Mm. crico-aryt. post. beim Einathmen auseinanderzugehen, einander in verschiedenem Grade genähert werden.

Eine wohl bekannte Thatsache ist es, daß man bei manchen sehr ängstlichen und hysterischen Personen, die sich bei der ersten laryngoskopischen Untersuchung unter dem Eindruck einer besonderen psychischen Erregung befinden, häufig die eigenthümliche Beobachtung machen kann, daß sie, trotzdem man sie wiederholt auffordert, ruhig und tief zu inspiriren, nicht im Stande sind, die Stimmbänder auseinander zu bringen, daß vielmehr die forcirte Inspiration eine Annäherung der Stimmbänder veranlaßt, ja zu einem vollkommenen hermetischen Schluß der Glottis führt, so daß eine vorübergehende inspiratorische Athemnoth entsteht. Da diese verkehrte Bewegung der Stimmbänder nur bei der laryngoskopischen Untersuchung und besonders bei der ersteren stattfindet, und nach einiger Beruhigung des Pat. eine normale Action der Stimmbänder eintritt, so kann man diese Erscheinung nicht als pathologisch betrachten. Auf welche Weise das Phänomen der perversen Stimmbandbewegungen in derartigen Fällen zu erklären ist, vermag wohl bis jetzt kaum Jemand mit Sicherheit zu beantworten.

Dieser Zustand, daß dem Willensimpulse nicht die intendirte Bewegung, sondern eine andere nicht beabsichtigte zweckwidrige folgt, daß das Stimmband in dem Augenblick, in dem es eine bestimmte Bewegung machen soll, eine Bewegung in entgegengesetzter Richtung ausführt, kann vollständig chronisch werden und nach SEMON gewissermaßen eine Affectio sui generis, „die perverse Action der Stimmbänder", vorstellen. Der erste Fall dieser eigenthümlichen Erkrankung wurde von B. FRAENKEL im Jahre 1878 in der Deutschen Zeitschrift für praktische Medicin (Nr. 6 u. 7) beschrieben. Nach SEMON ist es schwer, die Fälle von perverser Bewegung der Stimmbänder in einer der bis jetzt anerkannten Rubriken nervöser Kehlkopfleiden unterzubringen. In den Lehrbüchern von GOTTSTEIN und SCHRÖTTER findet man nun, daß die Beschreibung, die vom functionellen inspiratorischen Stimmritzenkrampfe gemacht wird, auch auf die Fälle von perverser Action der Stimmbänder paßt. Ueberhaupt existiren über die Coordinationsstörungen des Kehlkopfes in den verschiedenen Lehrbüchern und sonstigen Publicationen die mannigfaltigsten Bezeichnungen. Man muß GOTTSTEIN vollkommen Recht geben, wenn er der Ansicht ist, daß phonischer Stimmritzenkrampf, Aphonia und Dysphonia spastica, coordinatorischer Stimmritzenkrampf, vocale Asynergie, perverse Action der Stimmbänder, functioneller Krampf der Kehlkopfmuskeln etc. theils die Namen für dasselbe Leiden, theils für verschiedene Erscheinungsformen desselben darstellen.

Die Zahl der Beobachtungen, welche in dieses Krankheitsbild gehören, ist noch eine sehr kleine, und dürfte es deshalb lohnend sein, durch Veröffentlichung ähnlicher Krankheitsbilder unsere klinische Kenntniß über diese Motilitäts-

*) Nach einer Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

störungen des Kehlkopfes zu vermehren, um womöglich eine Erklärung für die eigenthümliche Affection und eine Erkenntniß der Krankheitsursache zu finden. Ich hatte die Gelegenheit, einen Fall von perverser Bewegung der Stimmbänder noch als Assistent der chirurgischen Station des städtischen Krankenhauses am Urban zu beobachten, für dessen gütige Ueberlassung ich auch an dieser Stelle Herrn Director Dr. KÖRTE meinen besten Dank ausspreche.

Der Fall [1]) betrifft eine 43jähr. Frau, die im August 1891 wegen eines seit vielen Jahren bestehenden Beingeschwüres das Krankenhaus am Urban aufsuchte. Sie hatte mehrere Wochen im Hospital sich aufgehalten, ohne daß an ihrer Athmung etwas Abnormes aufgefallen war, als sie plötzlich von starker Athemnoth befallen wurde, die zu einem asphyctischen Anfalle mit leichter Cyanose im Gesicht sich steigerte. Schon wollte man zur Tracheotomie schreiten, da auf einmal hörte die starke Dyspnoe spontan auf. Die daraufhin genauer aufgenommene Anamnese ergab, daß sie schon einmal einen derartigen Erstickungsanfall vor einem Jahre während ihres Aufenthaltes in einem anderen Krankenhause gehabt hätte, daß dort auch deshalb der Luftröhrenschnitt ausgeführt werden sollte, den aber die Patientin nicht zulassen wollte. Auch damals hätte der Anfall nach einigen Stunden von selbst nachgelassen und die Athembeschwerden, die bei größeren Anstrengungen an Stärke etwas zugenommen hätten, wären auch nach einigen Wochen geschwunden. Sonst will die Kranke, die hereditär nicht belastet ist, stets gesund gewesen sein. Eine Stunde nach dem Anfall nehme ich folgenden Befund auf: Patientin ist eine gracil gebaute Frau mit anämischer Gesichtsfarbe, schwach entwickelter Musculatur und ziemlich mäßigem Panniculus adiposus. Im Gesicht keine deutliche Cyanose, aber der ausgesprochene Ausdruck vorhandener Athemnoth. Athmung stark beschleunigt. Die Kranke sitzt aufrecht im Bett. Bei jeder Inspiration hört man einen langanhaltenden pfeifenden Stridor, der so laut ist, daß er im ganzen Saale hörbar wird. Die Exspiration geht vollkommen ruhig von statten. Sie spricht mit schwacher Stimme, aber nicht heiser, nach einigen Worten macht sie wegen Luftmangels eine Pause, um nach einer geräuschvollen Inspiration weiterzusprechen. Während des Sprechens nimmt die Athemnoth zu. Der Kehlkopf macht starke auf- und absteigende Excursionen. Die laryngoskopische Untersuchung, die anfangs schwierig war, da die Athembeschwerden dadurch noch vermehrt wurden, ergibt nun das eigenthümliche Bild, daß bei jeder Inspiration die Stimmbänder genähert werden, bei der Exspiration aber auseinandergehen. Die Farbe der Kehlkopfschleimhaut ist bis auf eine leichte Röthung der Taschenbänder vollkommen normal. Die Taschenbänder, namentlich das rechte, sind stark geschwollen, so daß sie sich bei der Phonation in ihrer vorderen Hälfte fast berühren. Die Epiglottis steht normal, weder stark aufgerichtet, noch besonders gesenkt. In der Ruhe stehen die Stimmbänder etwas enger aneinander, als gewöhnlich. Bei der Inspiration nähern die Stimmbänder sich nicht in ihrer ganzen Länge, sondern der hintere Theil, die Pars cartilaginea, klafft und bildet ein gleichschenkeliges Dreieck mit breiter Basis an der hinteren Larynxwand, wie man es bei Lähmung des M. ary-transvers. sieht. Je tiefer nun die Kranke inspirirt, umso mehr legen sich die Stimmbänder in ihrem ligamentösen Theile aneinander, ja manchmal bemerkt man, daß sich das rechte etwas über das linke legt. Bei der Exspiration öffnet sich die Glottis, die Stimmbänder gehen bis zur Cadaverstellung, häufig über dieselbe hinaus, zuweilen sogar erreicht die Glottisweite das normale Inspirationsmaximum, und was vom Willen unabhängig ungefähr bei jeder fünften bis sechsten Ausathmung geschieht. Bei der Aufforderung, so tief wie möglich auszuathmen, gehen auch die Stimmbänder ganz weit nach außen. Man kann dann genau die Trachea bis zur Bifurcation übersehen, die Schleimhaut derselben ist nicht geschwellt. Eine Verengerung der Luftröhre liegt nicht vor. Die Schleimhaut an der Pars interarytaenoid. ist etwas verdickt. Bei der Phonation legen sich die Stimmbänder in normaler Weise aneinander, bis auf die Pars cartilag., in die sich die Schleimhaut der hinteren Larynxwand hineinlegt. Läßt man nach der Phonation inspiriren, so weichen die Stimmbänder plötzlich auf einen Augenblick um einige Millimeter auseinander, um aber sofort sich auf einen geringen Spalt zu nähern. Befiehlt man ihr gleich nach der Inspiration, wo also die Stimmbänder dicht aneinander stehen, zu phoniren, so gehen zuerst die Stimmbänder etwas nach außen, und erst dann tritt die Phonation in normaler Weise ein.

Die Sensibilität der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut ist erhalten. Psychischer Zustand normal. Das vesiculäre Athmungsgeräusch ist durch die stenotischen Geräusche vollkommen verdeckt. Am Cor und den Unterleibsorganen nichts Pathologisches, ebenso ergibt die Untersuchung der Nase, des Mundes und Nasenrachenraumes nichts Abnormes. Keine Drüsenschwellung am Halse. Schilddrüse nicht vergrößert. Pulsfrequenz 86.

Die Athemnoth war auch im Laufe des Abends so stark, daß die Patientin am Einschlafen gehindert wurde. Erst nach einer starken Morphiuminjection ließen die Athembeschwerden etwas nach, bis sie schließlich einschlief. Während des Schlafes war die Athmung ganz normal und fast geräuschlos. Die laryngoskopische Untersuchung ergab am folgenden Tage genau denselben Befund, wie den oben erwähnten. Die Athemnoth nahm beim schnellen Gehen, Treppensteigen u. s. w. zu. Ohne eine nähere Ursache angeben zu können, bekam Pat. gegen Abend wieder einen Erstickungsanfall, der einen so hohen, gefahrdrohenden Charakter annahm, daß wir die Tracheotomie für nothwendig erachteten. Gegen einen operativen Eingriff wehrte sie sich entschieden. Wir wandten deshalb, da die Einziehungen am Thorax recht bedeutend waren, die Intubation nach O'DWYER an. Die Einführung der Tube machte anfangs große Schwierigkeiten, da, je mehr die Kranke nach Luft zu schnappen suchte, umso fester die Stimmbänder aneinander schlossen. Schließlich gelang es, nach mehreren vergeblichen Versuchen, durch Anwendung eines nicht unbedeutenden Druckes die Stimmbänder auseinanderzubringen. Am nächsten Tage wurde die Tube entfernt, die inspiratorische Athemnoth trat jedoch wieder ein.

(Schluß folgt.)

[1]) Dieser Fall ist kurz erwähnt in meiner Arbeit: Ueber Intubation des Kehlkopfes nach O'DWYER. (Therapeutische Monatshefte, Januar 1893.)

Ein Fall von Embolie der Arteria pulmonalis mit langdauerndem Verlaufe.

Von **Dr. Stanislaus Iwanicki**, Hausarzt am Heiligen Geist-Hospital in Warschau.

K. R., die Frau eines Restaurateurs, 42 Jahre alt, besuchte mich zum erstenmale am 21. November 1891. Patientin gibt an, daß sie Tags vorher plötzlich beim Gehen, Arbeiten und überhaupt bei jeder Anstrengung ein Schwächegefühl empfand, und daß sie auch heute, um die relativ kleine Strecke bis zu meiner Wohnung zurückzulegen, mehrmals anhalten und, um nicht umzustürzen, sich an die Mauern anlehnen mußte. Andere Beschwerden hat sie nicht. Sie war vorher nie krank, gebar 4mal, das erstemal im 21. Jahre, das letztemal vor 4 Jahren. Menses regelmäßig, spärlich. Alkoholmißbrauch häufig.

Die objective Untersuchung ergibt regelmäßigen Körperbau und guten Ernährungszustand, sogar mäßige Fettleibigkeit. Herz- und Lungengrenzen normal, Respiration regelmäßig, Herztöne dumpf und schwach, aber regelmäßig, Puls 116, weich. In Abdominalorganen keine Störungen. Am linken Unterschenkel erweiterte Venenstämme, weich, nicht schmerzhaft. Auf der vorderen, inneren und äußeren Fläche des Unterschenkels, etwa 4—8 Cm. über dem Sprunggelenke,

finden sich 3 chronische Geschwüre, oberflächlich $^1/_2$—$1^1/_2$ Cm. im Durchmesser groß, die Fläche körnig. Die Haut in der Umgebung glänzend, dünn, blauroth, hart.

Es wurde der Pat. Bettlage und Wein mit Valeriana verordnet. Auf die Geschwüre wurde ein antiseptischer Verband angelegt. In den folgenden 3 Tagen kamen keine weiteren Veränderungen im Zustande der Pat. hinzu. Am 25. November wurden notirt: Temperatursteigerung bis 38·2 und Puls 120, Pulsus inaequalis, die allgemeine Schwäche dauerte fort, Pat. hatte das Gefühl, als sollte sie bald ohnmächtig werden: es wurde vermuthungsweise die Diagnose auf Endocarditis gestellt, irgendwelche Geräusche konnten aber nirgends gehört werden. Es wurde Salol und Digitalis ordinirt. Am folgenden Tage, 26. November, war der Puls, obgleich frequent (108), voller und regelmäßiger, zugleich wurde aber ein blasendes systolisches Geräusch im ersten Intercostalraum rechts, beim Manubrium sterni, hörbar. Durch dieses Geräusch wurde ich in der vermutheten Diagnose bekräftigt, obwohl die Localisation desselben mir auffällig erschien. Wegen der Kürze des Thorax und der Enge der Intercostalräume glaubte ich dasselbe auf das Ostium der Aorta zurückführen zu dürfen, ich glaubte daher eine Endocarditis acuta valvularum Aortae vor mir zu haben. Dem entsprach auch die Temperatur 39·5°. Ich ordinirte Natrium salicylicum und Digitalis.

Am 27. und 28. Nov. wurde der Puls immer stärker, blieb jedoch frequent (110), die Temperatur schwankte zwischen 38 und 38·4° C.

Am 29. Nov. bekam Pat. in der Nacht einen Erstickungsanfall von kurzer Dauer, darauf blieb der Zustand unverändert. Am 1. December gesellten sich reißende Schmerzen in der linken Unterextremität hinzu, dieselbe war leicht geschwollen; die Haut war hier blaß, fühlte sich warm an. Puls 90, etwas voller, Körpertemperatur 30·4° C. Ich rieth der Pat., sich in das Heil. Geistspital aufnehmen zu lassen. Am 3. December untersuchte ich Pat. abermals gemeinschaftlich mit dem ordinirenden Arzte Dr. E. Zielinski. Wir fanden die linke untere Extremität bedeutend geschwellt; ihr Umfang, auf der Wade gemessen, betrug 41 Cm., am Knie 40, in der Höhe des Perineum 66; rechts waren die entsprechenden Maße 35·5, 34 und 53 Cm. Die Haut war blaß, etwas wärmer als rechts, irgendwelche Thrombose in den Gefäßen konnte jedoch, vielleicht wegen des dicken Fettpolsters und der Schwellung, nicht gefühlt werden. Die Oberfläche der Geschwüre war blaß, in Heilung begriffen.

Der Puls war voller, 88. Das blasende Geräusch war sehr deutlich. In den Lungen weder percutorisch, noch auscultatorisch Veränderungen nachweisbar. Die Körpertemperatur nicht erhöht. Der Appetit ist gut. Stuhl regelmäßig. Die Behandlung blieb dieselbe.

An den folgenden Tagen besserte sich der Zustand der Pat., die Schmerzen in der Extremität verringerten sich, die Schwellung nahm ab, der Puls wurde kräftiger, die Kranke fühlte sich besser. Plötzlich, am 8. December, nach dem Mittagessen, fühlte sich Pat. unwohl; es trat Dyspnoe und Cyanose auf, und die Kranke starb. Entsprechend der von uns früher gestellten Diagnose glaubten wir, daß ein von den Semilunarklappen abgerissener Embolus in's Gehirn verschleppt wurde und den plötzlichen Tod verursacht habe. Die Section ergab jedoch ein durchaus verschiedenes Resultat.

Nach Eröffnung des Brustkastens und Herausnahme der Lungen sieht man, daß beide Stämme der Pulmonalarterie ausgefüllt sind mit einem rothen, harten, schwer von der Gefäßwand sich ablösenden Thrombus; an der Verzweigungsstelle der Art. pulmonalis befindet sich ein rittlings sitzender Embolus, theilweise entfärbt, mit einigen thrombotischen Schichten von theils gelber, theils rother Farbe bedeckt.

Der Embolus setzt sich in die feinsten Verzweigungen fort und verschließt ihr Lumen vollständig. In den Lungen fanden sich außer einem unbedeutenden Oedem in den Oberlappen keine Veränderungen; das Lungengewebe war blaß, schwammig, beim Durchschneiden crepitirend (nirgends infarct).

Das Herz diastolisch, in seinem Querdurchmesser vergrößert; das Blut flüssig; der Herzmuskel trübe, blau und welk; die Herzklappen glatt, glänzend und elastisch; die innere Fläche der Aorta gelblich, glatt und glänzend. Die Milz vergrößert, weich, kirschroth (Tumor lienis acutus). Die Leber und die Nieren auf dem Durchschnitt trübe, hyperämisch, die Organe geschwellt Auf der Schleimhaut des Magens und des Darmes keine Veränderungen. In beiden Eierstöcken nußgroße Cysten mit serösem Inhalte. Der Uteruskörper vergrößert, die Schleimhaut körnig (Endometritis granulosa). Die linke Vena femoralis ist bis zum Ligamentum Poupartii durch einen harten, rothen Thrombus verstopft. Die Venen der rechten unteren Extremität und die Abdominalvenen enthalten flüssiges Blut.

Die Section hat also unsere Vermuthungen nicht bestätigt. Die Diagnose „acute Endocarditis", nach den klinischen Symptomen vollständig berechtigt, hat sich als falsch erwiesen: der Fall lehrt uns, wie vorsichtig man mit derartigen Diagnosen sein muß und wie sie nur durch die Section sichergestellt werden kann. Er ist aber noch aus anderen Gründen lehrreich.

Ein ähnlicher Verlauf einer Embolie der A. pulmonalis ist ungewöhnlich. In der Regel führt eine Embolie der genannten Arterie entweder zu plötzlichem Tode oder zur Bildung eines Lungeninfarcts. In unserem Falle trat der Tod, obgleich plötzlich, erst nach 3 Wochen ein und ein Infarct bildete sich gar nicht. Die einzige mögliche Erklärung dafür ist, daß der Embolus, an der Verzweigungsstelle der Arterie sitzen bleibend, sich nicht mehr vergrößerte und das Lumen des Gefäßes nicht verschlossen, sondern nur verengert hatte; die Folge davon war, daß die Lungen weniger Blut bekamen; dadurch entstand die Athemnoth. Erst ein neuer Embolus, aus der V. femoralis stammend, verursachte den Tod, keine Zeit weder für die Bildung eines Infarctes, noch sogar für die Entstehung eines Lungenödems lassend.

Eigenthümlich ist auch in unserem Falle der Umstand, daß die embolischen Erscheinungen derartig die thrombotischen überragten, daß man die letzteren kaum bemerken konnte, und als sie stärker vortraten, man sie eher als secundäre denn als primäre auffassen konnte. Ganz anders verläuft die Lungenembolie, die nach einem Typhus oder im Puerperium entsteht: hier fesselt die Phlegmasia alba dolens zuerst unsere Aufmerksamkeit; die Lungenembolie entsteht schleichend und geht manchmal in Lungenabsceß über.

Das Abreißen des Venenthrombus wurde vielleicht dadurch verursacht, daß die Kranke herumging. Was die Entstehung desselben betrifft, so wäre nach unserer klinischen Diagnose eher eine Embolie der A. femoralis und ihrer Aeste zu erwarten gewesen; leider war es bei der Untersuchung wegen des dicken Fettpolsters unserer Kranken unmöglich gewesen, festzustellen, ob das Lumen der Arterie oder Vene verstopft war. Die Extremität war blaß und kalt, anämisch. Die Geschwüre waren von kleinem Umfange und ihre Oberfläche in Heilung begriffen; wir konnten unmöglich einen von hier ausgehenden thrombotischen Proceß vermuthen; auch war die Entstehung der Thrombose eine schleichende.

Im ganzen Symptomencomplex gab es nur ein einziges Symptom, das uns die schwierigen Verhältnisse aufdecken könnte, das war nämlich das Geräusch im ersten Intercostalraum in der Parasternallinie. Litten[1]) hörte das Geräusch im ersten Intercostalraum links vom Sternum, in unserem Fall dagegen war dasselbe Geräusch rechts vom Sternum hörbar, so daß es als Aortengeräusch aufgefaßt werden könnte. Wir entnehmen daraus, daß das Litten'sche Symptom von großer diagnostischer Bedeutung ist, nur muß seine Auffassung Litten gegenüber erweitert werden. Es wäre möglich, daß in Litten's

[1]) Litten, Ueber Gefäßgeräusche bei Obturation der Pulmonalarterie und ihrer Aeste. Charité-Annalen, 1878.

Fällen der Embolus mehr den linken Ast der Arterie verengerte, das stenotische Geräusch war daher links zu hören, in unserem Falle dagegen geschah desgleichen rechts.

Soweit mir bekannt, wurde bis jetzt von keiner Seite die Beobachtung von LITTEN bestätigt, es schien mir daher schon aus diesem Grunde die Publication dieses Falles wünschenswerth, umsomehr, als dieses Symptom ohne vorherige Kenntniß der LITTEN'schen Entdeckung bemerkt wurde.

Referate und literarische Anzeigen.

V. ZIEMSSEN (München): **Bluttransfusion oder Salzwasserinfusion?**

Vielfach wird der Infusion von Salzlösung der Vorzug vor der Bluttransfusion gegeben und letzterer überhaupt wenig Werth beigemessen, obwohl Verf. eine Reihe von günstigen Erfolgen mit der Bluttransfusion mitgetheilt hat. Wenn auch die Infusion von Kochsalzlösung ein ausgezeichnet wirksamer und leicht zu beschaffender Ersatz für die Bluttransfusion in Fällen von höchst acuten, das Leben unmittelbar bedrohenden Blutverlusten ist und unter Umständen als ein momentaner, lebensrettender Eingriff nicht genug empfohlen werden kann, so ist ihr Effect doch meist nur ein rasch vorübergehender, und in den meisten Fällen von erheblichem Blutverluste ist man gleichwohl zur nachträglichen Bluttransfusion gezwungen. Diese Auffassung bestätigt ein neuerlich von Z. beobachteter und in der „Münch. med. Woch." (1895, Nr. 14) beschriebener Fall. Es handelte sich um ein junges Mädchen mit wiederholten Magenblutungen, welche einen raschen Verfall zur Folge hatten. Ex indicatione vitali wurde sofort ein Liter 6proc. Kochsalzlösung subcutan infundirt. Der momentan erfolgten Besserung folgte bald ein Zustand extremer Schwäche, weshalb eine Bluttransfusion von Arm zu Arm (175 Ccm. intravenös infundirt) vorgenommen wurde. Es trat rasch Besserung des subjectiven und Allgemeinbefindens ein, doch blieb die Anämie stabil. Subcutane Injectionen von Solutio natrii arsenicosi (1%, anfangs 2mal täglich 0·3 Ccm.) beeinflußten dieselbe auffallend günstig. Z. glaubt, daß die Kranke ohne Bluttransfusion zu Grunde gegangen wäre. In analogen Fällen empfiehlt es sich, die Bluttransfusion der Salzwasserinjection spätestens nach 12 Stunden folgen zu lassen. Meist genügt eine einmalige Blutzufuhr, die nicht einmal 175 Ccm. zu betragen brauche. Ba.

Aus der Berner chirurgischen Klinik.

S. BERESOWSKY: **Ueber Radicaloperation nicht eingeklemmter Brüche und ihre Endresultate.**

Die Herniotomie ist eine von denjenigen Operationen, die jeder Arzt auszuführen im Stande sein muß. Uneingeschränkt gilt dieser Satz freilich nur mit Rücksicht auf eingeklemmte Brüche; doch muß er wenigstens auch das Interesse an dieser Operation genügend erwecken, um sich über dieselbe, bei nicht eingeklemmten Brüchen angewandt, gern unterrichten zu lassen. Darum ist es dankenswerth, daß BERESOWSKY das Material der Berner Klinik, d. s. 220 Radicaloperationen verschiedener nicht eingeklemmter Brüche, auf ihre Endresultate geprüft hat („Deutsche Zeitschr. für Chirurgie", Bd. 40, Heft 3/4). KOCHER benutzte bis Juni 1892 ausschließlich die Methode der tiefen Canalnaht, später seine neue „Verlagerungsmethode" [1]), BASSINI's Methode und KÜSTER's Methode.[2]) Die beiden letzteren ergaben stets vollständige Heilung und besonders BASSINI's Methode fast keine Recidive. Eiterung tritt umso leichter ein, je größer die Anzahl der Seidenknopfnähte wird; daher sind die Methoden, welche durch Belassen des Bruchsackes in der Wunde die größte Anzahl von Knopfnähten erfordern, die unzweckmäßigsten. Diesen Satz bestätigen die Resultate der verschiedensten Kliniken. Dazu kommt, daß die Eiterung den Patienten bei der KOCHER'schen Methode in Folge ihrer oberflächlicheren Lage weniger bedroht, als z. B. bei der MAC EWEN'schen Operation, bei der sie in der Gegend des Bruchsackes unmittelbar unter dem Peritoneum sich festzusetzen pflegt. Eine eintretende Eiterung muß übrigens nicht unbedingt die Gefahr eines Rückfalles erhöhen; das kommt auf die Individualität des Falles an.

Da die Operation 0% Sterblichkeit ergab, kann der Wunsch des Pat. als genügende Indication zur Ausführung der Operation gelten. Die Größe des Bruches und die Zeitdauer seines Bestehens verschlechtern die Prognose weder rücksichtlich der Heilungsdauer, noch des Recidives. Bei sehr alten Pat. und sehr schlaffen Bauchdecken kann allerdings ein Rückfall am ehesten den Erfolg des Eingriffes vereiteln. Oft lassen sich Recidive vermeiden, wenn man eine vorhandene Varicocele beachtet und sie gründlichst mitoperirt. Etwas häufiger mögen Recidive auch bei sehr kleinen Kindern, bei denen die Operation an sich zulässig ist, eintreten, doch immerhin seltener, als das Ausbleiben der Heilung bei Behandlung mit Bruchbändern.

Die beste Methode scheint die letzte Modification der KOCHER-schen Methode zu sein, weil sie an Erfolgen mit den sonst besten (BASSINI, MAC EWEN) ebenbürtig ist, aber wegen der Einfachheit ihrer Technik und ihrer Gefahrlosigkeit für den Pat. selbst im Falle eines gestörten Wundverlaufes jene übertrifft.

Die Verordnung eines Bruchbandes nach einer richtig ausgeführten Operation und nach Heilung per primam erachtet BERESOWSKY für überflüssig. R. L.

Die Serumtherapie der Diphtherie nach den Beobachtungen im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin. Von **Dr. Adolf Baginsky**, a. o. Professor der Kinderheilkunde an der Universität Berlin, Director des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses. Berlin 1895, August Hirschwald.

Die Serumtherapie bedeutet eine neue Aera in der Behandlung der Diphtheritis. Diese neue Behandlungsmethode, welche ihre Entstehung mühsamen theoretischen Studien und experimentellen Untersuchungen verdankt, wurde schon anfangs 1894 in einigen Spitälern versuchsweise geübt, aber erst nach dem Budapester hygienischen Congresse und der in Wien abgehaltenen Naturforscher-Versammlung im eigentlichen Sinne des Wortes der Oeffentlichkeit übergeben.

In dem Mißerfolge, welchen die Tuberculin-Therapie aufzuweisen hatte, liegt der Grund, daß die ärztliche Welt mit Zagen an die neue Heilmethode herantrat, und obwohl in den letzten Monaten neue Mittheilungen über die ausgezeichneten Erfolge mit dem diphtherischen Antitoxin bekannt geworden sind, verhalten sich noch heutzutage viele Aerzte skeptisch dieser Heilmethode gegenüber.

Der rühmlichst bekannte Berliner Pädiater, Prof. BAGINSKY, sah sich veranlaßt, in einem ziemlich umfangreichen Werke seine Erfahrungen und theoretischen Erwägungen mit Einbeziehung der Literatur der Oeffentlichkeit zu übergeben, um dieselben dem ärztlichen Publicum näher zu bringen. Die in dem Werke niedergelegten Erfahrungssätze entstammen dem reichhaltigen Material von 525 Fällen, welche im Jahre 1894 und anfangs 1895 in dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause mit Heilserum behandelt worden sind.

Obwohl einige Ansichten BAGINSKY's von denen anderer Autoren abweichen, enthalten wir uns, diese einer Kritik zu unterziehen, aus dem einfachen Grunde, weil die Erfahrungen mit der Heilserumtherapie noch nicht abgeschlossen sind und der Autor seine Meinungen theoretisch und experimentell hinreichend begründet.

Um einen Ueberblick über den Inhalt des Buches zu bieten, sei erwähnt, daß der Autor in kritischer Weise die Entstehung der neuen Heilmethode beleuchtet, die früher geübte Therapie sammt ihren Ergebnissen streift, eine kurze Skizze über die echten diphtherischen Erkrankungsformen gibt und erst dann zur Heilserumtherapie übergeht. In der Besprechung des eigentlichen Themas, nämlich der Heilserumtherapie, werden über Anwendung und Dosirung eingehende Aufschlüsse gegeben. In den Ergebnissen der Serumbehandlung werden in klarer Weise die Einwirkung des Heilserums auf das Allgemeinbefinden, danach der Verlauf der örtlichen Erscheinungen an den Rachenorganen, der diphtherische Croup und die Nachwirkungen der Serumbehandlung besprochen.

[1]) Vgl. KOCHER, Chirurgische Operationslehre, 2. Auflage, 1894.

[2]) Vgl. das Referat über die BUNGNER'sche Arbeit in der „Wiener Med. Presse", Nr. 38, 1894.

Ein besonderes Capitel behandelt die Immunisirung von Kindern, welche der Infection mit Diphtherie ausgesetzt waren.

Den Schlußsätzen entnehmen wir Folgendes:

Das Heilserum hat sich als ein durchaus wirksames und als das beste der bisher gegen die echte Diphtherie angewendeten Mittel erwiesen. — Die Anwendung des Heilserum ist von keinerlei ernsten Zufällen und Erkrankungen gefolgt. — Ueber den Werth der Schutzimpfung gegen die diphtherische Erkrankung läßt sich vorerst ein abschließendes Urtheil nicht geben. — Die Unklarheit über die Art seiner Wirkung gegen den diphtherischen Proceß hat nicht den geringsten Einfluß auf dessen therapeutische Verwendung in der Praxis zu nehmen, nachdem seine Wirksamkeit nach den bisherigen Erfahrungen (empirisch) sichergestellt ist.

Das ausgezeichnete Buch BAGINSKY's wird sich gewiß viele Freunde erwerben und der Serumtherapie, welche zu den größten Errungenschaften der Medicin auf therapeutischem Gebiete gehört, neue Anhänger zuführen.

Druck und Ausstattung lassen Nichts zu wünschen übrig.

GALATTI.

Kleine Mittheilungen.

— Wenn auch die Thatsache feststeht, daß die Osteomalacie durch Castration geheilt wird, so mangelt es doch immer noch an einer zutreffenden Erklärung für dieses Verhältniß. G. E. CURATULO und L. TARULLI in Rom suchten nun der Lösung näher zu kommen, indem sie den **Einfluß der Abtragung der Eierstöcke auf den Stoffwechsel** studirten („Ctbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 21). Es wurden zu diesem Zwecke Hündinnen bei gleichmäßiger Diät gehalten, bis die Durchschnittsquantität in der Ausscheidung von Stickstoff und Phosphaten fast unverändert war. Wurden nun die Eierstöcke abgetragen, so ergab die Harnuntersuchung, daß die Menge der ausgeschiedenen Phosphorsäure ($P_2 O_5$) in erheblichem Maße und für lange Zeit hinaus vermindert war. Daraus schließen die beiden Autoren, daß die Ovarien im Sinne der BROWN-SÉQUARD'schen Theorie eine innere Drüsensecretion haben, d. h. fortwährend ein Ausscheidungsproduct in's Blut setzen, dessen chemische Zusammensetzung bis jetzt noch unbekannt ist, welches die Oxydation der phosphorhaltigen organischen Substanzen, die den Stoff zur Salzbildung der Knochen liefern, zu begünstigen fähig ist. Durch die Abtragung der Eierstöcke werde eine größere Zurückhaltung des organischen Phosphors bewirkt, was eine größere Anhäufung von Kalksalzen unter der Form von Calcium- und Magnesiumphosphat und die Wiederherstellung der normalen Festigkeit der Knochen zur Folge haben. Dieses Verhalten trage möglicher Weise auch zur Erklärung der Thatsache bei, daß castrirte Thier in vermehrtem Maße Fett ansetzen, endlich für das häufig beobachtete Fettwerden von Frauen im klimacterischen Alter und von unfruchtbaren Frauen.

— Die Reihe der zur Wundbehandlung empfohlenen Mittel erscheint durch ein neues Präparat, das **Nosophen (Tetrajodphenolphtalein) und sein Natronsalz Antinosin** bereichert, welche Präparate von Prof. A. CLASSEN und Dr. W. LÖB dargestellt wurden und mit welchen Dr. ANTON LIEVEN in Aachen eine Reihe von Versuchen angestellt hat („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 22). Das Nosophen, ein symmetrisch gebautes Derivat des Phenolphtaleins, weist einen Jodgehalt von 61% auf und stellt in reinem Zustand ein gelblichweißes Pulver dar, welches geruchlos und gegen Feuchtigkeit und Licht beständig ist. Es ist leicht löslich in warmem Aether und Chloroform, sowie in Eisessig, schwerer in Alkohol; vollkommen unlöslich ist es in Wasser. Es besitzt stark sauere Eigenschaften und in Folge dessen Löslichkeit in Alkalien, dadurch ist seine Löslichkeit im Blutserum bedingt, eine Eigenthümlichkeit, welche allen bisher zur Wundbehandlung empfohlenen Mitteln abgeht. Nachdem L. am Thierexperimente die Ungiftigkeit des Nosophens nachgewiesen hatte, ging er daran, das Verhalten der wichtigsten pathogenen Mikroorganismen, von denen wir wissen, daß sie den aseptischen Wundverlauf stören, dem Nosophen gegenüber zu prüfen. Als Resultate dieser Untersuchungen ergab sich nun, daß überall da, wo das Nosophen, bezw. das Antinosin mit Secreten genügend in Berührung kommt, demselben eine beträchtliche antiseptische Wirkung von dauerndem Charakter zuzuschreiben ist. Auf Grund der vorgenommenen Untersuchung, welche mit den theoretischen Annahmen im Einklang steht, ist das Nosophen den sämmtlichen bisher bekannten und zur Wundbehandlung empfohlenen Präparaten nicht allein ebenbürtig, sondern, im theoretischen Versuch wenigstens, überlegen. — Praktische Versuche mit diesem Präparate hat Doctor v. NOORDEN in München (ibid.) angestellt, indem er statt Jodoformgaze Nosophengaze anwendete. v. N. überzeugte sich, daß die 10%ige Gaze dasselbe leistete, wie die Jodoformgaze bezüglich der Tamponade, der Secretleitung und der Anregung zu Granulationen. Ein besonderer Vorzug liegt in der vollständigen Geruchlosigkeit. Sie eignet sich deshalb besonders zur Tamponade im Bereich der Mundhöhle und der benachbarten Höhlen.

— Die Gefahr der Blutung bei Oberkieferresectionen hat eine Reihe von Modificationen entstehen lassen, wie das Operiren in halber Narkose, oder bei herabhängendem Kopf, endlich die Anwendung der Tamponcanüle. Thatsächlich bedienen sich die meisten Operateure der temporären Tracheotomie, ohne darin das Ideal des Operationsverfahrens zu sehen. Es lag daher nahe, im gegebenen Falle eine Operationsmethode anzuwenden, welche Besseres zu leisten im Stande wäre. Von dieser Idee ausgehend, hat Dr. E. SENGER in Crefeld („D. med. Woch.", 1895, Nr. 22) den **Versuch einer blutlosen Oberkieferresection durch temporäre Constriction der isolirten Carotis** gewagt, nachdem er sich am Thierexperiment überzeugt hatte, daß eine unmittelbare Umschnürung der Arterie auf eine Zeit von 1—3 Stunden ohne jede Gefahr für die Thiere vorgenommen werden kann. Der operirte Fall selbst betraf einen 42jährigen Pat., dessen Kräfte sehr herabgekommen waren, der einen schwachen, aussetzenden Puls hatte und die Tracheotomie als Voroperation verweigerte. Es handelte sich um ein Carcinom der rechten Oberkiefergegend mit Betheiligung der Augen-, der Nasen- und der Mundhöhle. Bei der Operation wurde in Chloroformnarkose die Carotis an ihrer Theilungsstelle aufgesucht, die Carotis ext. isolirt, dieselbe mit einem Bausch von Jodoformgaze umhüllt und die Gaze mit einem Gummibande von $^1/_2$ Cm. Breite und einigen Millimetern Dicke umschlungen, jedoch nicht zusammengezogen. In einem zweiten Act wurden mittelst modificirtem DIEFFENBACH'schen Schnitte die Weichtheile bis weit in das Gesunde exstirpirt, wobei die Art. angularis unterbunden werden mußte. Jetzt erst wurde der Gummischlauch zugeschnürt, bis am peripheren Ende die Pulsation aufhörte, und der Knochen theils mit Meissel, theils mit Stichsäge durchtrennt. Die Operation bot weiter nichts Bemerkenswerthes und wurde in üblicher Weise zu Ende geführt. Die Blutung war gering und nur venöser Natur. Außer der Art. angularis braucht kein Gefäß unterbunden zu werden. Schließlich wurde eine feste Tamponade gemacht und der Carotisschlauch gelöst, nachdem der Pat. aus der Narkose erwacht war, um etwaiges Blutabfließen in die Lunge zu verhüten. Die Heilung erfolgte reactionslos und war nach 14 Tagen complet. Pat. erholte sich außerordentlich, von Seiten des Gehirns oder der Carotis waren keine Erscheinungen aufgetreten.

— Schon vor 15 Jahren hat LAQUEUR das **Eserin bei Glaucom** empfohlen und damals die Ansicht ausgesprochen, daß den Kranken durch das Mittel ein erträgliches Dasein durch Monate, ja vielleicht durch Jahre zu schaffen sei. Diese Prophezeiung scheint sich nach den Erfahrungen H. COHN's in Breslau („Berl. klin. Wochenschr.", 1895, Nr. 21) nicht nur bestätigt zu haben, sondern sie scheint eher eine allzu vorsichtige gewesen zu sein. Denn C. verfügt über Fälle, bei welchen das Mittel bis zu 14 Jahren geholfen hatte. Außer 5 speciell angeführten Fällen, in denen Jahre lang täglich Eserin gebraucht wurde, verfügt C. noch über eine Reihe anderer Fälle, bei welchen im Laufe von 2—3 Jahren jeder Anfall sicher durch einen oder mehrere Tropfen einer halbprocentigen Eserinlösung beseitigt wurde. Bei dieser Gelegenheit weist C. auf die Wichtigkeit des Regenbogensehens als Frühsymptom des Glaucoms hin, ein Symptom, welches, wenn es anfallsweise auftritt, für Glaucom unbedingt charakteristisch ist. Was den Dauererfolg betrifft, so steht es fest, daß die Sehschärfe nach jeder Iridectomie abnimmt, während die mitgetheilten Fälle beweisen, daß die Sehschärfe bei alleinigem Eseringebrauch nicht leidet; ebensowenig erwies sich das Gesichtsfeld verkleinert und die Sehnerven zeigten nach Jahren

keine Aushöhlung, wenn der Fall frisch in Behandlung kam. Beim chronischen, nicht entzündlichen Glaucom leistet auch das Eserin nur geringe Dienste, hingegen ist es ein willkommenes Mittel, um nach der Operation des einen Auges den Ausbruch auf dem zweiten Auge zu verhüten. Seit 10 Jahren tropft C. nach jeder Glaucom-Iridectomie täglich in das andere Auge Eserin und hat seitdem kein Ueberspringen gesehen. Nach solchen Erfahrungen empfiehlt C., bei der ersten Klage über Regenbogensehen sofort Eserin einzuträufeln. Dasselbe wirkt auch im acut entzündlichen Anfall vorzüglich und kann dabei stündlich angewendet werden. Eserin schadet nie und kann viele Jahre lang täglich 1—2mal gegeben werden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

Ueber Uterusruptur.

Referent FRITSCH (Bonn): Siehe an erster Stelle d. Bl.

Referent SÄNGER (Leipzig) betont einleitend das Verdienst BANDL'S um die moderne Lehre von der Uterusruptur.

Ref. geht sodann auf das für die Uterusruptur wichtige anatomische Verhalten des unteren Uterinsegmentes und der Cervix über, sowie auf das Verhalten des sogenannten Contractionsringes, erörtert weiters das Verhalten von Blase und Cervix, um schließlich folgende Eintheilung der Risse des Uterus und Fornix vaginae zu geben.

A. Anatomische Eintheilung.

I. Einfache Risse.
  1. Schlitzrisse des Uterus.
    a) Ruptura cervicis uteri
    b) „ segmenti inf. uteri
    c) „ cervicis et segm. inf. uteri } incomplet (= extracoeliacal) und complet (= coeliacal).
    d) „ corp. uteri
    e) „ fundi „
    f) „ corp. et fundi uteri } stets complet (= coeliacal)
    g) Rupt. port. vag. ut. transversalis.
  2. Spaltrisse des Uterus.
    Rupt. port. vag. et cerv. longitudinalis (incomplet, extracoeliacal).
  3. Schlitzrisse der Scheide.
    a) Rupt. fornicis ant. vag.
    b) „ „ post. „ } (überwiegend complet, coeliacal).
II. Mehrfache Risse.
  1. Getrennte Doppelrisse des Corpus uteri (FEHLING).
  2. Mehrfache getrennte Risse (NEUGEBAUER).
  3. Combination von Riß der Cervix mit perforirender Usur in räumlicher Trennung (BANDL).
III. Combinirte zusammenhängende (gleichzeitig oder rasch aufeinander in continuo entstandene) Risse.
  a) Rupt. cerv., segm. inf. corp. ut., Corp. uteri.
  b) Rupt. segm. inf. corp. ut., cervicis, fornicis vaginae. (KALTENBACH, H. W. FREUND, EVERKE.)
  c) Dasselbe, noch mit Rupt. recti (CLARKE).
  d) Dasselbe, noch mit Rupt. vesicae.
IV. Fissurae uteri (fornicis vaginae).
  1. Fissura uteri externa (peritonealis, coeliacalis), die Ruptura uteri incompleta externa nach BRENNEKE-SPIEGELBERG).
    a) Als einfache.
    b) Als mehrfache.
  2. Fissura uteri interna (muscularis, subperitonealis). (Die „latente Uterusruptur" von H. W. FREUND.)
V. Usura uteri, fornicis vaginae
  1. incompleta,
  2. completa, perforans,
    a) isolirte,
    b) mit Ruptura uteri (vaginae) combinirte Form.
VI. Durch Mißbildungen des Uterus bedingte Risse.
  1. Bei einfachem oder angedeutet doppeltem Uterus (Ut. arcuatus, incudiformis, obliquus (P. MÜLLER),
  2. bei Uterus unicornis,
  3. bei Uterus duplex mit für beide Hälften offener Cervix.

B. Eintheilung nach dem Zeitpunkt des Eintrittes der Ruptur.

I. Ruptura uteri in der Schwangerschaft,
II. Ruptura uteri (fornicis vaginae) sub partu,
  1. in der ersten Geburtsperiode,
  2. „ „ zweiten „
  3. „ „ dritten „
III. Ruptura uteri post mortem (ZWEIFEL)?

C. Eintheilung nach allgemeinen mechanischen und prädisponirenden Ursachen.

I. „Spontane", durch abnorme Schwangerschafts- und Geburtsvorgänge, durch abnorme Zustände des Uterus und der Scheide bewirkte Rupturen, „tokogene" Rupturen.
II. Violente, durch operative Eingriffe oder andere innere Traumen bewirkte Rupturen,
  1. bei drohender Gefahr einer tokogenen Ruptur.
  2. ohne solche,
    a) als Perforatio uteri (vaginae) digitalis, manualis, instrumentalis (Durchbohrung d. Ut. etc.),
    b) als Laceratio uteri (vaginae), Zerreißung, Zerfetzung des Uterus und der Scheide bis zum höchsten Grad der vollständigen Herausreißung des Uterus.
III. Durch äußere Traumen bewirkte Risse,
  1. bei Gegenwart prädisponirender Ursachen,
  2. ohne solche,
    a) ohne Eröffnung der Bauchhöhle,
    b) mit solcher (z. B. Aufreißen durch einen Fleischhaken, durch das Horn eines Stieres).

Auf die einzelnen Rißformen näher eingehend, erwähnt Ref. die von ZWEIFEL aufgestellte postmortale Ruptur, deren Vorkommen aber Ref. nicht als bewiesen ansehen kann. Für das Zustandekommen coeliacaler Risse von sonst extracoeliacal gelegenen Theilen des Uterus hält Ref. die Verschiebungen und Spannungsverhältnisse des Peritoneums von wesentlicher Bedeutung. Eine Ruptura uteri in der III. Geburtsperiode kommt niemals spontan vor. Hingegen ist die Zerreißung des Uterus nach der Geburt der Placenta durch forcirtes Aufwärtsdrängen seitens einer Hebamme durchaus plausibel. Nach Besprechung der Fissura uteri peritonealis, der latenten Uterusruptur und der Usura uteri kommt S. auf die prädisponirenden Factoren zu sprechen. Denselben ist eine größere Bedeutung beizulegen, als ihnen bisher und auch von BENDEL beigelegt wurde. Eine eingehende Besprechung widmet der Ref. ferners den mechanischen Factoren der Uterusruptur. Es ergibt sich daraus, daß für die verschiedensten Arten von Rupturen des Uterus und des Fornix trotz aller Complicirtheit der Verhältnisse im Einzelnen wesentlich die gleichen mechanischen Factoren obwalten. Die Verschiedenheiten liegen mehr auf dem ursächlichen Gebiete der prädisponirenden Factoren, des Sitzes und der Eigenart des mechanischen Hindernisses, der zeitlichen und örtlichen Umstände.

MEINERT (Dresden): **Ueber Spontanruptur des nicht schwangeren Uterus.**

Die Angabe alter Lehrbücher, der nicht schwangere Uterus könne bersten, wenn durch irgend eine Flüssigkeitsansammlung eine Ueberdehnung stattfindet, ist später immer mehr und mehr verschwunden, und gegenwärtig haftet dem Begriff einer Uterusruptur außerhalb der Schwangerschaft etwas mythisches an. Gleichwohl hat M. zwei hiehergehörige Fälle beobachtet, einen Fall, in welchem es sich um hochgradige Retroflexion und Haematometra handelte, bei

welchem es zur Ruptur kam. Die Frau wurde durch Laparotomie geheilt. Im zweiten Falle handelte es sich um Pyometra und nachfolgende Ruptur. Auch dieser Fall wurde durch die Operation geheilt.

HABERDA (Wien): **Demonstration zur Uterusruptur.**

Vortr. demonstrirt einige Verletzungen des Uterus, wie sie bei criminellem Abort vorkommen. Solche Verletzungen entbehren nicht des Interesses, weil sie ausheilen und später als Loci minoris resistentiae Anlaß zur Ruptur geben können. Die Verletzungen, welche beim Eihautstich oder bei der Injection von Flüssigkeit zwischen Uteruswand und Eihaut gesetzt werden, betreffen den Cervicalcanal, vor Allem in der Gegend des inneren Muttermundes. Noch häufiger sind Verletzungen am Uterusfundus, wo sich oft ganz colossale Zerstörungen vorfinden. Nicht selten findet man auch Verletzungen an den Tubenecken. Differentialdiagnostisch gegenüber Spontanruptur kommen diese Fälle wohl nicht in Betracht, da es in so früher Periode wohl nie zur Ruptur kommt. Hingegen war schon die Frage zu entscheiden, ob nicht durch eine nachträgliche ärztliche Behandlung mit der Cürette oder durch das Einhaken von Zangen ähnliche Verletzungen entstehen können. In manchen Fällen finden sich ausgedehnte Verletzungen der Nachbarorgane, seltener Verletzungen der Vagina. Schließlich demonstrirt H. Präparate von Rupturirung des Uterus durch ärztliche Eingriffe (Cürette, Kornzange).

FREUND jun. (Berlin): **Zur Uterusruptur.**

Vortr. demonstrirt Präparate, um an der Hand derselben seine Lehre von dem Zustandekommen der Spontanruptur durch Einklemmung der Muttermundsränder zu stützen. Dieselben betreffen einen Fall von typischem BANDL'schen Riß, einen Fall, bei welchem es durch Impression des Kindes zur Usur der vorderen Muttermundslippe gekommen war, und endlich im Anschluß an diese beiden Fälle einen nicht hieher gehörigen Fall, bei welchem es sich um eine osteomalacische Frau in extremis handelte, bei welcher der Arzt schnell perforiren wollte, aber nicht das Kind, sondern die vordere Muttermundslippe perforirte und mit dem Instrument in den Douglas und in die Blase eindrang. Ba.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VI.

v. EISELSBERG (Utrecht): **Ueber Ausschaltung des nichtoperablen Pyloruscarcinoms.**

Die neueren Methoden der Gastroenterostomie suchen zwei der früheren Nachtheile zu vermeiden: Die Compression des Quercolons und das Regurgitiren des Mageninhaltes in das zuführende Darmende. Unter 35 Fällen von Gastroenterostomie hat Redner 13 nach HACKER mit 3 Todesfällen, 11 nach WÖLFLER mit 3 Todesfällen operirt. 1 Todesfall erfolgte durch zu tiefe Anlegung der Fistel nach unten, 2 Patienten starben an Sepsis, 3 an Marasmus. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Redner die HACKER'sche Methode für diejenigen Fälle, in denen der Magen leicht umzudrehen ist. In allen anderen Fällen verdient die WÖLFLER'sche Methode den Vorzug. Die Fistel ist 20—30 Cm. unterhalb des Tumors anzulegen. In den meisten Fällen kommt das Wachsthum des Carcinoms nach der Operation zum Stillstand. Die in 2 Fällen fortdauernd vorhandenen lancinirenden Schmerzen veranlaßten E., die Gastroenterostomie mit einer Ausschaltung des Pylorus zu combiniren, mit dem Erfolg, daß sofort nach der Operation die Patienten dauernd frei von Schmerzen blieben. Der Gang der Operation ist folgender: Durchtrennung des Magens proximal vom inoperablen Pylorustumor, blindes Abnähen beider Magenschnittflächen und darauffolgende Gastroenterostomie. Die ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte einer 60jähr., an Carcinom des Pylorus und der Cardia erkrankten Frau zeigt deutlich, daß mit der Ausschaltung des Pylorus, bezw. der Jejunostomie das Wachsthum des Carcinoms aufhört und nun eine Kräftigung und Zunahme des Körpergewichtes (um 8 Kgrm.) erfolgen kann. Die im Juli 1894 operirte Patientin kann vom Munde aus gut schlucken und die Speisen bei sich behalten.

PLETTNER (Dresden): **Ueber die KOCHER'sche Methode der Gastroenterostomie.**

Redner hat die Nachtheile der WÖLFLER'schen Methode dadurch zu vermeiden gesucht, daß er den Darm nicht in der Längs-, sondern in der Querrichtung an den Magen annäht. Von einer Klappenbildung nach KOCHER hat P. wegen der später eintretenden Schrumpfung Abstand genommen. Der Abschluß des Magens wird schon durch die Füllung desselben bewirkt.

DOYEN (Reims): **Ueber die Behandlung der nicht krebsigen Affectionen des Magens.**

Alle schmerzhaften Erscheinungen des Magens bei Magengeschwür, Dyspepsie und Hyperacidität sind auf die spastischen Zusammenziehungen des Pylorus zurückzuführen. Bei mangelndem Chemismus bleibt der Pylorus geschlossen. Bei Erfolglosigkeit der Behandlung mit inneren Mitteln führt in diesen Fällen starker Schmerzhaftigkeit die Ausschaltung des Pylorus durch Gastroenterostomie zu sicherer Heilung. 48 Magenoperationen, darunter 16 Fälle von Carcinom, ergaben eine Mortalität von 30%. 7 Fälle von schwerer Dyspepsie und Hyperacidität wurden durch die Operation vollkommen geheilt.

RYDYGIER (Krakau): **Zur Behandlung der Darminvaginationen.**

Dem vor 10 Jahren von BRAUN erstatteten Bericht über 66 Fälle von Darminvagination fügt R. eine weitere Statistik von 75 Fällen mit 75% Mortalität an. Dieses hohe Mortalitätsverhältniß findet darin seine Erklärung, daß die meisten Fälle zu spät in chirurgische Behandlung kommen. Der Zeitpunkt der Operation ist das Wichtigste bei der Behandlung. Lassen in den acuten Fällen Elektricität, hohe Eingießungen etc. im Stich, so muß ohne Zögern sofort operirt werden. Der Ausgang ist auch verschieden, je nach dem acuten oder chronischen Verlauf und er wird auch durch das Alter beeinflußt. Während 42 acute Fälle eine Mortalität von 73·8% ergaben, betrug diese in 27 chronischen Fällen nur 25·9%. Bei acuter Invagination ist als ganz unbrauchbar die Anlegung eines Anus praeternaturalis auszuschalten, da durch diese nach der BRAUN'schen Statistik kein einziger Fall geheilt worden ist; ebenso auch die Enteroanastomose, welche die eingeklemmten Darmschlingen unbeeinflußt läßt. Die Desinvagination ist in allen frischen Fällen indicirt, bei noch wenig veränderten Darmwänden unter Vermeidung großer Gewalt. Unter 24 Fällen führte die Desinvagination 8mal zu einem glücklichen Ausgang. Als letzter Eingriff bleibt die Resection des Invaginats übrig. In BRAUN's Statistik verliefen alle Resectionen letal; R. hat unter 12 Resectionen 3 Heilungen zu verzeichnen. — Bei der chronischen Invagination kann man sich zunächst mehr abwartend verhalten; zuweilen tritt nach entsprechender Diät eine Besserung ein. Ein allzulanges Zögern verschlechtert die Prognose. Auch hier ist die Desinvagination noch zu versuchen. Läßt dieser Versuch im Stich, so ist die Resection zu empfehlen. Zur Anlegung eines Anus praeternaturalis ist keine Indication vorhanden.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 20. Mai 1895.

STADELMANN berichtet über zwei Fälle von Durchbruch eines Carcinoms nach der Aorta.

MICHAELIS demonstrirt das Herz eines Hundes, welches ulceröse Endocarditis nach Injection von Pneumoniecoccen zeigt.

v. POEHL (St. Petersburg) als Gast: **Zur physiologischen Chemie der Gewebssafttherapie im Allgemeinen und der Spermintherapie im Speciellen.**

Redner faßt seine Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

Alle thierischen Gewebe und Zellen bilden unter normalen wie pathologischen Verhältnissen Producte der regressiven Metamorphose, unter denen die Leukomaine eine wesentliche Rolle spielen. Unter

normalen Verhältnissen werden die Leukomaine oxydirt und auf diesem Wege aus dem Organismus entfernt. Die Oxydation wird zum Theil auf Kosten des Sauerstoffes der eingeathmeten Luft bewerkstelligt, zum Theil auf Kosten des Sauerstoffes der Gewebe, welcher sich bei der Gewebeathmung unter dem Einfluß eines chemischen Fermentes abspaltet. Das Spermin, eine organische Base, $C_5 H_{14} N_2$, spielt die Rolle dieses chemischen Fermentes, dem die Aufgabe zufällt, auf dem Wege der Katalyse die physiologischen Processe der Intraorganoxydation zu fördern. Das Spermin findet sich in der Mehrzahl der Organe und Gewebe sowohl der männlichen wie weiblichen Individuen und stellt einen normalen Bestandtheil des Blutes dar. Die katalytische Wirkung besitzt nur das lösliche Spermin, d. h. das active physiologische Spermin; das unlösliche Spermin (Sperminphosphat) besitzt nicht das Vermögen, Oxydationsprocesse hervorzurufen. Das Spermin wird im Organismus als ein unter gewissen Bedingungen entstehendes Spaltungsproduct des Nucleïns gebildet. In Gegenwart von phosphorsauren Verbindungen bilden die löslichen Sperminsalze bei amphoterer Reaction das unlösliche Sperminphosphat, das sich entweder in amorphem oder krystallinischem Zustande (CHARCOT-LEYDEN'sche Krystalle) ausscheidet. Die Gewebsathmung, sowie die mit ihr verbundene Intraorganoxydation sind in dem Organismus herabgesetzt, sobald in ihm die Bedingungen auftreten, unter welchen das lösliche Spermin in das unlösliche Phosphat verwandelt wird. Die herabgesetzte Blutalkalescenz ist eine der wesentlichsten Bedingungen, unter denen das Spermin in den inactiven Zustand übergeführt wird. Als Folge der herabgesetzten Gewebsathmung tritt im Organismus Anhäufung der Producte der regressiven Metamorphose der Eiweißkörper, insbesondere Anhäufung der Leukomaine auf, was die Selbstvergiftung des Organismus, die Autointoxication, hervorruft. Die Ursache der Autointoxication, die Anhäufung von Leukomainen im Körper, wird einerseits durch herabgesetzte Oxydationsprocesse im Gesammtorganismus (Lungenleiden, Kachexien, Marasmus etc.), andererseits durch quantitativ und qualitativ abnorme Leukomainebildung an bestimmten Stellen desselben ausgelöst. Als solche können gelten überreiztes Gewebe, besonders Nervengewebe, der Darmtractus bei abnormen Gährungsprocessen, parasitäre Herde (Tuberculose, Diphtherie) etc.

Die gegenwärtige Gewebssafttherapie, deren typischer Vertreter das BROWN-SÉQUARD'sche Verfahren ist, verdankt ihren Erfolg wohl dem in den Gewebssäften enthaltenen Spermin. Der BROWN-SÉQUARD-sche Testikelauszug entspricht weniger den therapeutischen Anforderungen als das aus demselben isolirte wirksame Princip, nämlich das Spermin (Sperminum Poehl). Durch das in den Organismus zu therapeutischen Zwecken entweder per os oder subcutan eingeführte Spermin wird die Gewebsathmung zur Norm gebracht, wodurch die Autointoxication direct beeinflußt wird. Die bei so vielen Krankheiten zu beobachtende Mannigfaltigkeit des therapeutischen Effectes findet ihre Erklärung darin, daß die Mehrzahl dieser Krankheiten durch eine gemeinsame, durch das Spermin direct beeinflußbare Ursache (herabgesetzte Gewebsathmung) veranlaßt wird. Die Entlastung der Gewebe, insbesondere des Nervengewebes, von den in denselben aufgehäuften Leukomainen hat Wiederherstellung der functionellen Leistungsfähigkeit verschiedener Organe zur Folge, wodurch die nach Spermineinführung so oft beobachtete Hebung des Selbstgefühls, sowie die Steigerung der Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen drohende oder schon vorhandene Infection bedingt wird.

Als objectiver Ausdruck der therapeutischen Sperminwirkung kann hauptsächlich die Veränderung der chemischen Zusammensetzung des Harns dienen: 1. das Verhältniß der Gesammtstickstoffquantität des Harns zur Harnstoffstickstoffquantität, d. h. der Coefficient der Oxydationsenergie der N-haltigen Bestandtheile des Körpers wird gehoben, bezw. nähert sich der Einheit. 2. Das Verhältniß der Harnstoffquantität zur Menge der Chloride im Harn ändert sich in der Weise, daß die Quantität der Chloride steigt. Beide Symptome deuten auf Steigerung der Intraorganoxydation hin. 3. Das Verhältniß der Harnsäurequantität zur Phosphorsäuremenge in Form von Dinatriumphosphat, d. h. der ZERNER'sche Coefficient nähert sich seinem normalen Werthe. Die durch das Spermin bedingte Abnahme des ZERNER'schen Coefficienten deutet auf Wiederherstellung der herabgesetzten Blutalkalescenz die Wiederherstellung der normalen Energie der Intraorganoxydation geht Hand in Hand mit Steigerung der herabgesetzten Blutalkalescenz. Bei normaler Blutalkalescenz treten als Spaltungsproducte des Nucleoalbumins Xanthinkörper und actives Spermin auf, in dessen Gegenwart die sich bildende Harnsäure weiterhin bis zu Harnstoff oxydirt wird. Bei herabgesetzter Blutalkalescenz treten als Spaltungsproducte des Nucleoalbumins Xanthinkörper und unlösliches Sperminphosphat auf, in dessen Gegenwart die Harnsäure weiterhin nicht oxydirt wird und sich mit den Xanthinkörpern im Organismus anhäuft, wodurch das Entstehen der harnsauren Diathese begünstigt wird. Da die harnsaure Diathese durch Abnahme der Intraorganoxydation bedingt wird, so ist bei dieser Krankheit die Einführung von activem Spermin indicirt, sehr zweckmäßig ist es, zugleich Alkalien (alkalische Mineralwässer) zu verordnen, da in deren Gegenwart das Spermin seine größte Wirkung hat.

Die verschiedenen Autointoxicationsformen stellen einerseits selbstständige Krankheitsbilder dar, andererseits bilden sie das prädisponirende Moment für verschiedene Infectionskrankheiten. Die normale Gewebsathmung, welche nur bei activem Spermin möglich ist, bildet eines der wesentlichsten Momente, durch welche die Immunität des Organismus gegen gewisse Infectionen gesichert wird. In der bei normaler Blutalkalescenz vor sich gehenden Leukocytose und dem darauf folgenden Leukocytenzerfall ist das Wesen der Immunität und Immunisation zu suchen. Dagegen wird die Leukocytose bei herabgesetzter Blutalkalescenz keinen immunisirenden Effect hervorbringen. Bei allen quantitativen und qualitativen Differenzen des Effectes hat das eingeführte Sperminum Poehl immer eine Wirkung zur Grundlage seiner therapeutischen Leistungsfähigkeit; die qualitativen Differenzen erklären sich durch die Verschiedenheit der durch das Spermin beeinflußten Organe und Gewebe, sowie der Intoxicationen; die quantitativen Differenzen stehen offenbar zum Theil mit der Blutalkalescenz im Zusammenhang. Die therapeutische Wirkung des Spermins, wie überhaupt der in der Gewebssafttherapie angewandten Mittel kann nur physiologisch-chemischer Natur sein, indem der allgemeine Tonus gehoben wird. Ein Einfluß auf anatomisch veränderte Gewebe läßt sich vom Spermin nicht erwarten.

Das Spermin ist eine der Hauptwaffen des Organismus im Kampfe gegen die ihn bedrohende Autointoxication, zugleich eines der wesentlichsten Elemente der vis medicatrix naturae, die ihm den Sieg über die schon vorhandene Autointoxication ermöglicht.

Aus der Discussion, an der sich SENATOR, FÜRBRINGER, EWALD, GOLDSCHEIDER, LOEWY und BAGINSKY betheiligten, sind besonders die Mittheilungen SENATOR's bemerkenswerth. Die Untersuchungen, welche er durch RICHTER und AD. LOEWY anstellen ließ, ergaben eine unzweifelhafte Wirkung auf das Blut: der anfänglich starken Leukocytose folgt sehr bald eine Hyperleukocytose und zugleich tritt eine Zunahme der Alkalescenz des Blutes ein. Inwieweit das Spermin dadurch ein Heilmittel gegen gewisse Krankheiten ist, müssen erst weitere Untersuchungen feststellen. —r.

Notizen.

Wien, 8. Juni 1895.

Der Gynäkologen-Congreß in Wien.

Die abgelaufene Woche stand unter dem Zeichen des VI. Congresses der deutschen gynäkologischen Gesellschaft, welcher, Dank den umfassenden Vorbereitungen der Geschäftsführung, einen glänzenden Verlauf genommen hat. Es waren Tage heißer, angestrengter Arbeit, welche die deutschen Gynäkologen, sowie die zahlreichen Theilnehmer der Versammlung im Prachtsaale der Wiener Gesellschaft der Aerzte vereinten, und mit Befriedigung konnte der diesjährige Vorsitzende, Prof. R. CHROBAK, die illustre Versammlung begrüßen, die angesichts der Bildnisse ROKITANSKY's, SKODA's, OPPOLZER's und BILLROTH's ihre wissenschaftliche Thätigkeit eröffnete.

Er that dies nicht ohne einen verschämten Seitenblick auf die Zustände im Wiener Allgemeinen Krankenhause, dessen Raum-

mangel es unmöglich gemacht hat, die Versammlungen des Congresses an der Klinik selbst abzuhalten, wie dies bisher Gepflogenheit war. Von besonderem Interesse waren CHROBAK's Ausführungen über die Leistungen und Ziele der Gynäkologie und Geburtshilfe, welch ersterer, die noch immer in operativer Richtung ihre Fortschritte sucht, einerseits die Prüfung und kritische Sichtung der errungenen therapeutischen Erfolge, andererseits die Ausgestaltung der Prophylaxe durch Verbreitung der Lehren der Hygiene obliegt. Während in der Gynäkologie als jungem Fache mehr sprungweise gearbeitet wird, ist das ältere Specialfach, die Geburtshilfe, heute auf jenem Standpunkte angelangt, wo nur mühevollste Arbeit schrittweise fördern kann. Ist die geburtshilfliche Operationslehre seit langer Zeit als fast abgeschlossen zu betrachten, so sind es hier die Fragen der Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft und Geburt — vor Allem der Stoffwechsel des Kindes, die placentare Ernährung und Athmung, die Lehre vom unteren Uterinsegmente, der Geburtsmechanismus, die Osteomalacie und Eklampsie — welche bei jedem Blick noch klaffende Lücken zeigen. In ausführlicher Weise erörterte CHROBAK die Schwierigkeiten, welche den Studirenden in der Erlernung der Geburtshilfe entgegenstehen, und verwies darauf, daß die Versammlung auf jenem Boden stehe, auf welchem SEMMELWEISS zuerst die großen Gefahren des Unterrichtes betont und als Erster die Ursache der puerperalen Erkrankungen aufgedeckt hat. In fesselnder Darstellung entwarf der Redner ein statistisches Bild der Mortalität und Morbidität an den Wiener geburtshilflichen Kliniken, die ein Jahresmaterial von 10.000 Geburten zu bewältigen haben, und konnte seine sehr beifällig aufgenommenen Ausführungen mit dem Hinweise auf die Thatsache schließen, daß die unter den ungünstigsten äußeren Umständen und ohne systematische, prophylaktische Scheidenausspülungen an den Wiener Kliniken gewonnenen Resultate sich mit jenen der meisten anderen Unterrichtsanstalten vollauf messen können.

Das Hauptinteresse der Verhandlungen wandte sich der lebhaften, durch ausgezeichnete Referate eingeleiteten Discussion über die für den diesjährigen Congreß vorbereiteten Themen „Uterusruptur" und „Endometritis" zu, welche die Vormittage der beiden ersten Congreßtage ausfüllten. Zahlreiche Vorträge über die wichtigsten Fragen der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie interessante Krankenvorstellungen ergänzten die überreiche Tagesordnung. Wir berichten über die Verhandlungen des Congresses an anderer Stelle dieser Nummer.

Von hervorragenden auswärtigen Theilnehmern der Versammlung seien genannt: OLSHAUSEN, MARTIN, VEIT, LANDAU (Berlin), FRITSCH (Bonn), WINCKEL, STUMPF (München), ZWEIFEL, SÄNGER (Leipzig), KÜSTNER, PFANNENSTIL (Breslau), SCHATZ (Rostock), HOFMEIER (Würzburg), FEHLING (Halle), HENRICIUS (Helsingfors), NEUGEBAUER (Warschau), REIN (Kiew), MÜLLER (Bern), KÉZMARSZKY, TAUFFER (Budapest), SZABO DE SZENTMIKLOS (Klausenburg), MARS, JORDAN (Krakau), ROSTHORN (Prag), EHRENDORFER (Innsbruck), TORGGLER (Klagenfurt).

Als Ort des nächsten, im Jahre 1897 stattfindenden Congresses wurde Leipzig, zum Vorsitzenden desselben ZWEIFEL, zu dessen Stellvertreter CHROBAK gewählt. Als Themen wurden „Retroflexio" und „Placenta praevia" bestimmt.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrirte Prof. GUSSENBAUER zunächst einen Fall von Aneurysma A. subclaviae dext. infraclaviculare bei einem 54jähr. Mann, bei welchem zunächst die digitale Compression versucht wurde, die aber Pat. nicht vertrug. Unter intermittirender Compression verkleinerte sich die Geschwulst anfangs, begann aber bald wieder zu wachsen und Schmerzen zu verursachen. Daher wurde am 20. Februar die Unterbindung der A. subclavia supraclaviculär gemacht. Damals war die Geschwulst kleinkindskopfgroß. Das Resultat der Unterbindung war sofortiges Aufhören der Schmerzen, der Pulsation und ein allmäliges Verschwinden der Geschwulst bis auf eine kleine flache Hervorragung. Eine wesentliche Circulationsstörung im Bereich der rechten oberen Extremität war nicht eingetreten, hingegen stellte sich in der Folge eine relative Abnahme im Volumen der rechten oberen Extremität mit bedeutender Herabsetzung der grobmotorischen Kraft ein. — Ferner stellte GUSSENBAUER einen 22jähr. Mann mit Tetanus traumaticus vor, welcher mit Chloral-Morphinnarkose behandelt und geheilt worden war. Dem Pat. war ein Canalgitter auf den Fuß gefallen und hatte eine Quetschwunde der großen Zehe verursacht, welche von einem Arzte sachgemäß behandelt wurde. Am 17. Tage nach der Verletzung stellten sich die ersten Symptome von Tetanus ein, welche sich trotz eingeleiteter Behandlung immer mehr steigerten, aber schließlich nach Verlauf von 4 Wochen in Heilung übergingen. Interessant war das Auftreten eines Erythema multiforme, das man sonst auch bei Behandlung mit dem TIZZONI'schen Tetanus-Antitoxin beobachtet hatte und diesem zur Last zu legen pflegte. — Schließlich demonstrirte Prof. WEINLECHNER einen Pat. mit eigenartigem, ausgebreiteten Tumor des Hinterhauptes, der an einzelnen Theilen das Aussehen eines Fibroma molluscum zeigt, an anderen Stellen wieder Fluctuation aufweist. W. läßt die Diagnose bis zur vollendeten mikroskopischen Untersuchung eines excidirten Tumorstückchens in suspenso.

(Die Lage der österreichischen Bezirksärzte.) Wie bereits kurz mitgetheilt, hat am 26. Mai d. J. eine Delegirten-Versammlung der landesfürstlichen Bezirksärzte Cisleithaniens in Wien stattgefunden, welche den einstimmigen Beschluß gefaßt hat, Petitionen an die beiden Häuser des Reichsrathes einzubringen, damit ein die Stellung der Bezirksärzte verbesserndes Gesetz geschaffen werde. Bekanntlich rangiren die Bezirksärzte als ständige Sanitätsorgane der k. k. Bezirkshauptmannschaften in die IX. Rangsclasse, eine Stellung, die in der Folge dadurch noch mehr herabgedrückt wurde, daß durch das Gesetz vom 24. November 1876 die neu angestellten Bezirksärzte bis zu drei Fünftel des Gesammtstatus eines Kronlandes in die X. Rangsclasse eingereiht werden. Während bei den übrigen Kategorien der akademisch gebildeten Beamten nur die Jüngstangestellten verhältnißmäßig kurze Zeit in der X. Rangsclasse stehen und selbst die Beamten jener Branchen, welche zu ihrer Anstellung keiner akademischen Bildung bedürfen, nur eine gewisse Zeit mit der Aussicht auf ein entsprechendes Avancement diesen Rang bekleiden, befinden sich, wie die uns vorliegende Petition ausführt, die k. k. Bezirksärzte, welche siebzehn Jahre, d. i. um fünf Jahre länger als die Techniker und Juristen zu ihrer Ausbildung brauchen, in einer so außergewöhnlich ungünstigen Lage, daß sie allen Staatsbeamten-Kategorien, selbst jenen ohne Hochschulbildung, in Bezug auf ihr Avancement nachstehen, gegenüber jenen Staatsbeamten aber, die gleichfalls akademische Bildung besitzen müssen, in geradezu kränkender Weise zurückgesetzt erscheinen. Die Petition, welche im Herrenhause von Hofrath ALBERT, im Abgeordnetenhause von Prof. MARCHET überreicht werden wird, gipfelt in der Bitte, durch Schaffung von drei Kategorien von Bezirksärzten mit je einem Drittel in der VII., VIII. und IX. Rangsclasse der drückenden Nothlage der landesfürstlichen Bezirksärzte abzuhelfen.

(Die Reform des Sanitätsdienstes.) „Es ist wahrlich für das geistige Niveau der Menschheit am Ende des neunzehnten Jahrhunderts ein wenig erfreuliches und erhebendes Symptom, daß sogar die repräsentativen und legislatorischen Corporationen und die Regierungen selbst für den hohen Werth der Erhaltung des größten menschlichen Reichthums, nämlich der Gesundheit, so wenig Sinn und Verständniß an den Tag legen." Mit diesem leider nicht unbegründeten Vorwurf leitete der Abg. Dr. DVOŘÁK eine an den Minister des Innern gerichtete Interpellation ein, in welcher mit Hinweis auf die mit der Entwicklung und Vervollkommnung der sanitären Einrichtungen einhergehende Abnahme der Gesammtsterblichkeit in Oesterreich während des letzten Decenniums um volle vier Percent die Fragen gestellt werden: 1. Welche Ursachen haben den bedauernswürdigen, die Wohlthat der Bevölkerung arg bedrohenden Stillstand in der Durchführung der geplanten Reformen und Vervollkommnung des Sanitätsdienstes bewirkt? 2. Gedenkt der Minister das am 12. April 1894 im Parlamente feierlich gegebene Wort baldigst und vollinhaltlich einzulösen?

(Universitäts-Nachrichten.) Dem a. o. Professor der spec. med. Pathologie und Therapie an der Universität Krakau,

Dr. VALERIAN JAWORSKI, ist der Titel und Charakter eines ordentl. Universitätsprofessors verliehen worden. — Prof. TRENDELENBURG in Bonn ist als Nachfolger weil. THIERSCH's an die Universität Leipzig, Prof. MIKULICZ in Breslau an Stelle des Erstgenannten an die Universität Bonn berufen worden.

(Cholera-Aerzte.) Der Bedarf an Aerzten in den vom Wiener Kranken-Anstalten-Fonds im Falle des Auftretens der Cholera in Wien in Betrieb zu setzenden Cholera-Spitälern ist auch für das laufende Jahr sicherzustellen. Die in den Cholera-Spitälern in Verwendung kommenden Aerzte werden für diese Zeit zu Aushilfs-Secundarärzten mit den Bezügen der Secundarärzte (Adjutum von jährlichen 500 fl.) ernannt und erhalten nebst Unterkunft im Spitale als Nebengebühr die volle Kost und eine Zulage von täglich fünf Gulden. Jene Aerzte, welche ihre Dienste den Cholera-Spitälern zur Verfügung zu stellen gedenken, wollen sich im Stadtphysikate **binnen acht Tagen** mündlich oder schriftlich melden.

(Der Unterstützungs-Verein für Witwen und Waisen der k. und k. Militärärzte) hat kürzlich seine diesjährige Generalversammlung unter dem Vorsitze des Präsidenten, Generalstabsarzt Dr. HERMANN RIEDL, abgehalten. Dem Rechenschaftsberichte ist zu entnehmen, daß der Verein sich stetig und in erfreulicher Weise fortentwickelt. Derselbe zählt 819 Mitglieder, welche 10.126 fl. 46 kr. an Beiträgen eingezahlt haben, während an Schenkungen und Legaten 850 fl. in Baarem und 1000 fl. in Effecten hinzugekommen sind. Die Herausgabe des Jahrbuches für Militärärzte lieferte ein Erträgniss von 410 fl. 39 kr., und die Interessen des eigenen Vereinsvermögens betrugen 8932 fl. 62 kr. Diese Einnahmen erreichten mit dem vom Vorjahre verbliebenen Cassareste die Summe von 23.236 fl. 77 kr. Der Verein hat im abgelaufenen Jahre an 134 Witwen und Waisen von wirklichen Mitgliedern die regelmäßigen Jahresbezüge ausbezahlt und überdies 45 Witwen mit zeitlichen Unterstützungen betheilt. Für diese Zwecke wurden 13.405 fl. verwendet. Die Erbschaftstaxen, Stempelgebühren und sonstigen Verwaltungsauslagen erforderten einen Betrag von 1008 fl. 59 kr. und endlich wurden für 6033 fl. 76 kr. neue Werthpapiere angekauft. Mit Schluß des Jahres 1894 besitzt der Verein sonach ein Vermögen von 210.000 fl. in Effecten und 2789 fl. 42 kr. in Baarem.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 5. Juni 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm: Demonstrationsabend.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Verlag von AUGUST HIRSCHWALD in Berlin.

Soeben ist erschienen die erste Abtheilung:

Jahresbericht

über die

Leistungen und Fortschritte

in der

gesammten Medicin.

Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten herausgegeben

von

Rudolf Virchow.

Unter Special-Redaction von **E. Gurlt** und **C. Posner.**

29. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1894.

2 Bände (6 Abtheilungen). Preis des Jahrgangs 37 M.

512

In der Prof. L. Landau'schen Frauenklinik, Berlin NW., Philippstraße 21, finden in den Monaten August und September folgende Curse statt:

1. **Dr. Theodor Landau:** Curs der gynäkologischen Diagnostik und Therapie, incl. Massagebehandlung. Daneben Theilnahme an den stattfindenden Operationen. 4mal wöchentlich 2 Stunden.
2. **Dr. Vogel:** Gynäkologischer Operationscurs, Uebungen am Phantom. 4mal wöchentlich.
3. **Dr. Ludwig Pick:** Mikroskopisch-diagnostischer Curs der normalen und pathologischen Histologie der weiblichen Genitalorgane nebst besonderer Berücksichtigung der Stückchendiagnose und Uebungen in der histologischen Technik. 4mal wöchentlich 2 Stunden. 52

SALIPYRIN-RIEDEL

von Professor Dr. von Mosengeil und anderen Klinikern als **vorzüglichstes** und **unschädlichstes** Heilmittel gegen **Influenza** empfohlen. Von höchstem Werth als Mittel bei **Erkältung, Schnupfen** und allen **fieberhaften Krankheiten. — Salipyrin-Riedel** wird bei d Behandl. **rheumatischer Erkrankungen** dem Salicylnatron **vorgezogen. — Salipyrin-Riedel** übertrifft bei zu reichl. **Menstruationen** Secale- u. Hydrastispräparate. — Literatur zu Diensten.

Chemische Fabrik von J. D. RIEDEL in Berlin, N. 39. 15

Bitte ausdrücklich Salipyrin-RIEDEL zu ordiniren.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Soeben erschienen:

Verhandlungen

der

Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte.

66. Versammlung zu Wien

24. bis 28. September 1894.

Herausgegeben im Auftrage des Vorstandes und der Geschäftsführer

von

Albert Wangerin und **Otto Taschenberg.**

Zweiter Theil: **Die Abtheilungs-Sitzungen.** Lex. 8°. 1895.

Preis 15 Mark.

I. Hälfte: **Naturwissenschaftliche** Abtheilungen.

524 Seiten. Preis 5 Mark.

II. Hälfte: **Medicinische** Abtheilungen.

372 Seiten. Preis 10 Mark.

Erster Theil: **Die allgemeinen Sitzungen.** Lex. 8°. 1894.

Preis 4 Mark. 53

FARBENFABRIKEN vorm. FRIEDR. BAYER & Co

ELBERFELD

SOMATOSE

Ein aus Fleisch hergestelltes geruch- und geschmackloses

NÄHRMITTEL

in Pulverform

klinisch geprüft und empfohlen bei Schwindsucht, Magenkrankheiten, Bleichsucht, schwächlichen Kindern, Reconvalescenten.

SCHUTZ-MARKE

Pharmaceutische Producte

der

Gesellschaft für chemische Industrie in Basel.

Antipyrin (Analgesin Dimethyloxychinizin)	bewährtes, sicher wirkendes *Antipyreticum*, Mittel gegen *Kopfweh*; geruchlos, absolut rein.
Salicylsaures Antipyrin	Specificum gegen Influenza (Therapeutische Monatshefte, 1892, pag. 234); vereinigt die guten Eigenschaften des Antipyrins mit denen der Salicylpräparate.
P.-Acetphenetidin Phenacetinum, Pharm. Austr. VII.	schnellwirkendes Antipyreticum und Anodynum.

MALAKIN (pat.)

(Orthooxybenzylidenphenetidin)

Von **ärztlichen Autoritäten** empfohlen als sicher wirkendes Mittel bei **acuten** und **chronischen rheumatischen** und **neuralgischen** Erkrankungen.

Tagesdose: 5—7 Grm. (2 + 2 + 2)

selbst bei grossen u. fortgesetzten Gaben ohne schädliche Nebenwirkungen; bei **Fieberzuständen**, vornehmlich bei Temperatursteigerungen der **Phthisiker** u. Fieberkrankheiten der Kinder. Keine Collapserscheinungen.

Dosis: 1 + 1 Grm., für Kinder 0·5 + 0·5 Grm., Darreichung in Oblaten oder Fruchtmus.

——— Literatur steht gratis zu Diensten. ———

Krystallsaccharin, absolut: Formel: $C_6H_4 \genfrac{}{}{0pt}{}{-SO_2}{-CO} > NH$ — Nach D. R. P. Nr. 68.708 reinstes Product und deshalb für pharmaceut. Zwecke besonders geeignet. Feinster Geschmack. 550fache Süssigkeit; conservirend wirkend. Krystall. Pulver.

Krystallsaccharin, Natron. Formel: $C_6H_4 \genfrac{}{}{0pt}{}{-SO_2}{-CO} > NNa, 2H_2O$ — 400fache Süssigkeit; in Form grosser, äusserst leicht und klar löslicher Krystalle.

Karlsbad.

Seine weltberühmten Quellen und Quellenproducte sind das beste und wirksamste

Heilmittel

gegen Krankheiten d. **Magens**, d. **Leber, Milz, Nieren**, der **Harnorgane**, der **Prostata**; gegen **Diabetes mellitus (Zuckerruhr)**; gegen **Gallen-, Blasen-** und **Nierenstein, Gicht, chronischen Rheumatismus** etc.

Für

Trinkcuren

im Hause

sind

Karlsbader { **Mineralwasser**, **Sprudelsalz, kryst. u. pulv.**, **Sprudelpastillen**, **Sprudelseife**, **Sprudellauge u. Laugensalz** }

vorräthig in allen Mineralwasser-Handlungen, Droguerien und Apotheken.

Karlsbader Mineralwasser-Versendung

Löbel Schottländer,

Karlsbad (Böhmen).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Leipzig.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde.

Von Prof. Dr. Victor Urbantschitsch in Wien.

Dritte, vermehrte Auflage.

Mit 76 Holzschnitten und 8 Tafeln.

X und 518 Seiten.

Preis: 10 Mk. = 6 fl. öst. W. broschirt; 12 Mk. = 7 fl. 20 kr. öst. W. eleg. geb.

Nr. 24. Sonntag den 16. Juni 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beiträge zur Influenza-Otitis,

zumal ihrer nervösen Form und Complication mit Facialisparalyse.

Von **Dr. A. Eitelberg** in Wien.

Ich habe meine während der starken Influenza-Epidemie im Winter 1889/90 gesammelten Erfahrungen über die Mitaffectionen des Gehörorganes seinerzeit in zwei Arbeiten[1]) niedergelegt. Wenn ich nun auf denselben Gegenstand jetzt noch einmal zurückkomme, so veranlaßt mich hiezu hauptsächlich die Wahrnehmung, daß bei den von mir in der jüngsten Influenza-Epidemie beobachteten Ohrerkrankungen das nervöse Moment gar so prononcirt in den Vordergrund trat. Wohl habe ich schon in den angezogenen Publicationen hervorgehoben, daß die Intensität der Schmerzen in keinem richtigen Verhältnisse zum Grade der Mittelohrentzündung stand. Aber immerhin hatten wir es mit Inflammationsprocessen im Trommelfelle und in der Paukenhöhle zu thun, so daß die Sache denn doch begreiflich erschien. Was indeß die hier gemeinten Fälle anbetrifft, so waren die pathologischen Veränderungen im Mittelohre zumeist kaum der Rede werth, und trotzdem wurden die Patienten von den unsagbarsten Schmerzen gequält.

Doch davon, wie auch von der Facialisparalyse, welche ich zweimal die Influenza-Otitis compliciren sah, wird später ausführlich die Sprache sein. An dieser Stelle möchte ich jedoch zuvor noch zwei Fälle von eitriger Mittelohrentzündung mittheilen, die zwar an und für sich nichts Besonderes darbieten, aber durch die sie begleitenden Umstände ein höheres Relief erhalten. Beiden ist gemeinsam, daß die Patienten die Schwelle des Greisenalters bereits überschritten hatten; sie unterscheiden sich jedoch wesentlich nicht allein durch die sonstigen, das Krankheitsbild completirenden Verhältnisse, sondern in erster Reihe durch den Ausgang: der eine endete letal, der andere in vollständige Genesung.

Den Mann, welcher schließlich seinem Leiden erlegen ist, hatten bereits die Fittige des Todes gestreift, als er von mir zum ersten Male untersucht wurde. Vierzehn Tage früher hatte ihn eine heftige Influenza-Attaque auf's Lager geworfen, eine Pleuropneumonie ward ihr prägnantestes Symptom und seit zwei Tagen hatten sich auch linksseitige Ohrschmerzen hinzugesellt, die Vorboten einer eitrigen Mittelohrentzündung, welche rasch zum spontanen Durchbruche des Trommelfelles führte, worauf die Otalgie fast ganz verstummte. Der Ausfluß war blutig tingirt, wie wir es bei der purulenten Form der Influenza-Otitis zu beobachten gewohnt sind. Schon in diesem Stadium war der Mann sehr somnolent, obgleich er auf lautes Anrufen noch vernünftige Antworten zu geben vermochte. Als ich ihn nach sechs Tagen wieder sah, hatte die Benommenheit des Sensoriums bedeutende Fortschritte gemacht. Er phantasirte in einemfort und war nur für flüchtige Augenblicke aus seinen geschäftigen Träumen zu erwecken. Die Körpertemperatur schwankte in den letzten Tagen zwischen 38·2° und 38·8 bis 39·0°, Puls voll, 82 Schläge in der Minute. Zwei Tage vor dem Tode trat ein einmaliger Schüttelfrost auf, war das Harnen von heftigen Schmerzen begleitet, so daß der Patient, welcher den Stuhl in's Bett absetzte und dessen Bewußtsein dauernd getrübt blieb, jedesmal wimmerte, so oft sich bei ihm das Bedürfniß einstellte, die Blase zu entleeren. Abnorme Bestandtheile soll der Urin nach Angabe des behandelnden Arztes nicht enthalten haben. Die Pupillen beiderseits gleich, mittelweit, reagiren prompt. Häufiger Trismus der Kiefer. Agirt immerfort mit den Händen — Flockenlesen. Die Sprache lallend. Cheyne-Stokes-Athmen. Kein Brechreiz. Stuhl nicht angehalten. Urinentleerungen häufig, aber nur in geringen Mengen.

Was das Ohr anbelangt, so war die Tragusgegend druckempfindlich, fast gar nicht der Warzenfortsatz. Röthe und Schwellung fehlten hier wie dort. Das reichliche Secret war — wie bereits erwähnt — mit Blut untermengt. Zeitweilig wurden durch die Ausspritzung croupöse Membranen entfernt. Das Trommelfell geröthet und mäßig geschwollen; die Lücke in demselben gestattete

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1890. — L'influenza et l'Otite moyenne. „Archivos Intern. de Laryngia, Otologia etc." 1890.

unbehinderten Eiterabfluß. Bei dem ungeheuren Kräfteverfall, den ich schon bei der erstmaligen Untersuchung constatirte, mußte sich die Behandlung auf eine gründliche Reinigung des Ohres und entsprechende Einträufelungen beschränken. Intern wurde eine 3%ige Jodkalilösung (3 Eßlöffel täglich) verabreicht.

Die Ausspritzungen nahm ich in liegender Stellung des Patienten vor, wie ich das stets thue, sobald der Allgemeinzustand eine, wenn auch noch so geringe Anstrengung unrathsam erscheinen läßt. Es ist dies zwar für den Arzt sehr unbequem, aber er schützt sich dadurch vor der fatalen Eventualität, daß ihm der Schwerkranke plötzlich in die Kissen leblos zurücksinkt. Ich habe ein derartiges Ereigniß noch nicht erfahren, doch war ich einmal nahe daran und halte daher diese Vorsicht durchaus nicht für überflüssig.

Es ist meine feste Ueberzeugung, daß der Mann nicht in Folge seines Ohrleidens zu Grunde gegangen ist. Angenommen jedoch, es wäre ein Empyem der Warzenfortsatzhöhle vorgelegen, so hätte ich mich trotzdem in diesem Falle zu keinem operativen Eingriff entschlossen. Abgesehen davon, daß bei so ausgesprochenen cerebralen Erscheinungen jede Operation fast hoffnungslos ist, darf man einem so geschwächten Organismus überhaupt zumuthen, daß er die Strapazen des Transportes in eine Privatheilanstalt und — wenn schon diese — auch noch eine Narkose glücklich überstehen wird? Ich gestehe offen, so glaubselig bin ich nicht.

In dem zweiten Falle, dessen Krankengeschichte wir nunmehr in kurzen Strichen zeichnen wollen, war gleichfalls das linke Ohr erkrankt. Pat. laborirte seit fünf Wochen an der Influenza. Zu Beginn der fünften Woche bekam er Ohrschmerzen und vier Tage später einen Ohrenfluß. Die Untersuchung ergab: Rahmiger, blutig gefärbter Eiter in großer Menge, Perforation im vorderen unteren Trommelfellquadranten. Patient, mäßig fiebernd, soll in der Nacht phantasirt haben. Der Tragus geschwollen, druckempfindlich. Schuld daran dürfte der Umstand gewesen sein, daß aus Mißverständniß ein mit unverdünntem Creolin getränkter Wattetampon eingelegt worden ist. Vor mehreren Jahren habe ich einen Fall mitgetheilt, wo ein derartiges Versehen insoferne sogar von guter Wirkung war, als die mehrwöchentliche, hartnäckige Otorrhoe jetzt rasch sistirte.[2] Hier aber lief die Sache nicht so glimpflich ab. Bei der nächsten Visite war der Gehörgang zwar freier, doch die Geschwulst hatte sich gegen die correspondirende Wange verzogen. Die betreffende Partie war geröthet, schmerzhaft, die Körpertemperatur betrug 39·0° C. Mit einem Worte, es lag ein Erysipel vor.

Nun folgte eine schwere Zeit. Der Rothlauf dehnte seine Wanderung auf die rechte Wange aus, die rechte Ohrmuschel mit inbegriffen, erstreckte sich auf die behaarte Kopfhaut bis in den Nacken, überschritt das Kinn und machte erst an der vorderen Halsregion endgiltig Halt. Auch die Rachenschleimhaut erschien geröthet und intumescirt und bestanden ganz erhebliche Schlingbeschwerden. Zweifelsohne hatte der gefürchtete Gast auch an dieser Stelle sein Lager aufgeschlagen. Fünf Tage lang schwebte der Patient in höchster Lebensgefahr, zeigte Abendtemperaturen von 40·0° mit morgendlichen Remissionen von einem Grade. Das Sensorium blieb stets benommen. Der Kranke phantasirte fast ununterbrochen, litt an Diarrhoe und verunreinigte sich häufig. Eine Weile war auch der Puls elend.

Indessen trat am sechsten Tage eine überraschende Wendung zum Besseren ein. Das Fieber hörte auf, das Bewußtsein kehrte wieder; es meldete sich der richtige Appetit und der scheinbar bereits dem Tode Verfallene erholte sich binnen kurzer Frist.

Mir lag blos die Behandlung der eitrigen Mittelohrentzündung ob, gegen das Erysipel kämpfte der langjährige Hausarzt Herr Dr. ANTON STEINER — wie der Erfolg lehrte — siegreich an. Doch konnte ich den Decursus morbi genau beobachten, da ich den Patienten täglich sah.

Was die Tympanitis anbelangt, so überdauerte sie den Rothlauf volle vier Wochen, um schließlich in complete Heilung zu enden. Die Trommelfelllücke vernarbte, vom Pulsiren und Ohrensausen jetzt keine Spur und das Hörvermögen besserte sich von Tag zu Tag. Bezüglich der Behandlung will ich nur erwähnen, daß sich mir die 5%ige Lapislösung, sobald der Zeitpunkt für ihre Anwendung gekommen war, auch in diesem Falle glänzend bewährte. Auf einen zweimaligen Gebrauch des genannten Mittels versiegte der erst in der letzten Zeit etwas verminderte Ohrenfluß endgiltig.

Fälle, in denen der Rothlauf mit Bestimmtheit von einer eitrigen Mittelohrentzündung hergeleitet werden kann, sind durchaus nicht sehr häufig. Ich entsinne mich nur noch einer einzigen analogen Beobachtung, ein 17jähriges Mädchen betreffend, das an einer chronischen Tympanitis purulenta litt, mit gleichfalls günstigem Ausgange. Ich citire allerdings aus dem Gedächtnisse; ich habe meine Protokolle daraufhin nicht durchgesehen, viele derlei Beispiele dürften sie jedoch kaum enthalten. Auch die otiatrische Literatur ist in diesem Anbetracht nicht besonders reichhaltig. BACON[3]) hat zwei solche Fälle beschrieben, ebenso hat HAUG[4]) zwei einschlägige Fälle gesehen.

Ich möchte noch darauf aufmerksam machen, daß in meinen eigenen Beobachtungen jedesmal ein intensiverer Reiz zur Entstehung des Erysipels den ersten Anlaß gab. Das eine Mal war es das Creolin, welches den Gehörgang und wahrscheinlich auch die entzündete Paukenhöhle anätzte. und das andere Mal hatte ein Brüsquiren des Ohres von unberufener Seite ein Gleiches verschuldet.

In der Einleitung ist ja gesagt worden, was mich hauptsächlich zu dieser Publication anregte. Ich wollte in erster Linie die neuralgische Form, unter welcher sich mir in der jüngsten Zeit die Influenza-Otitis präsentirte, zur Sprache bringen. Da mir aber die oben mitgetheilten Fälle nicht minder eines allgemeineren Interesses würdig däuchten, mochte ich sie nicht unterdrücken und wende mich nunmehr jenem Theile unserer Aufgabe zu, welchen ich als den bei weitem wichtigeren erachte.

Gerade in den letzten Monaten ist es mir des Oefteren passirt, daß meine Hilfe wegen rasender Schmerzen im Ohre, die von hier nach den verschiedensten Richtungen ausstrahlten, in Anspruch genommen wurde. Die Ursache dieser vehementen Otalgie aber war zumeist ein geringfügiger Catarrh der Paukenhöhle, bezw. der Ohrtrompete. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war blos die eine Seite afficirt. Die Schmerzen waren häufig so wüthende, daß sich starke und sonst keineswegs wehleidige Männer unter ihnen wie kleine Kinder wanden, des Nachts vom Lager aufsprangen und laut jammernd stundenlang das Zimmer mit ihren Schritten durchmaßen. Ist doch die Nacht die getreue Verbündete aller Quälgeister des Menschen. Dem seelisch und körperlich Gesunden bringt sie allerdings wonnigste Ruhe, für den Heimgesuchten aber beschwört sie die ganze Hölle menschlicher Pein herauf. Und so verhielt es sich auch in diesen Fällen. Des Tags war der Zustand noch leidlich, des Nachts jedoch war er stets unerträglich. Einen Trost freilich durfte man den Kranken immerhin spenden: daß ihr Leiden vorübergehender Natur sei.

Uebrigens braucht die Sache nicht besonders Wunder zu nehmen. Es liegt sozusagen im Charakter der Influenza, auf das Nervensystem deprimirend einzuwirken. Bekannt ist, wie langsam sich Influenzakranke erholen, nicht minder bekannt, daß sie oft über die mannigfachsten Neuralgien zu klagen haben. Und so wäre denn die Influenza-Otalgie nur ein Ring mehr in der langen Leidenskette, welche diese endemische Erkrankung geschmiedet hat.

Auch Otalgien, welche noch Monate lang nach der abgelaufenen Influenza bestanden, aber zweifellos von ihr da-

[2]) „Centralbl. f. d. ges. Ther.“, 1888.

[3]) „Zeitschr. f. O.“, Bd. XVIII.

[4]) Die Krankh. d. Ohres etc., 1893.

tirten, sind mir mehrfach begegnet. Dabei lag eine Caries der Zähne nur selten vor, und mußte daher eine reine Otalgia tympanica angenommen werden.

(Schluß folgt.)

Die Behandlung der Endometritis.

Von **Prof. Dr. Hermann Fehling** in Halle. *)

A. Acute Endometritis.

Dieser begegnet der Arzt wesentlich:

1. als puerperaler Endometritis nach Fehl-, Früh- und rechtzeitigen Geburten. Die Prophylaxe dieser Erkrankung erörtere ich hier nicht weiter; die Hauptsache ist Desinfection der Hände und Instrumente des Geburtshelfers und Desinfection der äußeren Geschlechtstheile; die Desinfection der inneren Theile anlangend, stehe ich heute noch auf dem seiner Zeit auf dem Congreß in Freiburg vertretenen Standpunkt, der in jüngster Zeit durch die bacteriologischen Untersuchungen der Schüler ZWEIFEL's, die klinischen LEOPOLD's Bestätigung gefunden hat, daß in normalen Geburtsfällen eine Desinfection der inneren Theile überflüssig, vielleicht selbst schädlich ist.

In therapeutischer Hinsicht ist es überflüssig, eine strenge Unterscheidung zwischen putrider und septischer Endometritis zu machen, es fragt sich auch, ob dies anatomisch richtig; findet man doch auch in der Mehrzahl der Fälle sogenannter putrider Endometritis neben den Fäulnißkeimen pathogene Keime im Gewebe; man könnte versucht sein, anzunehmen, daß erstere die Entwicklung der letzteren stören, daß ihre Anwesenheit also eher günstig wirkt; damit stünde im Zusammenhang die günstige Prognose der putriden Endometritis.

Da im ersten Beginn die Trennung zwischen Endometritis und Resorptionsfieber oft unmöglich, so reinigt man bei Fieberbeginn im Wochenbett zunächst den Vaginalschlauch und damit den unteren Collumtheil durch 2—3stündl. ausgeführte Vaginalinjectionen (Lysol, Carbol ½—2%; Kal. hypermangan.; Sublimat 1 : 4000, letzteres contraindicirt bei Nephritis, schwerer Anämie etc.). Durch den Reiz des die Portio treffenden Strahles werden Contractionen erregt, welche oft schon genügen, das zersetzte Secret zu entleeren. Gehen danach nicht binnen 24 Stunden die Erscheinungen der Endometritis zurück, so muß die Uterushöhle selbst ausgespült werden. Hiezu 2—3 Liter lauwarmer, schwach antiseptischer Flüssigkeit (Lysol ½%, Carbol 2%, Thymol 1‰, Kal. hypermangan. 2—5‰). In sehr früher Zeit des Wochenbettes genügt eine dünne Glasröhre, bei etwas engerem, inneren Muttermund ein doppelläufiger Katheter (BISCHOFF, SCHATZ).

Durchspülung der Uterushöhle hat nur so lange Zweck, als thatsächlich eine solche im puerperalen Uterus vorhanden ist, also etwa bis zum 6. Tage; bei Aborten nicht nach dem 2. Tage.

Vorsichtsmaßregeln die bekannten: die Hand eines Gehilfen übt einen Druck auf den Uterus und controlirt den Puls; Vermeidung von Lufteintritt, von intravenöser Injection, von Ueberdehnung des Uterus bei mangelndem Ablauf.

Wiederholung nach 12—24 Stunden ist zulässig, dann aber nicht mehr; wenn kein Erfolg erzielt, ist der septische Proceß schon über das Endometrium hinaus.

Nach der Durchspülung Ergotin und eine Eisblase oder Prießnitz, nach Bedarf noch Vaginalinjectionen. Ein nicht selten auftretender Schüttelfrost wird nach bekannten Regeln behandelt.

Sind Erscheinungen der Parametritis, Pelveoperitonitis, Thrombophlebitis der Uterus-, resp. Beckenvenen vorhanden, so ist die Uterusausspülung contraindicirt wegen der dabei unvermeidlichen Dislocation des Uterus.

*) Referat, erstattet am VI. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (Wien, 5.—7. Juni 1895).

Die Ausschabung des puerperalen Uterus bei acuter, puerperaler Endometritis befürworte ich nicht.

Sie ist schon theoretisch betrachtet falsch; zu der Zeit, wo klinisch die Diagnose sichergestellt werden kann, ist nach den Untersuchungen BUMM's bei der putriden Form die Abgrenzung der nekrotischen Decidua schon erfolgt, es genügt die Durchspülung, um deren Ablösung zu befördern; bei der septischen Endometritis sind schon am 3. oder 4. Tage die Streptococcen weit in's Muskelgewebe, selbst unter die Serosa gedrungen, was soll da die Ausschabung noch helfen? Man impft höchstens eine Menge frisch eröffneter Lymphspalten massenhaft mit Streptococcen ein. Daß man am 3.—6. Tage mit der Ausschabung der inficirten Wunde viel zu spät kommt, beweisen u. A. auch die Untersuchungen von SCHIMMELBUSCH und HENLE über Infection und Desinfection von Wunden.

Auch die Durchbohrung des mürben, verfetteten Uterus ist in Rechnung zu ziehen.

Nach den klinischen Ergebnissen E. v. BRAUN's trat Entfieberung post excochleationem ein:

am	1. Tage nur in	7·3% der Fälle,
am 2. und 3.	„ „ „	36·4% „ „
vom 4.—12.	„ „ „	56·4% „ „

Der Erfolg ist demnach nicht prompter als bei der Ausspülung; dauert das Fieber noch 10—12 Tage, so ist er sehr fraglich, einzelne der Todesfälle zeigen sogar den directen Nachtheil der Ausschabung.

Auch die von WEISS empfohlene Ausschabung bei Endometritis sub partu unter directem Anschluß an die Geburt wird für gewöhnlich schon darum überflüssig sein, weil es sich meist um einfache Intoxicationen handelt, wo Entfernung des zersetzten Eies, eventuell mit reichlicher Durchspülung genügt; bei sicher nachgewiesener pathogener Infection wäre die Abrasio allenfalls von Erfolg, aber direct post partum gefährlich.

Die Ausschabung bei Endometritis in puerperio ist demnach nur zu empfehlen:

1. bei in der zweiten Woche oder auch später frisch einsetzender Endometritis (Placentar-Eihautreste, Lochiometra);
2. bei Endometritis post abortum mit Ei- und Deciduaresten.

Bei fingerdurchgängiger Cervix soll eine Austastung der Uterushöhle mit einem Finger vorangehen, um den Sitz gröberer Partikel zu erkennen und sie mit dem Finger zu entfernen; die Anwendung der Curette soll mit Anwendung des Rinnenspeculums unter Leitung des Auges erfolgen, damit nicht unnöthig Keime aus Vagina und Cervix in die Uterushöhle übertragen werden, doch ist Vorsicht nöthig, um nicht frisch verklebte Vaginal- und Dammrisse wieder aufzureißen.

Nach der Ausschabung, Aetzung der Uterushöhle mit 50%igem Carbolalkohol oder Einbringen eines Jodoformstiftes (1 Grm.).

Die Jodoformgazetamponade des puerperalen Uterus hat im Anschluß an die Ausschabung nur dann Zweck, wenn eine starke Blutung hiebei aufgetreten ist.

Als direct therapeutisches Mittel bei puerperaler Endometritis kann die Ausstopfung nichts leisten; eine Drainage ist insofern nicht nöthig, als die Cervix genügend weit ist, Secret durchzulassen, eine Austrocknung der Uterushöhle ist bei der immer wieder secernirenden Schleimhaut nicht zu erwarten. Die Drainage des puerperalen Uterus mit Kautschukdrains ist ebenso wie die permanente Irrigation ganz verlassen.

Die von SCHULTZE und SIPPEL vorgenommene Entfernung des Uterus nach Porro wegen septischer Endometritis ist nicht empfehlenswerth und wohl meist überflüssig, da die Cervix zurückbleibt; rationeller wäre in verzweifelten Fällen septischer Endometritis die Totalexstirpation des Organs ab vagina.

2. Acute Endometritis nicht puerperalen Ursprungs.

Die häufigste Form ist hier die durch gonorrhoische Infection bedingte Endometritis; seltener sind die durch acute

1*

Staphylococcen- und Streptococceninfectionen bedingten Formen, welche z. B. einer unreinen Erweiterung der Cervix, einer Ausschabung etc. folgen können. Ganz symptomlos verlaufen gewöhnlich die im Gefolge acuter Infectionskrankheiten, also der Diphtherie, Scharlach, Masern, Cholera etc. vorkommenden Endometritiden. Eine Behandlung der letzteren kommt wohl nie in Frage.

Die allgemeine Behandlung hat bei den übrigen Formen acuter Endometritis in Bettruhe, Eis, Prießnitz, leichten Abführmitteln, Morphium und Codeïn, Verbot des Coitus etc. zu bestehen. Schwerer ist die Entscheidung: soll die acute gonorrhoische Endometritis örtlich behandelt werden, da hiebei die Gefahr der Weiterverbreitung auf die Tubenschleimhaut besteht.

Ist die gonorrhoische Infection auf Vagina und Cervix beschränkt, so ist jeder Versuch der intra-uterinen Medication ebenso streng zu meiden, als wenn schon deutliche Zeichen des Ergriffenseins der Adnexa vorhanden sind. Man beschränkt sich auf fleißige Vaginalinjectionen (Sublimat 1 : 4000, Chlorzink $^1/_4$% und Auspinselung der gereinigten Cervix mit Sol. arg. 10%), leichtes Austamponiren der Scheide mit Jodoformgaze.

Bei sicherer Endometritis ohne Adnexentzündung Versuch der Zerstörung der Gonococcen in der Schleimhaut, Aetzungen mit Carbol-Alkohol 50%, Chlorzink 20%, Jodtinctur 20%, Solutio arg. nitr. 10%, Ichthyollösung nach Neisser (Ichthyol, Aqu. aa 10·0, Glycerin 100·0) in Seitenlage unter vorsichtigem Anziehen des Uterus. Danach Bettruhe, Prießnitz, eventuell Opium. Wiederholung nach 6—8 Tagen.

Ist acute Endometritis einem gynäkologischen Eingriff gefolgt, so werden zunächst eingelegte Gaze, Intrauterinstifte entfernt, dann die Höhle gereinigt, selten durch Ausspülung, eher durch Auswischen mit starker Carbollösung; ferner Bettruhe, Eis, Opium.

Gehen die Erscheinungen drohender Peritonitis nicht zurück, so kommt die vaginale Exstirpation des Uterus in Frage, mit Glück ausgeführt von Olshausen.

(Fortsetzung folgt.)

Beitrag zu den Coordinationsstörungen des Kehlkopfes.

Von **Dr. Max Scheier** in Berlin.

(Schluß.)

Behufs Heilung wurden nun die verschiedensten Behandlungsmethoden eingeleitet. Die Patientin wurde zuerst wochenlang elektrisirt, es wurde der faradische Strom angewandt in der Weise, daß die beiden Elektroden an den Seiten des Schildknorpels aufgesetzt wurden, alsdann der galvanische Strom, aber erfolglos. Ebenso erwiesen sich die Nervina, Roborantia und Jodkali ohne irgend einen Einfluß. Da wurde plötzlich am 20. October, als Patientin schon 14 Tage lang keine ärztliche Verordnung bekam, die Athmung frei und der Stridor schwand. Auch das laryngoskopische Bild wurde ein normales, bei der Inspiration erweiterte sich die Glottis, um bei der Exspiration sich zu verengern. Patientin wurde deshalb aus dem Krankenhause entlassen. Nicht lange jedoch hatte sie sich dieses Zustandes zu erfreuen. Schon vier Wochen später trat nach Angabe der Kranken die Athemnoth wieder ein mit dem inspiratorischen Stridor, so daß sie nur ganz leichte Arbeiten ausführen konnte. Während der letzten beiden Jahre consultirte sie mich fast alle zwei Monate. Stets konnte ich die perverse Bewegung der Stimmbänder beobachten. In den Sommermonaten waren die Athembeschwerden nicht stark, zum Winter nahmen dieselben dermaßen zu, daß sie zuweilen mehrere Monate nicht arbeiten konnte. Noch vor einem Monat soll die Athemnoth so stark gewesen sein, daß der hinzugezogene Arzt ihr rieth, sich in's Krankenhaus behufs Tracheotomie zu begeben, welchen Rath sie aber nicht befolgte. Patientin ist durch ihr Leiden im Ernährungszustand und Allgemeinbefinden sehr heruntergekommen. Die geringste Arbeit verursacht ihr erhebliche Beklemmung, Luftmangel und stridulöse Athmung. Nach Aussage der Umgebung der Kranken lasse im Schlafe sowohl die Dyspnoe, als der Stridor bedeutend nach. Der Befund, den ich vor einigen Tagen aufnahm, war folgender: Bei der Inspiration nähern sich die Stimmbänder, indem die Processus vocales beiderseits stark nach der Mittellinie hervortreten. Bei ganz tiefen Einathmungen schließen die Stimmbänder in ihrem vorderen Theile vollkommen, zuweilen legt sich das rechte über das linke. Niemals konnte ich bemerken, daß bei der Inspiration die Stimmbänder mit ihren inneren Hälften nach unten getrieben wurden, wie man es ja bei einer Lähmung der Postici sieht. Die Transversuslähmung ist in gleichem Maße, wie früher, vorhanden. Bei der Exspiration ist das Bild ein wechselndes, indem bald die Stimmbänder nicht einmal bis zur Cadaverstellung gehen, bald über dieselbe hinaus, bald bis zur weitesten Entfernung. Eigenthümlich ist es, daß, wenn man die Aufmerksamkeit der Kranken von ihrem Leiden ablenkt, die Inspirationen ruhiger werden. Bei reflectorischen Bewegungen der Stimmbänder, z. B. Husten, Lachen, erfolgt normale Action.

Cocaïnpinselungen des Kehlkopfes, wie sie zuweilen bei der Aphonia spastica mit gutem Erfolge gebraucht wurden, erwiesen sich wirkungslos, ebenso wenig haben Hypnose und methodische Stimmbandexercitien, wie sie Hack [2]) in einem Falle mit typischem Glottisschluß während der Inspiration mit Glück angewandt hat, geholfen.

Als wir die Patientin zum ersten Male im Erstickungsanfalle sahen, waren wir uns sofort klar darüber, daß der Sitz des Athmungshindernisses nur der Kehlkopf sein konnte. Dafür sprachen schon die bedeutenden Bewegungen des Kehlkopfes nach auf- und abwärts. — Da der Stridor nur bei der Inspiration vorhanden, die Exspiration aber vollkommen frei war, Patientin auch klar sprechen konnte, so glaubten wir zuerst eine beiderseitige Posticuslähmung annehmen zu müssen. Bei beiderseitiger Posticuslähmung beobachtet man ja auch, daß bei jeder Inspiration die Stimmbänder nicht auseinandergehen, sondern daß eine Bewegung derselben nach einwärts erfolgt. Eine genaue laryngoskopische Untersuchung zeigte uns aber, daß die Stimmbänder bei der Ausathmung über die Cadaverstellung hinausgingen, ja häufig ganz nach außen, soweit, wie man es bei normaler Respiration bei der tiefsten Inspiration sieht. Bei der Posticuslähmung schwindet die Paralyse auch im Schlafe nicht, der inspiratorische Stridor ist sogar gerade während der Nachtruhe häufig am intensivsten. In diesem Falle verschwanden Dyspnoe und Stridor fast vollkommen im Schlafe.

Daß die inspiratorische Verengerung der Glottis durch das Ueberwiegen des äußeren Luftdruckes gegenüber einer Luftverdünnung in der Luftröhre, durch eine Differenz des Luftdruckes innerhalb und außerhalb des Kehlkopfes zu Stande käme, ist ganz auszuschließen. Eine Verengerung der Luftröhre, weder eine intratracheale, noch extratracheale, besteht nicht. Wie sollte man sich auch, abgesehen von vielen anderen Umständen, erklären, daß die perverse Bewegung auf einmal verschwand, um sich nicht lange darauf wieder einzustellen. Nicht durch Aspiration werden die Stimmbänder bewegt, sondern man sieht deutlich, daß die Ein- und Auswärtsbewegung der Stimmbänder eine völlig active ist. Hier liegt weder ein Krampf, noch eine Lähmung der Stimmbänder vor (ausgenommen die Lähmung des M. transversus). Die Muskelkraft selbst der einzelnen Muskeln ist nicht vermindert, jeder einzelne Muskel ist im Stande, seine Arbeit auszuführen. Nur wird die Bewegung nicht im beabsichtigten Sinne ausgeführt, sondern in ent-

[2]) Hack, „Wiener Med. Wochenschr.", 1882, Nr. 2.

[3]) Schrötter, Krankheiten des Kehlkopfes. 1892, pag. 403.

gegengesetzter Richtung, und zwar in der Weise, daß während des Actes der Inspiration die Glottisöffner erschlaffen, die Glottisschließer dagegen in Function treten, während der Exspiration aber die Abductoren in Contraction versetzt werden.

Die Pathogenese dieser eigenthümlichen Larynxneurose ist noch in tiefes Dunkel gehüllt, zumal die Casuistik von sorgfältig und objectiv untersuchten Fällen eine äußerst spärliche ist. Wir müssen es unerörtert lassen, sagt GOTTSTEIN, ob es sich bei dem Leiden um eine centrale Ataxie, d. h. um eine Störung in dem der Coordination der verschiedenen Larynxmuskeln vorstehenden Centrum handelt, oder um eine sogenannte sensorische Ataxie, d. h. um eine Störung in den controlirenden, centripetal von der Peripherie zum Centrum verlaufenden Bahnen.

Nach SCHRÖTTER (l. c.) paßt diese Erkrankung nicht in den Rahmen der gewöhnlichen Ataxie, wo es sich, wie bei den Schleuderbewegungen der Extremitäten, um das Bestreben handelt, einen bestimmten Punkt bei einem Uebermaß von Bewegung zu erreichen. Selbst in den erweiterten Begriff der Ataxie, daß die beabsichtigte durch eine zweckwidrige Bewegung der Antagonisten behindert wird, könne man diese Erscheinung nicht bringen; denn es wird ja die beabsichtigte Bewegung nicht schlecht, sondern sie wird gar nicht und statt ihrer die entgegengesetzte ausgeführt.

Die Action der Stimmbänder bei der Respiration und Phonation bedarf nun nach ROSENBACH [4]) eines außerordentlich fein arbeitenden Mechanismus. „Es sei wahrscheinlich, daß bei der normalen Stellung der Stimmbänder Verengerer und Erweiterer stets zugleich innervirt werden, und daß nur die Erweiterer als die stärkeren Muskeln das Uebergewicht haben, wie ja auch in anderen Muskelgebieten selbst in der Ruhe die Thätigkeit der Strecker überwiegt. Je stärker die inspiratorische Innervation sei, desto weiter werde die Stimmritze, und die bei normaler Athmung so unbedeutende exspiratorische Verengerung sei wohl hauptsächlich auf ein Nachlassen der Innervation der Erweiterer, also auf einen mehr passiven Vorgang zurückzuführen. Wenn nun die Erweiterer der Stimmritze gelähmt sind, so werden nur die Antagonisten, also die Adductoren, innervirt werden, und die perverse Bewegung der Stimmbänder wird erfolgen. Es handle sich demnach um eine rhythmisch-perverse Innervation durch Leitung des innervirenden Impulses nur in einer Richtung, und zwar zu der nicht gelähmten Muskelgruppe." Wenn auch in dieser Weise das Vorkommen einer derartigen Erscheinung bei gleichzeitiger Lähmung der Postici erklärt werden könnte, so kann diese Auseinanderlegung doch nicht die perverse Bewegung der Stimmbänder bei unserer Patientin klarstellen. Hier liegt weder eine Lähmung, noch eine Schwäche der Erweiterer vor. Das Stimmband kann sich bis zum Maximum seiner Erweiterungsfähigkeit bewegen, wovon man sich stets während der ganzen Beobachtungszeit überzeugen konnte.

Die Deutung stößt noch auf mehr Schwierigkeiten, wenn man an die Angaben von SEMON über die verschiedenen Innervationscentren für die Abductoren und Adductoren denkt. FELIX SEMON und HORSLEY haben durch Versuche nachgewiesen, daß die Adductionsbewegung der Stimmbänder eine wesentlich corticale, die Abductionsbewegung eine eminent bulbäre ist. Demnach müßte man sich vorstellen, daß der Willensimpuls von dem einen Centrum auf das andere überspringt.

Nach SEMON dürften die Fälle von perverser Action der Stimmbänder wohl am richtigsten als eine in chronischer Form auftretende Kreuzung von Krampf und Paralyse aufzufassen sein. Für diese Ansicht scheint ein von SEMON beobachteter Fall zu sprechen, in dem auf eine energische Application der kalten Douche bei einem 16jähr. Mädchen, das an hochgradiger inspiratorischer Dyspnoe litt, diese Motilitätsstörung ganz urplötzlich einer gewöhnlichen Paralyse der Adductoren Platz machte, wie eine solche so oft bei hysterischen Frauen gesehen wird. SCHRÖTTER konnte Patienten mit der perversen Bewegung eine Reihe von Jahren beobachten, ohne daß sich bei ihnen später eine andere nervöse Störung entwickelt hätte. Es kann sich deshalb auch nach ihm nicht um eine beginnende Paralyse der Abductoren handeln. Man müßte geradezu annehmen, daß es sich um eine Schwäche dieser Muskeln handle, ohne aber für diese eine ausreichende Erklärung abgeben zu können. Wahrscheinlich handelt es sich nach ihm um eine corticale Reizung.

Ich möchte an dieser Stelle nur kurz erwähnen, daß ein mir befreundeter College, der seine Gesichtsmusculatur so in seiner Gewalt hat, daß er die Ohrmuschel und die feinen Muskeln der Nasenflügel einzeln bewegen kann, auf Geheiß mit seinen Stimmbändern atactische Bewegungen ausführen kann. Ja, er ist im Stande, auch auf Wunsch das Bild der perversen Bewegung der Stimmbänder hervorzubringen, ohne daß man äußerlich eine größere Anstrengung der Athemmusculatur erkennen kann.

Interessant sind die Versuche von GROSSMANN [5]) über das Athmungscentrum und seine Beziehungen zur Kehlkopfinnervation. Er konnte ganz unabhängig davon, ob das Versuchsthier narcotisirt war oder nicht, ausnahmslos constatiren, daß in dem Moment, wo er die künstliche Respiration durch Einblasen von Luft mittelst eines Blasebalges aufgenommen hatte, die Reihenfolge der Stimmbandbewegungen umgekehrt wurde, daß die Stimmbänder sich während der Einblasung nähern und erst in der Phase der Exspiration auseinandergehen. Dagegen bleiben die perversen Bewegungen der Stimmbänder bei der künstlichen Respiration aus, wenn er bei seinen Versuchsthieren (Kaninchen) von den Nervenbündeln — die von der Medulla oblongata fächerförmig ausstrahlend und wie beim Menschen das Wurzelgebiet des Glossopharyng. — und Vagus-Accessoriusstammes darstellend, deutlich in drei Gruppen getheilt sind, in eine obere, mittlere und untere, wenn er den oberen Theil beiderseits durchschnitt. Daher könne man wohl mit Bestimmtheit annehmen, daß in dem oberen Bündel jene Nervenfasern verlaufen, durch welche sich das Spiel der perversen Athembewegungen am Kehlkopf abwickelt. Andere Versuche bewiesen, daß im obersten Bündel Vagusfasern verlaufen, daß also die N. vagi die perverse Athmung besorgen.

Was nun die Aetiologie dieses merkwürdigen pathologischen Processes betrifft, so glauben wir in unserem Falle eine hysterische Grundlage annehmen zu können. Wenn auch sonstige Zeichen der Hysterie fehlen, und sämmtliche Antihysterica ohne irgend einen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit blieben, so spricht doch der Umstand, daß plötzlich ohne irgend einen Eingriff die perverse Action der Stimmbänder verschwand und eine normale Bewegung, wenn auch nur für einige Zeit, eintrat, höchst wahrscheinlich für die Annahme einer hysterischen Basis. An Simulation ist mit Sicherheit nicht zu denken; ebenso wenig an Tabes. Eine mehrfach daraufhin ausgeführte Untersuchung ergab das Fehlen von irgend welchen Erscheinungen, die für eine Rückenmarkskrankheit sprechen könnten. In der Beobachtung von FRAENKEL machte der Pat. durchaus keinen hysterischen oder nervösen Eindruck. SEMON dagegen nimmt in seinen beiden Fällen Hysterie als Ursache an. Auch nach MORITZ SCHMIDT [6]) beruht die perverse Action der Stimmbänder meistens auf Hysterie.

[4]) ROSENBACH, „Breslauer ärztliche Zeitschr.", 1880, Nr. 2 u. 3.

[5]) GROSSMANN, Sitzungsberichte der Akademie der Wissenschaft. Wien 1890 und „Wiener klin. Wochenschr.", 1889, Nr. 49.

[6]) SCHMIDT, Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1894, pag. 613.

Ueber die modernen Bestrebungen in der Syphilistherapie

mit besonderer Berücksichtigung des Heilwerthes der Schwefelthermen.

Von **Dr. Ernest Finger**, a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität in Wien.

(Schluß.*)

Habe ich Ihnen so das Schema der von uns und in Deutschland geübten, chronisch-intermittirenden Behandlung skizzirt, so habe ich noch einige Fragen zu beantworten.

Die erste Frage betrifft die Dauer der chronisch-intermittirenden Behandlung.

Diese Frage beantwortet sich aus der Kenntniß des Verlaufes der secundären Syphilis. In der großen Mehrzahl der Fälle ist die secundäre Syphilis eine ziemlich typische, in 1—2 Jahren ablaufende Erkrankung, die während dieser Zeit mehrere Recidiven setzt. Das Intervall zwischen diesen Recidiven ist oft drei, oft sechs Monate. Als längstes Intervall zwischen zwei Recidiven kann im Durchschnitt ein Jahr angesehen werden. Ist einmal ein Jahr ohne Symptome, ohne Recidiven abgelaufen, dann kann die secundäre Syphilis meist als abgelaufen angesehen werden. Dies ist der Grund, weshalb wir als Princip hinstellen, die chronisch-intermittirende Behandlung habe ein Jahr über die letzte constatirbare Recidive zu dauern, da wir dann annehmen können, daß die secundäre Syphilis bereits ausgeheilt sei. Meist schließen wir dann mit einer energischen Cur ab.

Eine zweite Frage betrifft die Recidiven secundärer Syphilis, die sich in Intervallen, in Pausen der Behandlung einstellen. Sind diese Recidiven leicht, so alterirt dies unser Vorgehen nicht weiter. Wir sind ja auf diese Recidiven gefaßt, sie überraschen uns nicht, sie sind ein Beweis, daß sich noch Virus im Organismus des Pat. findet, eine Thatsache, die wir auch ohne Recidiven kennen. Leichte Recidiven, Plaques etc. sind aber für uns keine Veranlassung, die systematische Cur zu unterbrechen, die als nothwendig erkannte Pause zwischen zwei Curen abzukürzen. Wir behandeln solche leichte Recidiven local und warten mit der nächsten Allgemeincur bis zum Abschlusse der Pause.

Anders ist es, wenn sich Recidiven ernster Art, cerebrale, Augenlues etc. einstellen. Diese indiciren die sofortige Einleitung energischer Cur.

Die dritte Frage betrifft die Durchführbarkeit der Cur, die Frage, ob es de facto möglich ist, einen Syphilitischen so lange Zeit zu behandeln, ob der Pat. das nöthige Verständniß, die nöthige Geduld zu so langer Cur mitbringt. Diese Frage ist ebenso zu bejahen. Jeder Pat. fügt sich willig dieser Cur, nur muß er von ärztlicher Seite darauf vorbereitet sein, auf die Nothwendigkeit längerer Behandlung aufmerksam gemacht werden.

Allerdings darf der Arzt nicht, wie das noch vorkommen soll, dem Pat., der sich ihm mit frischen secundären Erscheinungen vorstellt, sagen: „Nun, wir werden halt eine Schmiercur machen und dann ist die Sache gut." Mit der ersten Recidive, die sich dann einstellt, verliert der Pat. entweder das Vertrauen in seinen Arzt und übergeht in andere Hände, oder verliert die Hoffnung, ausgeheilt zu werden und gibt, sehr zu seinem Nachtheil, jede Behandlung auf.

Wird aber der Pat. von vornherein auf die Nothwendigkeit länger dauernder Behandlung aufmerksam gemacht, so führt er diese auch durch; weiß er ja meist schon von einem erfahreneren Freunde, daß die Syphilis einen chronischen Verlauf zu machen, wiederholte Recidiven zu setzen pflegt.

Die letzte und wichtigste Frage ist nun die nach dem Erfolge der chronisch-intermittirenden Behandlung. In der Beziehung bestätigen alle jene Fachcollegen, welche diese Therapie schon durch längere Zeit üben, und auch ich verfüge über eine nunmehr zehnjährige Erfahrung, daß die Resultate vorzüglich sind. Ebensowohl die Häufigkeit tertiärer Syphilis, als die hereditäre Syphilis erscheint auf ein Minimum reducirt.

Wohl machen sich auch Stimmen gegen die chronisch-intermittirende Behandlung geltend, doch diese dürfen uns nicht irre machen. Diese Stimmen rühren nämlich ausnahmslos von Collegen her, die die chronisch-intermittirende Behandlung nicht üben, also darüber gar keine Erfahrung haben. Es sind aprioristische, am Schreibtisch construirte Einwendungen, Befürchtungen, die sich in der Praxis nicht bewahrheiten. Es wäre ja ganz verständlich, wenn Jemand sagte, nun übe ich durch so und soviel Jahre die chronisch-intermittirende Behandlung, ich habe von ihr keine besonderen Vortheile, oder ich habe diese und diese Nachtheile gesehen, ich gebe die Methode auf. Doch dies ist nicht der Fall. Alle Collegen, welche die Methode üben, also Erfahrung über dieselbe haben, allein berufen sind, ihre Vortheile und Nachtheile zu erwägen, sind über die Vorzüge derselben einig, und die Stimmen jener, die ohne eigene Erfahrung in dieser Sache mitsprechen wollen, können dagegen nicht in die Wagschale fallen.

Neben Quecksilber und Jod, als den souveränen Heilmitteln der Syphilis, verfügen wir noch über eine Reihe therapeutischer Behelfe, die die Heileffecte des Quecksilbers, des Jod wesentlich zu unterstützen im Stande sind.

Ich nenne hier die Holztränke, die Badecuren in Jod-, Sool-, Schwefelbädern. Bei den letzteren, die in neuerer Zeit Gegenstand mehrerer Discussionen und Untersuchungen waren, sei es mir gestattet, noch einen Augenblick zu verweilen.

Im Interesse der Sache ist es, wenn wir hier eine Trennung vornehmen und uns zwei Fragen vorlegen:

1. Wie wirkt eine Schwefelbadecur auf den Syphilisproceß als solchen direct?

2. Welches sind die indirecten Einwirkungen einer Schwefelbadecur auf den Syphilisproceß in jenen Fällen, in denen Quecksilbercuren der Schwefelbadecur vorausgingen oder mit dieser combinirt werden? Diese zweite Frage dreht sich in der Hauptsache um jene Einwirkungen, welche eine Schwefelbadecur auf Resorption, Vertreibung in der Circulation und Elimination des Quecksilbers ausübt.

Was die erste Frage, die Einwirkung der Schwefelbadecur auf den Syphilisproceß und seine Erscheinungen, betrifft, so hängt diese wesentlich vom Stadium der Syphilis ab.

Wir können hier folgende Fälle constatiren:

a) Die Erscheinungen einer frischen manifesten Syphilis verschwinden, heilen ab, unter der Einwirkung einer länger dauernden Schwefelbadecur. Wir haben uns dieses Abheilen, Schwinden der Syphilissymptome wohl kaum zu erklären durch eine specifische Einwirkung des resorbirten Schwefels. Zweifellos aber ist es, daß die Schwefelbäder auf den Organismus excitirend einwirken, den Stoffumsatz erhöhen, damit die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen das Syphilisvirus verstärken, zur Elimination des Virus indirect beitragen. Aber ein solches Schwinden der Syphiliserscheinungen ist mit einer Abheilung der Syphilis nicht identisch, eine Ausheilung der Syphilis durch eine einzige, selbst mercurielle Cur ja nicht zu erwarten, es haben also die Schwefelbadecuren in diesen Fällen den Effect, die Syphilis aus dem manifesten in ein latentes Stadium überzuführen.

b) Diese selbe Wirkung der Schwefelbäder, den Stoffumsatz zu erhöhen, äußert sich in ganz anderer Weise, wenn dieselben nicht auf eine frische, floride, manifeste, sondern auf eine ältere, latente Lues einwirken. Wir können uns ja das Stadium latenter Lues nur so vorstellen, daß während desselben das Virus in einer inactiven Form irgendwo im Organismus, vielleicht in den Lymphdrüsen, wie VIRCHOW

*) S. „Wr. Med. Presse", 1895, Nr. 22.

meint, vielleicht in Milz und Knochenmark deponirt, abgekapselt ist. Die Erhöhung des Stoffumsatzes, die günstigeren Circulations- und Nutritionsverhältnisse, die eine Schwefelbadecur im Organismus setzt, sind dann häufig die Veranlassung, daß das Virus aus seinen Depôts herausgeholt, in Circulation gebracht wird.

Dieses circulirende Virus schafft Localisationsherde, setzt Symptome der Syphilis und so haben Schwefelbadecuren auf eine ältere latente Syphilis häufig den Einfluß, dieselbe in ein Stadium manifester Erscheinungen zu überführen, eine latente Syphilis wieder manifest zu machen. Diese Einwirkung ist in vielen Fällen von hoher diagnostischer Bedeutung, indem sie uns einen Behelf zur Entscheidung der oft schwierigen Frage, ob die Lues eines Pat. bereits geheilt oder nur latent ist, an die Hand gibt, eine Frage, die insbesondere in dem so verantwortlichen Falle der Ertheilung des Eheconsenses an ein vor einigen Jahren inficirtes Individuum aus der einfachen Untersuchung des Pat. nicht mit genügender Sicherheit zu beantworten ist.

c) Auch auf die Erscheinungen tertiärer Syphilis üben die den Stoffwechsel anregenden Schwefelbadecuren einen günstigen Effect, auch wenn eine besondere mercurielle Behandlung nicht vorausgegangen war, wie man dies in bisher nicht behandelten Fällen der Syphilis hereditaria tarda etc. zu beobachten Gelegenheit hat.

Eine weit höhere Bedeutung kommt aber den Schwefelbadecuren zu, weit günstiger sind deren Affecte, wenn die Schwefelbadecur in irgend einer Weise mit mercurieller Therapie combinirt wird.

Um diese Einwirkung zu verstehen, ist es zweckmäßig, die Einwirkungen von Schwefelbadecuren auf Resorption, Vertreibung und Elimination des Quecksilbers im Organismus in's Auge zu fassen.

Welchen Einfluß eine Schwefelbadecur auf im Organismus zurückgehaltenes Quecksilber äußert, illustriren am besten jene Fälle, in denen Pat. mit älterer, tertiärer Syphilis, die schon wiederholt Mercurialcuren durchgemacht hatten, einer Schwefelbadecur unterzogen werden. Untersucht man den Urin solcher Pat., bevor sie die Badecur beginnen, ein- oder mehreremale auf Quecksilber, so ist das Ergebniß negativ. Man würde daraus zum Schlusse kommen, der Organismus dieses Pat. habe bereits alles ihm bei früheren Mercurialcuren incorporirte Quecksilber eliminirt. Doch dem ist nicht so. Schon nach wenigen Bädern zeigt sich in dem Urin dieser Pat. Quecksilber oft in nicht unerheblicher Menge und dies, obwohl der Pat. sicher zur Zeit der Badecur mit Quecksilber nicht in Berührung kam (Kadkine).

Wir haben früher erwähnt, daß von dem dem menschlichen Organismus incorporirten Quecksilber ein Theil eliminirt wird. So lange als diese Elimination dauert, zeigen Fäces, Urin, Speichel Quecksilbergehalt.

Ein anderer Theil des Quecksilbers aber geht im Organismus fixe Verbindungen ein, bleibt vielleicht hauptsächlich in der Leber latent deponirt. Dieses fixe latente Quecksilber hat gegenüber dem Syphilisvirus keinerlei günstige Einwirkung.

Gleich dem Jod, aber noch in bedeutenderem Maße kommt dem Schwefel die Eigenschaft zu, in Folge seiner stoffwechselerregenden, vielleicht auch specifisch-chemischen Action dieses fixe Quecksilber frei zu machen, in Circulation zu bringen. Das Quecksilber wird dann eliminirt, erscheint in Urin, Fäces, Speichel. Aber dieses circulirende Quecksilber ist auf den Syphilisproceß von günstiger Einwirkung und so sehen wir bei unserem Pat. rasche Abheilung seiner tertiären Erscheinungen.

Die oft auffallend günstige Wirkung einer Schwefelbadecur bei tertiärer Syphilis und Pat., die schon wiederholt mercurielle Behandlungen durchmachten, ist uns in der Art verständlich. Es handelt sich dann nicht um die günstige Einwirkung der Schwefelbadecur auf den Syphilisproceß direct allein, sondern vorwiegend um eine indirecte Einwirkung durch Freimachung und Ausnützung eines früher incorporirten und im Organismus fix und latent verbliebenen inactiven Quecksilbers.

Diese Einwirkung der Schwefelbadecur ist uns aber sehr willkommen. Denn bedeutet sie auf der einen Seite eine für den Pat. nur vortheilhafte Elimination remanenten, latenten Mercurs, so ist sie auf der anderen Seite therapeutisch ein Mittel, mit dem doch nicht ganz indifferenten Mercur zu sparen, dasselbe Quecksilber, das vor Jahren unter Aeußerung gewisser Heileffecte incorporirt wurde, nochmals therapeutisch heranzuziehen und zu verwerthen.

In diesen Fällen handelt es sich also um die Combination mercurieller und Schwefelbadecur mit der Reihenfolge: zuerst, selbst viel früher Mercur, später Schwefelbadecur.

Doch auch die gleichzeitige, simultane Behandlung mit Quecksilber und Schwefelbadecuren wird geübt. Der Effect ist dann, im Allgemeinen gesprochen, der, daß die Schwefelbadecur für den Vertrieb des Quecksilbers im Organismus, für die Elimination des Quecksilbers sorgt, das uns unerwünschte Remanent- und Latentwerden des Quecksilbers verhindert.

Die häufigste Combination in dieser Richtung ist die gleichzeitige Verordnung von Einreibungen und Schwefelbadecuren und damit sind wir bei einem gegenwärtig vielumstrittenen Punkte angelangt. Eine neuere, von zahlreichen Autoren aufgestellte, chemisch und experimentell gestützte Ansicht ist die, der gleichzeitige Gebrauch von Frictionen mit grauer Salbe und Schwefelbädern sei contraindicirt, weil das Schwefelbad, durch Umwandlung des auf die Haut eingeriebenen Quecksilbers in unlösliches Schwefelquecksilber die Resorptionsmöglichkeit des Quecksilbers herabsetzt, also ein hemmendes Moment für die mercurielle Behandlung ist. Um nicht mißverstanden zu werden, hebe ich ausdrücklich hervor, daß es nicht das Princip der Combination von mercurieller Therapie mit Schwefelbadecuren ist, gegen das sich diese Ansicht wendet, dieselbe acceptirt das Princip, verlangt nur, daß bei gleichzeitiger Verordnung von Quecksilber und Schwefelbädern, die Applicationsweise des Quecksilbers nicht die endermatische, nicht die Frictionscur, sondern eine andere, die interne, subcutane, intramusculäre sein solle.

Der Erste, der die Ansicht von der Unzweckmäßigkeit der Combination von Schwefelbädern mit der Frictionscur aufstellte, war Neisser in Breslau. Doch auch er wendet sich nur gegen diese eine Combination und hebt ausdrücklich den allgemein nützlichen Einfluß von Schwefelbädern bei Syphilitikern überhaupt und deren Einfluß auf die Förderung der Quecksilberwirkung hervor, welch letzteren er geneigt ist als specifisch anzusehen.

Neisser hat in dieser Frage einige Versuche angestellt. So hat er Glasplatten dünn mit grauer Salbe bestrichen und in Aachener Badewasser eingetaucht: Fast das ganze Quecksilber war in Schwefelquecksilber umgewandelt. Der Chemiker Müller hat auf Neisser's Veranlassung metallisches Quecksilber geschüttelt mit Schwefelwasserstoffwasser mit und ohne Kochsalz, sowie mit Aachener Badewasser und erhielt immer Schwefelquecksilber, einen schwer löslichen Körper, der weder in Salzsäure, noch Salpetersäure, noch Schwefelammonium löslich ist. Wenn nun ein Syphilitiker heute eine Einreibung grauer Salbe erhält, so ist ja die Resorption der heute eingeriebenen Salbe innerhalb 24 Stunden nicht vollendet. Noch am zweiten, dritten, vierten Tage wird von dem am ersten eingeriebenen Quecksilber resorbirt werden. Geht aber der Pat. 24 Stunden nach der Einreibung in das Schwefelbad, so wird das auf seiner Haut befindliche, in den Poren und obersten Epidermisschichten lagernde Quecksilber in unlösliches, zur Resorption nicht geeignetes Quecksilber umgewandelt werden. In der That bemerken auch die Pat., daß ihre Ein-

reibung vom Vortage nach oder im Schwefelbade auffallend schwarz wird, was von Schwefelquecksilber herrührt.

Die Thatsache, daß in Aachen z. B. Dosen von 8·0 und 10·0 Grm. grauer Salbe pro die ohne schädliche Nebenwirkungen vertragen werden, ja nicht einmal stärkere Stomatitis erzeugen, ist nach NEISSER nur dadurch verständlich, daß ein Theil der Quecksilberwirkung durch die Schwefelbäder paralysirt wird, ein Theil des Quecksilbers durch Umwandlung des regulinischen Quecksilbers in unlösliches Schwefelquecksilber an dem Eindringen in den Organismus gehindert wird.

Es hat dann ELSENBERG in Warschau diese Frage experimentell studirt.

Seine Erfahrungen faßt er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Schwefelbädern und Einreibung bleiben die physiologischen Quecksilberwirkungen, Stomatitis etc. auch dann aus, wenn die Dosis der grauen Salbe sehr bedeutend, selbst auf 8—10 Grm. täglich gesteigert wird.

2. Dagegen sind bei gleichzeitiger Anwendung von Schwefelbadecuren mit subcutaner oder intramusculärer Verabreichung des Quecksilbers die physiologischen Effecte des Quecksilbers sehr bedeutend, ja sie machen den Eindruck, höher zu sein, als wenn die Mercurbehandlung allein, ohne Schwefelbadecur durchgeführt worden wäre.

3. Von einer größeren Zahl von Pat., die unter den gleichen äußeren Verhältnissen eine der Dosis nach gleiche Frictionscur durchmachten, von denen ein Theil gleichzeitig einer Schwefelbadecur unterzogen wurde, der andere Theil nicht, hatten bei in Intervallen von je einigen Tagen vorgenommenen Harnuntersuchungen jene Pat., die die combinirte Mercurschwefelcur hatten, stets nur Spuren von Quecksilber im Urin, während jene Pat., die nur Frictionen allein machten, stets größere Mengen von Quecksilber (bis zu 0·003 im Liter Urin) darboten. CATHELINEAU hat an der Klinik FOURNIER's diese Angaben nachgeprüft und vollinhaltlich bestätigt.

ELSENBERG hat über diese Frage aber auch eine Art von Sammelforschung angestellt, indem er eine Reihe deutscher, französischer und englischer Fachcollegen um ihre diesbezügliche Meinung anging. Auch hier sprachen sich Viele in dem gleichen Sinne aus. Interessant sind insbesondere die Antworten der ja über die größte Erfahrung verfügenden Collegen, die an Schwefelthermen ihre Praxis ausüben. So erklärt FONTAN, Arzt in Bagnères de Luchon, daß ihm diese neutralisirende Einwirkung des Schwefels auf Quecksilber bei simultaner, externer oder interner Darreichung schon lange aus eigener, sowie aus der Erfahrung seines Onkels AMEDÈE FONTAN, der auch in Luchon prakticirte, bekannt sei, er also die gleichzeitige Darreichung von Schwefelbädern mit Einreibungen, von Quecksilber intern mit Schwefeltrinkcuren vermeide, und wenn Combination von Quecksilber und Schwefel indicirt ist, die Cur stets so variire, daß er entweder Schwefelbadecuren mit internem Quecksilbergebrauch oder Einreibungscuren mit Schwefeltrinkcuren combinirt. Aus allen dem scheint denn doch das Eine hervorzugehen, daß, so sehr Schwefelbadecuren auf den Verlauf der Syphilis günstig einzuwirken pflegen, so sehr dieselben insbesondere den Effect von Quecksilbercuren zu erhöhen im Stande sind, *doch die gleichzeitige externe Application von Schwefelbädern und Frictionen contraindicirt erscheint.*

Nachdem nun aber das einmal einverleibte Quecksilber längere Zeit im Organismus verbleibt, so ist entweder die zeitliche Trennung beider Curen durchzuführen, in der Art, daß der Pat. zuerst seine Frictionscur und dann seine Schwefelbadecur macht, oder bei gleichzeitiger Darreichung von Quecksilber- und Schwefelbadecuren die Applicationsweise des Quecksilbers durch die Haut, die Frictionscur zu meiden, eine andere Applicationsweise des Quecksilbers, interne Darreichung oder Injectionen zu wählen.

Nun haben wir früher die verschiedenen Applicationsweisen des Quecksilbers nach der Energie ihrer Wirkung rangirt und erfahren, daß die Frictionscur eine energische Cur ist, der an Energie der Wirkung nur eine Cur, die intramusculären Injectionen unlöslicher Salze, gleichkommt, während die anderen Methoden, interne Behandlung, subcutane Injectionen, diesen beiden Behandlungsweisen an Energie weit nachstehen.

Wir haben daher, je nachdem wir neben einer Schwefelbadecur eine mehr oder weniger energische Quecksilberwirkung erwünscht halten, die Möglichkeit, die Cur abzustufen.

Erscheint uns milde Quecksilberwirkung erwünscht, dann ist die Combination von Schwefelbadecur und interner Quecksilberdarreichung, oder bei Pat. mit schlechter Verdauung, die Combination von Schwefelbadecuren mit subcutanen Quecksilberinjectionen, wohl am besten Sublimat, am Platze.

Erscheint uns energische Quecksilberwirkung erwünscht, dann wird die Schwefelbadecur mit den intramusculären Injectionen unlöslicher Quecksilbersalze, Hg. salicylicum, Hg. thymolaceticum zu combiniren sein.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß wir in Schwefelbadecuren einen ganz wesentlichen therapeutischen Behelf in der Syphilistherapie sehen.

Dieselben wären indicirt:

a) Allein, als Probecur, bei älterer mehrjähriger Syphilis, mehrere Jahre nach der Infection, um zu unterscheiden, ob das Individuum noch latent syphilitisch oder schon geheilt ist.

b) Insbesondere erfolgreich ist aber die combinirte Wirkung des Quecksilbers und der Schwefelbadecuren wegen der Einwirkung der letzteren auf Resorption, Circulation und Elimination des Quecksilbers. Schwefelbadecuren sind dann indicirt: 1. Als Nachcur nach einer oder mehreren vorausgegangenen mercuriellen Curen in jedem Stadium der Syphilis. 2. Zur Combination mit Quecksilbercuren, um deren Wirkung zu erhöhen, wo dann aber gleichzeitig beide Mittel in's Feld geführt werden. Der dann zu verwendende Mercur hätte je nachdem wir mildere oder energische mercurielle Wirkung wünschen, intern und subcutan, oder in Form intramusculärer Injection dem Organismus einverleibt zu werden. 3. Dagegen würde die gleichzeitige externe Application, die Combination von Schwefelbadecuren mit Einreibungen contraindicirt erscheinen und hätte in diesem Falle die Schwefelbadecur stets erst nach absolvirter Frictionscur, nicht aber gleichzeitig mit dieser durchgeführt zu werden.

Referate und literarische Anzeigen.

WENZEL (Magdeburg): **Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitoxins.**

G. CORIN (Liège): **De la digitoxine.**

Die Variabilität der Digitalispräparate je nach Jahreszeit, Standort und Alter legte längst den Wunsch nahe, aus den Folia digitalis einen in seiner Zusammensetzung constanten Körper zu isoliren, dem die Wirksamkeit der Digitalis zukäme. Diesem Streben wurde SCHMIEDEBERG schon vor 30 Jahren gerecht, indem er ein amorphes, gelbliches, bitteres Pulver darstellte, welches unter dem Namen *Digitalin* in den Handel kam, und das nach seinen Untersuchungen neben Digitalin in engerem Sinne noch die Substanzen Digitonin, Digitaleïn und Digitoxin enthält. Letzteres stellt den am meisten toxischen, aber auch therapeutisch wirksamsten Theil vor. Wegen seiner Unlöslichkeit in Wasser geht dasselbe nicht in das Infus mit über, während die Tinct. digital., die Fol. digital. pulv. sämmtliche vorgenannten Stoffe enthalten. Daher erklärt sich auch die geringere Wirksamkeit des Infuses gegenüber den reinen Fol. digital. und die relative Ungefährlichkeit der großen Dosen von Digitalinfusen bei Pneumonie.

Die weiteren Versuche, das Digitoxin zu isoliren, hatten wohl ein positives Resultat, doch befriedigten die damit erzielten thera-

peutischen Effecte nur wenig, sei es wegen Mangelhaftigkeit des Präparates oder wegen unpassender Dosirung. Aus diesem Grunde fand auch das von MERCK dargestellte Digitoxin, welches alle seine Vorgänger an chemischer Reinheit übertrifft, wenig Verbreitung. Nur MASIUS in Brüssel berichtet aus den Jahren 1893 und 1894 über die bei 26 Pat. mit Herzfehlern, Pneumonie und Typhus mit diesem Präparat erzielten Erfolge und constatirte auch die große Ueberlegenheit des MERCK'schen Digitoxins gegenüber dem Digitalin ADRIAN und Digitalin KILIAN. Nach den Untersuchungen MASIUS' wirkt das Digitoxin sehr schnell und energisch, ohne erhebliche gastrische Störungen. Nach 12—24 Stunden macht sich der Einfluß auf die Circulation geltend, die Cyanose und Athemnoth schwinden schnell, der Puls wird kräftiger, die Arhythmie verschwindet, die Frequenz sinkt auf die Norm, das Allgemeinbefinden bessert sich zusehends. Die Diurese steigt in einzelnen Fällen bis zu 4000 pro die. Die Digitoxinwirkung hält im Minimum 8—10 Tage an.

Durch diese Erfolge angeregt, hat W. („Ctbl. f. inn. Med.", 1895, Nr. 19) das Digitoxin in der städtischen Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg (Prof. UNVERRICHT) in 12 Fällen versucht, von denen 3 mit reinen Herzklappenfehlern, 3 mit Myocarditis, 3 mit Nephritis und 3 mit anderweitigen Affectionen behaftet waren. Es handelte sich durchaus um äußerst schwer erkrankte Pat., bei denen die Incompensation der Herzthätigkeit, die Stauungen im großen und kleinen Kreislauf, die Störungen der Harnsecretion ganz hervorragende waren.

Die Versuchsanordnung wich insoferne von der von MASIUS getroffenen ab, als von der Darreichung per os wegen der meist schon vorhandenen Störungen von Seite des Magens und des auch von MASIUS in 25% der Fälle beobachteten Erbrechens völlig Abstand genommen und das Präparat nur per clysma applicirt wurde. Nach jedesmaligem Reinigungsclystier wurde zuerst 3mal täglich, später nur 2mal, zuletzt nur 1mal 15·0 einer Lösung:

Rp. Digitoxin . . . . 0·01
Alcohol. . . . . 10·0
Aq. dest. . . . . aa. 200·0

auf ein 100·0 Wasser enthaltendes, lauwarmes Klystier gegeben, so daß die Einzeldosis 0·00075 Digitoxin betrug. Von toxischen Nebenwirkungen wurde nur in 2 Fällen, sehr herabgekommene Pat. betreffend, Erbrechen beobachtet. Sämmtliche übrige Pat. vertrugen das Digitoxin ohne die geringsten Beschwerden.

Was nun den therapeutischen Effect bei den einzelnen Krankheitsformen betrifft, so boten die 3 Vitien ein übereinstimmendes Bild: Rapider Abfall der Puls- und Athemfrequenz, deutlich zunehmende Pulswelle, steiler Anstieg der Urinmenge. Ein gleich günstiger Erfolg wurde in den 3 Fällen von Myocarditis erzielt: Auffallend schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Schwinden der Athemnoth, der Cyanose, der Oedeme, ausgesprochene Euphorie. Die Fälle von Nierenkrankheiten wurden in gleich eclatanter Weise beeinflußt. Steigen der Urinmenge, Fallen des specifischen Gewichtes und des Eiweißgehaltes, vor Allem auffallend schnelle Besserung des Allgemeinbefindens. Das Digitoxin bewährte sich in diesen Fällen als Diureticum und Cardiacum in gleich günstiger Weise. Die drei letzten Fälle, eine Pleuritis, einen Ascites durch Ovarialtumor und eine Cirrhosis hepatis betreffend, reagirten mehr minder gut auf das Digitoxin; in allen Fällen war aber der günstige Einfluß auf die Herzthätigkeit und Urinsecretion und vor Allem auf das Allgemeinbefinden ein unverkennbarer.

Nach diesen Erfahrungen sieht M. in dem Digitoxin ein mächtiges Cardiacum bei Herzklappenfehlern und Myocarditiden, das selbst dann noch Erfolg zu versprechen scheint, wenn andere Medicamente, selbst das so viel verwandte Digitalisinfus, sich als wirkungslos erweisen. Die Wirkung tritt fast stets schon nach wenigen Milligrammen in der verhältnißmäßig kurzen Zeit von 12—24 Stunden so prompt und sicher ein, daß an der Brauchbarkeit des Digitoxins für derartige Fälle nicht der geringste Zweifel mehr bestehen kann. Ebenso sichergestellt ist die ausgezeichnete diuretische Wirkung, welche mit einem Sinken des specifischen Gewichtes und einem Fallen des Albumingehaltes auf ein Minimum einhergeht. Durch die Anwendung des Digitoxins per Clysma können die Störungen von Seiten des Digestionstractes sehr reducirt, ja fast ganz vermieden werden.

In ähnlichem Sinne wie W. spricht sich CORIN in einem polemischen Artikel gegen BARDET aus („Les nouv. remèdes", 1895, Nr. 9). Er sieht in dem Digitoxin ein stets constantes Präparat, welches man mit voller Sicherheit in allen Fällen verwenden kann, in welchen man die Effecte der Digitalis erzielen will. Ein einziger Mißerfolg, welchen C. zu verzeichnen hatte, rührte davon her, daß der Apotheker statt des MERCK'schen Präparates das französische Digitalinum crystallisat. verabreichte. Besonderes Gewicht sei auf die Art der Verordnung zu legen. Es empfiehlt sich folgende Formel:

Rp. Digitoxin . . . . 0·002—0·003
Chloroform. . . . . 0·6 Ccm.
Alcohol. 90% . . . . . . 12 Ccm.
Aq. dest. q. s. ad . . . 150·0
S. Auf 3mal zu nehmen.

C. kann die Angaben MASIUS vollinhaltlich bestätigen, sowohl was die Wirkung des Digitoxins an sich, als auch seine Ueberlegenheit gegenüber den anderen im Handel vorkommenden Digitalin- und Digitalispräparaten betrifft. Speciell bei der Pneumonie kann C. geradezu eine Abortivwirkung des Digitoxins annehmen. Bs.

KRONACHER (München): Die Beeinflussung maligner Neubildungen durch eine künstlich erzeugte aseptische Entzündung.

Verf. geht von der bekannten Thatsache aus, daß gewisse infectiöse Erkrankungen, wie Lupus u. a., sowie maligne Neubildungen durch eine zufällig aufgetretene acute Entzündung — Erysipel — günstig beeinflußt werden, auf welchem Factum die Versuche mit Injectionen von Erysipelcoccen, mit Bacteriengiften, speciell mit Heilserum — EMMERICH und SCHOLL — fußen. Wenn auch das eigentlich wirksame Agens heute noch nicht gekannt ist, so ist K. („Centralbl. f. Chir.", 1895, Nr. 20) doch geneigt, dem Entzündungsprocesse einen Hauptantheil zuzuschreiben, und von diesem Standpunkte aus macht er auf die völlig gefahrlose Entzündung mit chemischen Körpern, wie Terpentinöl, in geeigneter Verdünnung aufmerksam. Die durch Terpentin, Crotonöl und ähnliche Körper erzeugte localisirte Entzündung ist in geeigneter Verdünnung meist ganz unschädlich, sie erzeugt kein Fieber, weder Allgemeininfection noch Metastasen. Man kann je nach dem Grade der Verdünnung alle Stadien einer Entzündung vom leichtesten entzündlichen Oedem bis zur schwersten Phlegmone hervorrufen. K. hat in diesem Sinne Versuche zunächst an nicht operablen Carcinomen angestellt und konnte hiebei eine sehr beachtenswerthe Veränderung der Neubildung constatiren, doch behält er sich weitere Mittheilung hierüber vor und möchte auch vorläufig nicht zur Nachahmung auffordern.

s—s.

STADELMANN: Psychische Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus.

Die Suggestionstherapeuten bemühen sich neuerdings, den Werth der Hypnose durch die Verwendung bei solchen Leiden zu demonstriren, welche unserem üblichen therapeutischen Handeln nur wenig zugänglich sind; dazu gehört nun der Muskel- und Gelenkrheumatismus in eminentem Maße, und es fehlt nicht an Autoren, welche mit mehr oder weniger Glück die Psychotherapie gegen dieses Leiden in Anwendung gebracht haben. So führt FOREL den chronischen Rheumatismus unter den für die Suggestivtherapie dankbaren Leiden an; MOLL, HIRSCH und LIÉBEAULT halten die Suggestion für das sicherste Mittel zur Beseitigung der Schmerzen bei acutem Gelenkrheumatismus; BERNHEIM hat einen seit 3 Jahren bestehenden chronischen Gelenkrheumatismus in 6 hypnotischen Sitzungen geheilt. VAN RENTERGHEM hatte unter 10 Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus 2 Heilungen und 3 Besserungen aufzuweisen, RINGIER unter 10 Fällen 6 Heilungen und 2 Besserungen.

STADELMANN berichtet nun („Der acute Gelenkrheumatismus und dessen psychische Behandlung", mit einem Vorwort von Dr. v. SCHRENCK-NOTZING. Würzburg 1891) über 12 Fälle von acutem Gelenkrheumatismus, welche nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 5 bis 6 Tagen unter dem Einflusse der Suggestion heilten. Die Hypnose wurde stets durch das Fixiren eines Gegenstandes und Schlafsuggestionen herbeigeführt. Der Verf. hofft, durch die psychische Behandlung eine Endocarditis

hintanhalten zu können und durch die Beseitigung der Schmerzen eine active Massage zu ermöglichen, indem der Pat. die erkrankten Gelenke bewegt und eine schnellere Resorption der Exsudate veranlaßt. „Auch ist anzunehmen, daß der gegebene Vorstellungsreiz eine Einwirkung direct auf das sympathische Nervensystem ausübt, und daß die Blutgefäße es zu keiner neuen Exsudation kommen lassen, wie ja auch die Schweißsecretion durch eine gegebene Vorstellung in der Hypnose vermindert oder vermehrt werden kann.“ Den Vorzug der suggestiven Behandlung vor der Salicylsäurebehandlung sieht STADELMANN darin, daß bei ersterer die Reize, welche der Arzt anwendet, der momentanen krankhaften Veränderung im Blutgefäßsystem allein angepaßt werden können, bei letzterer aber die ganze Thätigkeit des vasomotorischen Centrums gereizt wird.

Aus dem Erfolge der suggestiven Behandlung schließt der Verf., daß der Gelenkrheumatismus nicht zu den Infectionskrankheiten gehöre, da er nicht annehmen will, daß die Infectionsträger durch die Hypnose aus dem Körper entfernt oder in ihrer Entwicklung gehemmt werden. Fe.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Aerzte und Studirende. Von **Dr. M. Joseph** in Berlin. II. Theil: Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1894, Georg Thieme.

Dem ersten Theile der Hautkrankheiten hat Verf. nun den zweiten Theil, die Geschlechtskrankheiten, folgen lassen. Ref. constatirt mit Vergnügen, daß auch dieser Theil seinem Zwecke völlig entspricht. In knapper, klarer Diction, sachgemäßer, von reicher eigener Erfahrung zeugender Schilderung bespricht Verf. die einzelnen venerischen Krankheiten; eine genaue Einbeziehung der Fachliteratur bis in die jüngste Zeit, klare Diagnose und Differentialdiagnose, auf präcise Indicationen basirte wissenschaftliche Therapie sind die Vorzüge der Vorlage, die ihr trotz der großen Concurrenz auf diesem Gebiete gerade in den letzten Jahren einen wohlverdienten Kreis von Lesern sichern. Das Buch ist Aerzten und Studirenden gleichmäßig zu empfehlen. —r.

Hippokrates' sämmtliche Werke. In's Deutsche übersetzt und ausführlich commentirt von **Dr. Robert Fuchs.** Erster Band. München 1895, H. Lüneburg.

Das Interesse an der Geschichte unserer Wissenschaft erwacht wieder neu unter den Aerzten, und es ist mit Sicherheit zu erwarten, daß die Medicin davon viel Vortheil gewinnen werde. Gerade der Altmeister der wissenschaftlichen Krankenbeobachtung gehörte lange Zeit zu Jenen, die man stets im Munde führt und welche Jeder citirt, die aber nur selten gelesen werden; und nicht zum Geringsten hat der Mangel einer brauchbaren Uebersetzung daran Schuld getragen. Die nun vorliegende Uebersetzung stellt in Aussicht, daß ein Hippokrates in Hinkunft gelesen wird, und daß die Erfahrungsschätze, welche in seinen Werken aufgehäuft sind, von den heutigen Medicinern verwerthet werden. Wenn unsere Aerzte aus dem Buche lernen wollten, daß an dem Krankenbette nicht die Krankheit, sondern der Kranke behandelt werden müsse, so würden sie aus dem Durchlesen des Hippokrates weit mehr Nutzen ziehen als aus einem mehrbändigen Lehrbuch der Pathologie und Therapie. „Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang, der rechte Augenblick ist rasch enteilt, der Versuch ist trügerisch, das Urtheil ist schwierig,“ sagt der geniale Grieche in seinen Aphorismen und deshalb brachte er seine Erfahrungen in die Form kurzer Sätze, um das vom Augenblick Geborene festzuhalten und der Nachwelt zur Verwerthung zu hinterlassen.

Die von FUCHS gelieferte Uebersetzung ist gut lesbar, wenn auch hin und wieder ein etwas weniger treues Anlehnen an das Original wünschenswerth gewesen wäre. Von besonderem Werthe ist für den Leser der Reichthum der Ausgabe an erklärenden Anmerkungen, welche dem Arzte in Bezug auf alle dunklen Verhältnisse des Textes sowohl in sprachlicher als auch in sachlicher Beziehung genauen Aufschluß geben. w.

Kleine Mittheilungen.

— Die früher vielfach geübte Anwendung des Intrauterinstiftes hat seit den in den Siebziger-Jahren gemachten üblen Erfahrungen eine bedeutende Einschränkung erfahren. Gleichwohl hält A. SIPPEL in Frankfurt a. M. diese Furcht vor dem Intrauterinstift für zu weitgehend und glaubt, daß **die Anwendung des Intrauterinstiftes** in wirklich geeigneten Fällen und unter den nöthigen Cautelen geradezu segensreich wirkt. Für die Behandlung mit dem Intrauterinstift eignen sich ausschließlich jene Fälle von mechanischer Dysmenorrhoe in Folge von Anteflexio uteri, bei welchen in Folge von Dünnheit oder Schlaffheit des Gewebes in der Gegend des inneren Muttermundes sich während der Menses das Organ nicht streckt, sondern eher noch mehr zusammenknickt, wo also eine einfache Streckung des Uterus genügt, um dem Menstrualblut freien Abfluß zu schaffen. Vorbedingung für die Application des Stiftes sind vollkommenes Fehlen einer jeden entzündlichen Reizung des Uterus und seiner Adnexe und peinliche Antisepsis. Die von S. angewendeten Stifte sind aus Hartgummi hergestellt, sie haben eine vollkommen glatte Oberfläche, ihre Dicke beträgt 4 Mm. Die Länge ist entsprechend der Länge des Cavum uteri verschieden. Das obere Ende ist gut abgerundet. Am äußeren Ende befindet sich eine kleine, runde Hartgummiplatte von $1^1/_2$—2 Cm. Durchmesser. Der Stift muß kürzer sein, als die Gebärmutterhöhle und eine gewisse Krümmung haben, welche dicht über dem Orificium int. beginnt. Bei Application des Intrauterinstiftes wird zunächst unter antiseptischen Cautelen die Durchgängigkeit und zugleich die Länge des Uterus mit HEGAR'schen Dilatatoren geprüft und hierauf ein nach Krümmung und Länge passender Stift eingeführt. Es wird dann ein Jodoformgazestreifen eingeführt, um den Stift vorläufig am Herausgleiten zu verhindern, und einen antiseptischen Abschluß zu geben, bis die durch den Eingriff gesetzten kleinen Epithelverluste gedeckt sind. Hierauf Bettruhe in der Dauer von 2—4 Tagen. Hat dann die Pat. auch beim Umhergehen keine Belästigung durch den Stift, was die Regel ist, dann wird die Jodoformgaze entfernt und zum definitiven Zurückhalten des Stiftes ein Hartgummischalenpessar eingelegt. Dieses runde Schalenpessar hat eine centrale Oeffnung, welche groß genug ist, um dem Uterussecret freien Abfluß zu lassen, und doch wieder so klein, daß der Stift mit seiner vaginalen Platte nicht hindurch kann. Die ausgehöhlte Fläche des Pessars nimmt die Portio mit der Stiftplatte auf. Die nach dieser Methode eingelegten Intrauterinstifte wurden ausnahmslos gut ertragen und erfüllten ihren Zweck. Es war wiederholt möglich, Pat. aus der arbeitenden Classe, welche durch die Dysmenorrhoe mit ihren Folgeerscheinungen bis zur Erwerbsunfähigkeit heruntergekommen waren, wieder dauernd arbeitsfähig zu machen. Die Mehrzahl der Pat. hat sich später verheiratet und concipirt. Mit der Geburt waren die Schmerzen in der Regel beseitigt. Einige Pat. hatten nach mehrmonatlichem Tragen des Stiftes so wenig Beschwerden, daß sie weiterhin ohne Stift auskommen konnten.

— Die **therapeutische Verwerthung des Vaselinum liquidum in der Ohrenheilkunde** wurde von DELSTANCHE inaugurirt, indem er dieses Mittel bei catarrhalischen Adhäsivprocessen des Mittelohres (chronisch-catarrhalischer Mittelohrentzündung), ferners bei chronisch-exsudativen Catarrhen des Mittelohres, endlich bei Otitis media acuta empfahl. Die Injection erfolgt in der Weise, daß zunächst Katheterismus der Tuba Eustachii ausgeführt wird, sodann werden aus der 1 Ccm. fassenden, mit Vaselinum liquidum gefüllten Spritze einige Tropfen in den Katheter injicirt und mittelst des Katheters in die Tube, bezw. in das Mittelohr getrieben. Dieser Vorgang wird so lange wiederholt, bis der Inhalt der Spritze verbraucht ist. Dieses Verfahren wurde nun auf der Wiener Klinik für Ohrenkranke (Prof. GRUBER) von Dr. F. ALT einer Nachprüfung unterzogen („Ctbl. f. d. ges. Phar.“, Juni 1895), indem bei 250 ambulanten Pat. die Injectionen in systematischer Weise jeden 2. Tag gemacht wurden, bis ihre Zahl 20 erreichte. Als Resultat hat sich zunächst ergeben, daß das Vaselinum liquidum sterilisatum absolut unschädlich ist, niemals Reizungserscheinungen hervorrief, und daß sich die Kranken gerne mit dem Mittel behandeln ließen. Bezüglich

des Heilwerthes erwies sich das Mittel bei chronischen, veralteten Catarrhen des Mittelohres (catarrhalischem Adhäsivprocesse) mit positivem RINNE'schen Versuche als sehr zweckmäßig und viel empfehlenswerther, als der einfache Katheterismus mit Lufteintreibung. Nahezu in allen Fällen von chronischem Catarrh war unter der Vaselintherapie eine objectiv nachweisbare, beträchtliche Verbesserung der Hörschärfe zu constatiren, auch bei Pat., die vorher durch einige Monate den Katheterismus der Tube mit Lufteintreibung an sich vornehmen ließen, ohne daß eine nennenswerthe Verbesserung der Hörschärfe eingetreten wäre. Uebereinstimmend gaben die meisten Kranken an, daß quälende subjective Beschwerden (Ohrensausen, zuweilen auch Schwindel) unter der Vaselintherapie sich wesentlich besserten, mitunter auch ganz zurückgingen. Bei Otitis media plastica (Sclerose) waren nur in vereinzelten Fällen sehr geringe, objectiv nachweisbare Erfolge zu verzeichnen. Bei exsudativen Catarrhen des Mittelohres würde die Behandlung mit Vaselinum liquidum eine überflüssige Complicirung bedeuten. Bei der Otitis media acuta endlich scheint die Vaselintherapie nicht indicirt zu sein.

— **Zur Behandlung des weichen Schankers bei Frauen** hat sich v. HERFF in Halle („Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.", Juni 1895) nach vielfachen Versuchen mit anderen Mitteln am besten das Phenol erwiesen. In über 100 Fällen, worunter sich nur wenige Männer befinden, ist v. H. in folgender Weise vorgegangen: Nach sorgfältiger Reinigung der Genitalien mit irgend einem Desinficiens (Sublimat, Solveol) werden die Geschwüre, deren Zahl oft eine beträchtliche sein kann, mit Watte getrocknet und dann mit concentrirter Phenollösung (Acid. carbolic. liquefact. Pharm.) leicht bestrichen. Nach erfolgter Aetzung werden die weißen Schorfe von der überschüssigen Lösung mit trockener Watte gereinigt. Nur wenn die Geschwüre sehr ausgedehnt sind, sich besonders in der Nähe der Clitoris oder der Harnröhre befinden, empfiehlt es sich, die Stellen zuvor zu cocainisiren. Sonst ist der Schmerz in der Regel ein sehr geringfügiger und kurzdauernder. Die Nachbehandlung besteht im Wesentlichen in einfacher Reinigung durch Sitzbäder, Ausspülungen mit Kal. hyperm., Carbol, Lysol etc. Nach 4—5 Tagen haben sich die Geschwüre in der Regel gereinigt und sind in Vernarbung begriffen. Das eine oder das andere Geschwür bedarf einer nochmaligen Aetzung. Nur ganz ausnahmsweise stellt sich ein Fortschreiten des Uebels ein. Es ist dies ein ganz sicheres, manchmal sehr werthvolles Kriterium für die syphilitische Natur des Leidens zu einer Zeit, in der eine Differentialdiagnose sonst nicht möglich gewesen wäre. Sind die benachbarten Lymphdrüsen bereits erkrankt, so pflegt dies in der Regel in der kürzesten Zeit zurückzugehen. Nur ausnahmsweise ist Bettruhe und die Einleitung der gewöhnlichen Bubonentherapie nöthig. Das Verfahren zeichnet sich durch Einfachheit und Sicherheit bei möglichst geringer Belästigung der Kranken derart aus, daß v. H. nicht ansteht, dasselbe für geeignete Fälle bestens zu empfehlen.

— Ueber die in letzter Zeit mehrfach unternommenen Versuche, die Prostatahypertrophie und ihre Folgen durch Exstirpation der Testikel zu bekämpfen, haben wir unsere Leser bereits unterrichtet. In neuester Zeit versuchte nun ein amerikanischer Arzt, Dr. S. E. MC. CULLY („Le sem. méd.", 1895, Nr. 28) **intratesticuläre Injectionen von Cocain zur Behandlung der Prostatahypertrophie.** Er hat nämlich gefunden, daß die zweimal wöchentlich wiederholte Injection von Cocain in das Hodenparenchym die Castration vollständig ersetzen kann. Bei zwei Kranken hat C. auf diese Weise ein rasches Schwinden der durch die Prostatahypertrophie verursachten Beschwerden gesehen. Die Prostata verkleinert sich dabei allmälig und der schließliche Effect war eine dauernde Heilung mit erhaltener Potentia coëundi, aber mit vollständigem Mangel der Spermatozoënproduction.

— In einem Selbstversuche konnte sich Dr. KESSLER von dem Werth der **Adonis aestivalis zur Behandlung der Obesitas** überzeugen. K. nahm von einer Tinctur dieser Pflanze 3mal täglich 10 Tropfen. Sein Körpergewicht, welches ursprünglich 123 Kgrm. betrug, hatte sich nach 3 Tagen um circa 6 Kgrm. und nach einem Monat um etwas mehr als 9 Kgrm. vermindert, ohne daß unangenehme Erscheinungen nebenhergegangen wären.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

ZWEIFEL (Leipzig): **Ueber das untere Uterinsegment.**

Vortr. demonstrirt Gypsabgüsse, welche genau nach Gefrierdurchschnitten angefertigt sind, um an der Hand derselben die für das untere Uterinsegment in Betracht kommenden Verhältnisse zu besprechen. Daraus ergeben sich die früher schon einmal aufgestellten beiden Thesen: 1. Der anatomische innere Muttermund bleibt im Allgemeinen bis zum Beginn der Geburtswehen geschlossen. 2. Der Cervicalcanal kann in der von BANDL als unglaublich bezeichneten Ausdehnung gespannt werden, wie dies zuerst der BRAUNE'sche Gefrierdurchschnitt gezeigt hat. Z. steht auf dem Standpunkte, daß das Dehnungsgebiet des Corpus uteri nur vorübergehend passiv ist, daß in dem Maße, als die Wehen weiter wirken und der Cervix sich erweitert, die passiv gedehnte Uteruszone sich wieder activ contrahirt und allein der passiv gedehnte Cervix in die Gefahr zu reißen kommt. Als ein Zeichen der Ueberdehnung muß das Höherrücken der Insertion der Lig. rotunda betrachtet werden, und zwar besonders auf jener Seite, wo die Ruptur droht.

V. DITTEL jun. (Wien): **Unteres Uterinsegment und Cervix.**

Die den Ausführungen des Vortr. zu Grunde liegenden Präparate entstammen einer 23jährigen Erstgebärenden, welche in der 48. Schwangerschaftswoche plötzlich gestorben war, und bei welcher die gerichtliche Obduction Erstickung in Folge von Rhinosklerom des Pharynx und Larynx ergeben hatte. Der Befund am Uterus zeigt einen für den Finger durchgängigen äußeren Muttermund, Cervix entfaltet, der erhaltene Cervicalcanal kaum 1 Cm. lang, entsprechend der Nackenbeuge des Kindes eine Einziehung im Uterus. Eine genaue Differenzirung des unteren Uterinsegmentes läßt sich nicht constatiren. v. D. hat eine genaue mikroskopische Untersuchung des Falles vorgenommen, auf welche er des Genaueren eingeht.

Discussion über Uterusruptur.

FEHLING (Halle) wendet sich zunächst gegen die Auslegung, welche seine Experimente von Seite SÄNGER's erfahren haben. Bezüglich des Contractionsringes bemerkt er, daß ein solcher eigentlich niemals am Durchschnitt gezeigt werden konnte. Es wäre an der Zeit, dieses Wort aus der Welt zu schaffen. Mit FRITSCH ist er vollständig damit einverstanden, daß die operative Behandlung der Uterusruptur mehr gepflegt werde; besonders die totale Entfernung des Uterus von unten her käme hier in Betracht.

VEIT (Berlin) stimmt diesem Vorschlage bei. Bezüglich der Fixation des Uterus bemerkt V., daß dieselbe nach oben hin durch die Lig. rotunda, von unten durch verschiedene Momente gegeben sein könne; die Einklemmung der Muttermundslippen sei jedoch nur ein zufälliges Ereigniß. Man könne die untere Fixation auf jede Weise erklären ohne Herbeiziehung einer Einklemmung des Cervix. Dementsprechend sei es nothwendig, die Usur oder Druckgangrän immer noch von der Ruptur zu trennen.

OLSHAUSEN (Berlin) kommt auf die Angabe SÄNGER's zurück, daß trotz erfolgter Ruptur die Geburt vollendet werden könne; damit stehe die Frage nach der Möglichkeit einer Ruptur nach dem Tode und die Frage nach der Wehenthätigkeit nach eingetretener Ruptur im Zusammenhang. Eine Ruptur müsse nicht immer acutissime, sondern könne auch nach und nach entstehen, und so könne es vorkommen, daß mit anhaltender Wehenthätigkeit im letzten Augenblicke, da die Ruptur entsteht, auch die Geburt vollendet sein kann. Der Lehre FREUND's kann O. nicht beistimmen, er glaubt vielmehr, daß hier Dinge in Betracht kommen, die wir nicht immer beurtheilen können. Die Abneigung SÄNGER's dem Catgut gegenüber kann sich O. nur durch unzulängliche Erfahrung oder durch mangelhaftes Material erklären. O. selbst hat mit Catgut nur die besten Erfahrungen gemacht und 200 Laparotomien ohne eine einzige

Seidennaht ausgeführt. Die Ansicht SÄNGER's, daß das Mitpressen der Frau die Gefahr einer Ruptur erhöhen könne, kann O. nicht theilen.

HOFMEIER (Würzburg) glaubt an eine Prädisposition des Gewebes für die Ruptur. Die Gefahr des Mitpressens scheine ihm keine allzugroße zu sein. Durch Impression des Kopfes von außen her könne es höchstens zu Quetschungen, nie aber zur Ruptur kommen.

REIN (Kiew) empfiehlt die operative Behandlung der Uterusruptur, die in erster Linie in der Naht zu bestehen habe.

R. V. BRAUN (Wien) weist auf die große Schwierigkeit der Blutstillung, besonders bei Blutungen aus dem Ligament hin. Er näht deshalb die Blätter desselben an den Ileopsoas fest.

SCHATZ (Rostock) bespricht die Verhältnisse der Geburtswege bei Thieren. Bei den Nagern z. B. bestehen verschiedene Zonen, deren Innervation aber eine ziemlich gleichmäßige peristaltische Bewegung zur Folge habe. Bei höheren Thieren und speciell beim Menschen werde aber die Differenzirung immer größer. Immerhin genügt es aber, zwischen Uteruskörper und Uterushals zu unterscheiden. Einen Contractionsring in dem Sinne, daß an dieser Stelle eine Contraction vorhanden sei, gebe es nicht.

V. WINCKEL (München) gesteht zwar zu, daß durch die Impression bei allseitig gleichmäßigem Drucke nur Quetschungen der Uteruswand und keine Ruptur zu Stande kommen könne, er schließt aber letzteres nicht gänzlich aus, wenn die Versuche von ungeübter oder rüder Hand oder von einer Seite her gemacht werden. Desgleichen hält er das Mitpressen der Frau nicht für gleichgiltig für das Zustandekommen der Ruptur.

NEUGEBAUER (Warschau): Man hat den Uterus wegen Placenta praevia, wegen Blutungen u. s. w. exstirpirt, aber Niemand hat noch den Versuch gemacht, den rupturirten Uterus per vaginam zu entfernen.

CHROBAK (Wien) sieht in der Tamponade kein empfehlenswerthes Verfahren. Was die Exstirpation des Uterus per vaginam betrifft, so bietet ihre Ausführung keine Schwierigkeit und beansprucht nur wenig Zeit. Ein derartiger zur Section gelangter Fall lehrte, daß die exacte Blutstillung gelungen war.

LÖHLEIN (Gießen) bemerkt zu der von SÄNGER gebrauchten Nomenclatur, daß mit dem Worte „Coelio-" Mißbrauch getrieben worden sei, indem dasselbe einmal im Sinne von Peritoneum, dann wieder statt Abdomen angewendet werde, was absolut nicht richtig sein könne; L. warnt vor der durch solche Verbesserungen drohenden Verwirrung.

NAGEL (Berlin) macht Mittheilungen über seine Untersuchungen über die Blutversorgung des Uterus.

TAUFFER (Budapest) wendet sich gegen die Ansicht, daß für das active Verfahren gegen die Uterusruptur die Laparotomie die beste Methode sei. Die Erfahrungen der Klinik müssen gerade hier gegenüber denen der Privatpraxis zurückstehen, wo einerseits Rupturen viel häufiger seien und die Laparotomie nicht immer ausführbar ist. Unter einem poliklinischen Material von 10 048 Geburtsfällen kamen 43 Uterusrupturen vor, darunter 25 penetrirende und 17 nichtpenetrirende; 1 Fall war zweifelhaft. Im Allgemeinen wurde an dem Princip der Jodoformgazetamponade festgehalten. 4 Fälle kamen moribund in die Behandlung, 3 Laparotomien verliefen tödtlich durch Shock, 2 durch Sepsis. Von 25 penetrirenden Rupturen sind bei Jodoformgazetamponade 5, von 17 nicht penetrirenden Rupturen 12 geheilt, somit ein sehr günstiges Resultat, das der Laparotomie gegenüber Beachtung verdient.

FRITSCH (Bonn) gesteht zu, daß der Ausdruck „Contractionsring" nicht gut gewählt sei, doch gebe es keinen passenderen hiefür. Bei Obductionen hat F. den Contractionsring nie gesehen, wohl aber an der Lebenden palpirt. Die Action der Bauchpresse ist an sich nicht im Stande, eine Uterusruptur zu erzeugen, wohl aber könne sie als begünstigendes Moment gelten. Bei der Exstirpation des rupturirten Uterus bestehe die Hauptschwierigkeit in der Stillung der Blutung aus dem Parametrium. Die Tamponade sei nicht zuverlässig und eine weitere Verletzung des Peritoneums hiebei nicht ausgeschlossen.

SÄNGER (Leipzig) kommt in seinem Schlußwort auf die zahlreichen ihm gemachten „Vorwürfe" zu sprechen und sucht dieselben zu widerlegen. Ba.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 14. Juni 1895.

E. ULLMANN stellt einen 55jährigen Pat. vor, welcher seit 20 Jahren an Sklerodermie leidet. Am Nacken ist dieselbe gegenwärtig im Stadium der Schwellung, an der Nase, Stirn, Wangen, Ohren im Stadium der Schrumpfung. An symmetrischen Stellen beider Wangen, in der Nähe des Kieferwinkels sieht man durch kleine Geschwürchen hindurch einen schwarzen, bei Berührung unempfindlichen Knochen, der gegen die Unterlage verschieblich ist, somit eine Nekrose eines neugebildeten Knochens. U. glaubt, daß durch dieselben Ursachen, welche die Sklerodermie bedingen, zunächst die Hyperplasie des Knochens entstanden sei, und entsprechend der atrophischen Schrumpfung der sklerodermatischen Stellen sei es am Knochen zur Nekrose gekommen.

KAPOSI stellt vor:

1. Zwei Fälle von Sklerodermie, der eine eine 10jährige Tänzerin betreffend, bei welcher die Sklerodermie in Form eines 2 Finger breiten Streifens an der Hinterfläche der ganzen unteren Extremität auftritt. Der zweite Fall, eine Sklerodermie des Gesichtes und behaarten Kopfes, ist dadurch interessant, daß die Krankheit vor mehreren Monaten mit einem erythematösen Stadium begann.

2. Einen Fall von Zoster brachialis, der nicht, wie gewöhnlich, central, sondern peripher an der Extremität begann und der, obwohl eine Abortivform, gleichwohl zu schweren nervösen Störungen im Sinne einer Glossy skin, etwa wie nach Schußverletzungen des Plexus brachialis, geführt hat.

3. Einen Fall von Lepra, eine in Galizien, einer leprafreien Gegend, geborene, im 17. Lebensjahre nach Buenos-Ayres eingewanderte Pat. betreffend. Die Lepraknötchen zeigen in ihrer Entwicklung auffallend die Form eines Syphilids; es besteht keine Anästhesie, sondern Hyperästhesie.

WERTHEIM demonstrirt mikroskopische Präparate einer Thrombophlebitis gonorrhoica aus der Blasenschleimhaut eines an Vulvovaginitis gonorrhoica erkrankten 8jährigen Mädchens. (Weiteres hierüber im Berichte über den diesjährigen Gynäkologen-Congreß.)

L. MÜLLER demonstrirt eine Pat., bei welcher es auf ganz ungewöhnlichem Wege zu den Erscheinungen einer Bleivergiftung gekommen war, nämlich durch den fortgesetzten Gebrauch von „Elisabethinerinnenkugeln", welche sich die Pat. auf die Wange rieb. Als Symptome der Bleivergiftung finden sich ein typischer Bleibelag an der Zunge, an einer Stelle, wo er bis jetzt niemals beobachtet wurde, ferner Abducenslähmung und Erscheinungen, derentwegen sie eine zeitlang mit Tumor cerebri in Behandlung stand, wie Stauungspapille, Erbrechen etc.

RIE erinnert zunächst an die von ihm und GERSUNY seinerzeit [1]) gemachten Mittheilungen über Craniotomie bei Mikrocephalie, welchen ein operirter Fall zu Grunde lag. Den Schädel dieses Kindes ist nun R. in der Lage zu demonstriren, nachdem das Kind $2^{1}/_{2}$ Jahre nach der Operation, ohne daß durch dieselbe ein wesentlicher Erfolg erzielt worden wäre, an Bronchitis und Enteritis gestorben ist. Der circuläre Defect am Schädel, welcher damals durch Entfernung einer Knochenspange gesetzt worden war, zeigt an einzelnen Stellen Verknöcherung, außerdem Defecte und an einzelnen Stellen deutlich ausgebildete Nahtzacken. Im Hirne fand sich ein porencephalischer Herd, wodurch selbstverständlich das Operationsresultat ein negatives sein mußte.

H. SCHLESINGER stellt eine Pat. vor, bei welcher ein Pyo-Pneumothorax mit jauchiger Zersetzung des Exsudates zu spontaner Ausheilung gelangt war.

ALBERT demonstrirt:

1. Das durch Operation gewonnene Präparat eines Falles von Invagination des Darmes, bedingt durch ein kleines submucöses Myom.

2. Die Photographie eines Pat. mit beiderseitiger Schwellung der Parotis. A. verfügt bereits über 3 analoge Fälle, bei welchen es sich um beiderseitige grobkörnige Vergrößerungen des Organes

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1893, pag. 106.

ohne jegliche vorausgegangene Erscheinungen handelt, und glaubt, daß Bildung kleiner seröser Cystchen, ähnlich wie in der Schilddrüse, vorliegt.

HELLER stellt einen Caissonarbeiter mit einer für diese Arbeiterkategorie charakteristischen Krankheit vor. Pat. erkrankte vorgestern mit heftigen Schmerzen in der linken oberen Extremität, worauf sich eine diffuse Schwellung derselben einstellte. Diese Symptome sind sehr flüchtig.

SINGER macht eine vorläufige Mittheilung, die bacteriologische Untersuchung des Harnes bei acutem Gelenkrheumatismus betreffend. Unter 17 Fällen fand sich 10mal Staphylococcus albus, 1mal Staphylococcus aureus, 3mal Streptococcus pyogenes, 2mal Staphylococcus albus und Streptococcus; in einem Falle, welcher mit Cystitis complicirt war, war das Bacterium coli nachzuweisen. Es ließ sich constatiren, daß Ausscheidung und Verschwinden der Bacterien parallel ging mit Verlauf und Heilung der Krankheit. Dieselben Mikroorganismen, welche hier aus dem Harne gezüchtet wurden, sind nach WEICHSELBAUM u. A. die Erreger der Endocarditis, die ja eine so häufige Complication des Gelenkrheumatismus bildet. Die Ansicht, daß die gewöhnlichen Eitercoccen die Ursache der so häufigen rheumatischen Affection abgeben, erscheint auch klinisch durch eine Reihe von Thatsachen gestützt und wird ferners auch durch diese Experimente, die allerdings noch der Erweiterung bedürfen, bestätigt.

Es erscheint wahrscheinlich, daß man die einheitliche Aetiologie des Gelenkrheumatismus wird fallen lassen müssen, und die Antwort, ob es überhaupt specifische Erreger des Rheumatismus gibt, wird erst nach einer großen Reihe von Versuchen gegeben werden können. Nach den bisherigen Untersuchungen müßte der acute Gelenkrheumatismus als abgegrenzte Krankheitsform unter die Pyämie eingereiht werden.

FEDERN berichtet in vorläufiger Mittheilung über ein bisher noch unbekanntes Percussionsphänomen am Magen. Wenn man den normalen Magen bei horizontaler Lage percutirt, so bekommt man einen tympanitischen Schall; derselbe wird nach mehreren tiefen Respirationen heller und voller tympanitisch. Die Aenderung des Schalles läßt sich nur dadurch erklären, daß der Magen bei der Inspiration mehr mit Luft gefüllt wurde. — Es ist eine längst bekannte Thatsache, daß sich im Magen Luft befindet, doch wurde stets angenommen, daß dieselbe beim Schlingen verschluckt werde. Wenn es jedoch richtig ist, daß bei der Respiration Luft in den Magen kommt, wir somit gewissermaßen eine Magenrespiration haben, so dürfte die Sache eine größere Bedeutung gewinnen und zu weiteren Untersuchungen auffordern.

TOLDT hält schließlich einen Vortrag über die Reform der anatomischen Nomenclatur, in welchem er über die nun zum Abschluß gelangten Arbeiten der zu diesem Zwecke eingesetzten internationalen Commission berichtet.

Die Sitzungen wurden bis zum Herbste vertagt. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 22. Mai 1895.

Vorsitzender: Prof. OBERSTEINER.

Dr. SCHEIN: Ueber das Wachsthum des Fettgewebes.

Der subcutane Zellgewebsraum und die anderen Zellgewebsräume zeigen an Stellen, wo Fettgewebe mit Vorliebe zur Entwicklung kommt, einen lebhaften Wechsel ihres Volums und ihrer Spannung. Von dem Grade dieses Wechsels, dieser Schwankungen des Volums und der Spannung hängt unter sonst gleichen Umständen, namentlich bei dem gleichen Quantum Fettes in der Blutbahn, das Wachsthum des Fettgewebes ab. Darum zeigt insbesondere die Bauchhaut in höherem Alter und mehr noch bei Frauen als bei Männern eine ganz besondere Neigung zu subcutanem Fettgewebsreichthum; denn sie bietet durch die Athmung, durch die wechselnde Füllung der Eingeweide, durch Lagewechsel, durch den wechselnden Contractionszustand der Bauchmuskeln den wechselvollsten Spannungszustand unter allen Hauttheilen. Dieser wechselvolle Spannungszustand hat eine überaus lebhafte Ernährung des lockeren nachgiebigen subcutanen Zellgewebes zur Folge, weil bei der Erweiterung und Spannungsverminderung des subcutanen Zellgewebes sich auch dessen Gefäße erweitern und entfalten und assimilirbare Stoffe aspiriren und weil bei der nachfolgenden Verkleinerung und Spannungsvermehrung des subcutanen Zellgewebsraumes sich dessen Gefäßinhalt rascher gegen das Herz hin bewegt. Die Schwankungen des Volums und der Spannung des Zellgewebes bewirken also lebhaftere Ernährung und Wachsthum des Fettgewebes. Das gilt nicht blos für die Bauchhaut, sondern auch für die Brusthaut, wo die Athmung, der Wechsel des Füllungszustandes der Eingeweide etc. ein um so lebhafteres Wachsthum des Fettgewebes bewirken können, je mehr der costale Athmungstypus über den abdominalen überwiegt. Diese Schwankungen fallen an Brust und Bauch um so ausgiebiger aus, je lockerer das subcutane Zellgewebe geworden ist, darum trifft man bei Frauen und im höheren Alter ein starkes Fettpolster der Brust- und Bauchhaut öfter an. Ebenso wie an Brust- und Bauchhaut äußern sich die bezeichneten Schwankungen in anderen nachgiebigen Zellgewebsräumen, so z. B. zwischen Muskeln, längs Gefäßen, insbesondere längs Venen, um Drüsen von wechselndem Volum und wechselnder Lage, in den Augenhöhlen, in den Achselhöhlen, in den Kniekehlen, in den Fossae ischiorectales, in den Furchen der subserösen Lage des Pericards, an der Stelle untergegangener Organe, z. B. Muskeln, Drüsen. Darum wird das Fettgewebe eine Art Füllsack- und Stopfmittel; denn Volumsvermehrung hat dieselben Folgen wie Volumsverminderung, Spannungszunahme dieselben Folgen für das Fettgewebe wie Spannungsabnahme; beide befördern durch ihren steten Wechsel die Ernährung und das Wachsthum des Fettgewebes. Die Lipome, die sich auffallend rasch nach Entleerung von Meningocelen durch den wechselnden Druck des Liquor cerebrospinalis ausbilden, sind ebenso ein Beweis für diesen Einfluß der genannten wechselvollen Zustände wie die Lipome, die bei Lastträgern, Müllern, Fleischern dort entstehen, wo der Druck von Lasten häufig einwirkt (Schultern, Rücken). Es ist dabei stets stillschweigend vorausgesetzt, daß an allen genannten Stellen Fettgewebskeime schon früher vorhanden waren, denn nur da, wo eine Fettgewebsanlage vorhanden war, kann sich Fettgewebswachsthum zeigen; wo hingegen, wie an den Lidern, am Penis, Scrotum, die Fettgewebsanlage im subcutanen Zellraume fehlt, kommt es trotz lebhafter Schwankungen des Volums und der Spannung der Zellräume niemals zu Fettgewebsbildung. Als eine Folgerung aus der Erkenntniß, daß der lebhafte Wechsel des Volums und der Schwankungen der Zellgewebsräume, in denen die Anlage von Fettgewebe vorhanden ist, Fettgewebswachsthum zur Folge hat, ist die Thatsache anzusehen, daß das Fettgewebe in Räumen, wo ein solcher Wechsel ausgeschlossen ist, stets den gleichen Bestand darbietet und auch keine Schwankungen des Wachsthums zeigt. Im Bereiche der behaarten Kopfhaut, an der Palma manus und Planta pedis zeigt z. B. das subcutane Fettgewebe sehr constante Stärkezustände und finden sich hier auch Lipome außerordentlich selten.

Discussion.

Doc. Dr. Herz fragt, ob die Bildung des Fettes nicht im Zusammenhange steht mit den Aenderungen der Circulation durch die Function der activen Muskeln. Er weist auf die Verhältnisse in der Bauchhaut hin, wo die mächtigen Bauchmuskeln eine Beschleunigung der Circulation erzeugen, während andererseits in den Augenlidern keine großen Muskelmassen sind, so daß auch kein großer Blutstrom vorhanden sein kann.

Dr. Schein erwidert, daß dieses Verhältniß zwischen Muskeln und Fett im Allgemeinen wohl zu erwarten ist, daß es aber nicht ausschließlich darauf ankommt, denn wenn ein Muskel untergegangen ist und Fettgewebe sich bildet, so hat das mit der Contraction nichts zu thun.

Doc. Dr. Königstein bemerkt auf die Frage des Doc. Dr. HERZ, daß in der Lidhaut ein stärkerer Muskel vorhanden ist als in der Orbita, denn die ganze Haut ist von Muskelfasern überspannt. Es würde also, entsprechend dem lebhaften Wechsel der Spannung, hier mehr Fett nöthig sein als thatsächlich vorhanden ist. Andererseits finden sich in der Orbita, wo der lebhafte Wechsel der Spannung nicht besteht, die grössten Fettansammlungen gerade an den Stellen, wo die Musculatur nicht die grösste Wirkung hat. Die Augenmusculatur wird ja überhaupt nicht sehr in Anspruch genommen, denn wir bewegen mehr mit dem Kopfe als mit den Augen.

Dr. Schein meint, daß es sich in der Orbita nicht um eine geringe Muskelmasse handelt, und daß es hier zu einem sehr lebhaften Wechsel der Spannung kommt. Uebrigens legt er nicht nur auf die Musculatur Gewicht, sondern auch auf die Umgebung.

Aus den

italienischen medicinischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

R. Accademia medica di Torino.

Sitzung vom 1. Mai 1895.

FOÀ: Multiples Rhabdomyom des Herzens.

Vortr. demonstrirt Zeichnungen und histologische Präparate von einem mit multiplen Rhabdomyomen durchsetzten Herzen eines 4jährigen nicht syphilitischen Knaben und berichtet im Anschlusse daran über einen von Dr. ORLANDI beobachteten Fall von Rhabdomyom des Nervus ischiadicus, welches für ein Pseudoneurom gehalten wurde, bis die mikroskopische Untersuchung ein Rhabdomyom erkennen ließ.

PERRONCITO: Pathogenese und Heilung der Spulwurmkrankheit.

Auf Grund zahlreicher, von Dr. PIZZINI im Laboratorium des Vortr. ausgeführter Experimente läßt sich die Entstehung der Spulwurmkrankheit auf eine im Magen und Darme stattfindende organisch-saure Gährung zurückführen, durch welche die Ascarideneier enthülst und die Larven frei gemacht werden. Bei der Behandlung wird daher in erster Linie obgenannte Gährung durch mangelhafte Zufuhr von Kohlehydraten und reichliche Verabfolgung von alkalischen Wässern einzudämmen sein. Denselben Effect erzielt man auch mit Calomel zufolge seiner cholagogenen und antiseptischen Wirkung.

SCARPA: Heilung der Lungenphthise mit Ichthyol.

Vortr. berichtet über die Erfolge der seit Januar 1893 geübten Ichthyolbehandlung bei 150 Fällen von Lungenphthise. Die physiologische Wirkung des Ichthyol ließ schon a priori einen günstigen Erfolg vermuthen, und Vortr. sah sich in seiner Annahme auch nicht getäuscht. Von den 150 mit Ichthyol behandelten Pat., unter denen 110 Fälle nur Infiltrations- und 40 Fälle auch noch Destructionserscheinungen dargeboten hatten, starben insgesammt 23 an den schwersten Formen erkrankte Pat. gleich zu Beginn der Behandlung; 17 Fälle sind als vollkommen geheilt zu betrachten; 50 wurden sehr gebessert, 32 zeigen eine weniger deutliche Besserung und nur 28 seit kurzer Zeit mit dem Mittel behandelte Pat. zeigen noch keinen nennenswerthen Effect. Der günstige Einfluß des Mittels auf Husten, Expectoration, Schmerzen, wie auch auf Appetit, Fieber und Schweiß macht sich viel rascher bemerkbar, als bei Verabreichung von Guajacol und Creosot. S. verabreicht das Ichthyol 1 : 2 Wasser, Glycerin oder Alkohol; davon läßt er täglich 20—200 Tropfen in Wasser nehmen. Daneben sorgt er für kräftige Kost etc. Er hält das Ichthyol für das vorzüglichste bisher in Anwendung gekommene Heilmittel gegen Lungentuberculose. J. F—r.

Notizen.

Wien, 15. Juni 1895.

(Aus dem österreichischen Abgeordnetenhause.) Im Budget-Ausschusse des Abgeordnetenhauses besprach der Berichterstatter der Post „Hochschulen", Dr. BEER, neuerdings die räumlichen Mißstände an den Wiener Kliniken. „Die Schilderungen, welche von dem Zustande der Kliniken entworfen werden — sagte Dr. BEER —, sind, wie allgemein zugestanden wird, wahrheitsgetreu, und der Unterrichtsminister hatte durch den Besuch des allgemeinen Krankenhauses in Wien Gelegenheit, von den trostlosen Verhältnissen der chirurgischen und gynäkologischen Kliniken, sowie überhaupt von den ungenügenden Räumlichkeiten, über welche die Professoren für Ohrenheilkunde und Augenkrankheiten verfügen, sich zu überzeugen, und er hat auch Abhilfe zugesagt. Abermals ist jedoch ein Jahr verstrichen, ohne daß etwas geschehen ist. Seit mehreren Jahren haben die Verhandlungen des Hauses das hohe Interesse bekundet, welches allseitig von Seite der Vertretungskörper dieser Angelegenheit entgegengebracht wird, und aus der Initiative des Budget-Ausschusses ging der Antrag hervor, einen Credit von 8,000.000 fl. zu bewilligen. Ohne Widerspruch zu finden, wurde das Gesetz einstimmig beschlossen. Aber es dürfte sich schlechterdings ein Analogon in anderen Staaten nicht nachweisen lassen, daß der Erfüllung berechtigter Forderungen so wenig entsprochen wird wie in Oesterreich. Seit Jahren schleppen sich die Verhandlungen über die Errichtung eines physiologischen und eines hygienischen Institutes in Wien hin. Es handelt sich um die Schaffung von Anstalten, deren thunlichst rasche Vollendung ein Gebot der Menschlichkeit wäre. Wer den trostlosen Zustand vieler Kliniken des Allgemeinen Krankenhauses kennt, wird es nur tadeln können, daß Jahre nutzlos verstreichen, ohne daß etwas geschah, und daß die Anträge der Lehrkörper und die energischen Befürwortungen des Parlaments ihre Wirkung verpuffen." — Der Unterrichtsminister Dr. R. v. MADEYSKI erklärte in seiner Erwiderung, er habe bald nach der Uebernahme des Amtes die Ueberzeugung gewonnen, daß bezüglich der räumlichen Unterbringung der Universitäten crasse Uebelstände herrschen, und habe er sich hievon namentlich in Wien und Prag persönlich überzeugt. Was Prag betrifft, so liegen die Verhältnisse insofern günstiger, als sowohl die erforderlichen Baugründe als auch die Baupläne vorhanden sind und es sich nur um deren Realisirung handelt. Weit größere Schwierigkeiten ergeben sich bezüglich der Wiener Kliniken. Der Minister habe sich bereits im Vorjahre dahin geäußert, daß die räumlichen Zustände im Allgemeinen Krankenhause sich als unhaltbar erweisen; er bezeichnet es als die dringendste Pflicht der Unterrichtsverwaltung, diese Mißstände zu beseitigen und die Kliniken in einer dem Bedürfnisse und den Anforderungen der Wissenschaft und Humanität, der Würde und dem Ansehen des Reiches entsprechenden Weise auszugestalten. Das Allgemeine Krankenhaus eignet sich seiner Anlage nach nicht sehr für die Unterbringung der Kliniken, und war daher dieselbe von allem Anbeginne an mangelhaft. Im vorigen Jahre stand auf der Tagesordnung die Erwerbung der Alsercaserne. Unter dieser Voraussetzung wurde ein allgemeiner Plan verfaßt und dieser zum Gegenstande der Verhandlung genommen; allein es stellte sich hiebei heraus, daß man mit dieser Area allein nicht das Auslangen finden könnte und daß man noch zur Erwerbung weiterer Gründe schreiten müßte. Es wurden zwei Alternativ-Projecte ausgearbeitet, von denen das eine die Adaptirung, das andere den vollständigen Umbau des bestehenden Krankenhauses in Aussicht nahm. Das erste Project erforderte einen Kostenaufwand von $6^{1}/_{2}$, das zweite von 12 Millionen. Später wurde das Project wegen Erbauung eines Krankenhauses sammt Kliniken in Ottakring besprochen, wo ein Flächenausmaß von 300.000 Quadratmetern zur Verfügung gestanden wäre. So bestechend auf den ersten Blick dieser Gedanke erschien, wurden dennoch von verschiedenen Seiten, besonders von Fachmännern, gewichtige Bedenken dagegen erhoben, und wurde namentlich der Befürchtung Ausdruck verliehen, daß dadurch eine Art Loslösung von der Universität und den übrigen medicinischen Instituten eintreten werde. Man hätte wohl sehr schöne Kliniken, aber wahrscheinlich kein Krankenmaterial und keine Studenten. Beide erwähnten Projecte wurden der Wiener medicinischen Facultät zur Begutachtung abgetreten. Diese ist ihrerseits mit einem dritten Projecte hervorgetreten, nämlich mit dem Antrage auf Erwerbung der Gründe der Landes-Irrenanstalt im Ausmaße von 170.000 Quadratmetern. Hiebei würde ein Theil des alten Krankenhauses erhalten bleiben und man könnte auf den neu erworbenen Grundstücken nicht nur alle dermalen erforderlichen Baulichkeiten aufführen, sondern es wäre auch die Möglichkeit einer weiteren Ausgestaltung dieser Institute in der Zukunft nicht ausgeschlossen. Auf dieser Grundlage ist auch seitens der Statthalterei eine Studie ausgearbeitet und das bezügliche Erforderniß mit 13 Millionen beziffert worden. Der Minister behält sich vor, über dieses Project eine Verhandlung mit den betheiligten Ministerien einzuleiten, und hofft, daß dieselbe in nicht allzu ferner Zeit zu einem positiven Resultate führen werde. — Bezüglich der Reform der medicinischen Studienordnung, die von einem Redner urgirt worden war, erklärte der Minister, der Entwurf einer neuen Studien- und Prüfungsordnung sei auf Grundlage der von den Professoren-Collegien eingelangten Gutachten ausgearbeitet worden, doch müsse über die principiellen Fragen namentlich das Ministerium des Innern und der Oberste Sanitätsrath gehört werden. Demnächst werde auf Grundlage des Entwurfes eine Enquête im Unterrichtsministerium stattfinden. — Schließlich wurde vom Budgetausschusse eine Resolution

beschlossen, durch welche die Regierung dringend aufgefordert wird, die Verhandlungen über die bei den klinischen und anderweitigen wissenschaftlichen Instituten an den Hochschulen nothwendigen Bauten zum Abschlusse zu bringen, um im Frühjahre 1896 endlich an die Bauausführung schreiten zu können, und einen Plan vorzulegen, aus welchem die Reihenfolge der verschiedenen Bauten zu ersehen ist. Ferner wird die Regierung aufgefordert, die Frage der Uebernahme des Allgemeinen Krankenhauses in die Unterrichtsverwaltung in reifliche Erwägung zu ziehen, eventuell mit dem Minister des Innern Verhandlungen einzuleiten, jedenfalls aber über die Ergebnisse derselben dem Hause Bericht zu erstatten.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 27. Mai d. J. wurden die vom Ministerium des Innern aus Anlaß der bevorstehenden Revision des Arbeiter-Kranken-Versicherungsgesetzes zusammengestellten Fragepunkte, insoweit in denselben sanitäre Interessen berührt erscheinen, beantwortet. Der genannte Fachrath sprach sich unter Anderem dafür aus, daß die dem allgemeinen sanitären Interesse abträgliche Ueberbürdung der Cassenärzte durch Fixirung einer Maximalzahl der einem Cassenarzte zuzuweisenden Mitglieder hintanzuhalten wäre, und gab dem Wunsche Ausdruck, daß bei der beabsichtigten Revision des Krankencassengesetzes die Interessen des ärztlichen Standes mit jenen der Krankencassen möglichst in Einklang gebracht werden mögen. — Einen weiteren Gegenstand der Berathung bildeten die hinsichtlich der Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes vom Stadtrathe und dem Gemeinderathe in Wien gefaßten Beschlüsse. Der Landes-Sanitätsrath bezeichnete die in den vorliegenden Beschlüssen ausgesprochene Trennung der communalen ärztlichen Organe in städtische Bezirksärzte, welchen die Obliegenheiten der politischen Amtsärzte übertragen werden sollen, und in städtische Aerzte für die Versehung der Armenbehandlung und Todtenbeschau zwar als einen Fortschritt in der Entwicklung der Sanitätspflege in Wien, berief sich aber bezüglich der übrigen, den sanitären Bedürfnissen der Großstadt nicht genügenden Beschlüsse auf sein bereits im Jahre 1892 abgegebenes Gutachten, von welchem abzugehen er umso weniger Grund habe, als dasselbe mit den vom Obersten Sanitätsrathe in dieser Angelegenheit gefaßten Beschlüssen im Wesentlichen übereinstimme. In die Beurtheilung der Frage, ob die Regelung des Gemeinde-Sanitätsdienstes in Wien durch ein Landesgesetz zu erfolgen hätte, oder ob dieselbe, wie dies seitens des Wiener Magistrates und der gedachten communalen Vertretungskörper hervorgehoben wurde, im eigenen Wirkungskreise der Gemeinde gelegen sei, erklärte der Landes-Sanitätsrath mit Rücksicht auf die rein rechtliche Seite der Angelegenheit nicht eingehen zu können, betonte aber, daß für seine in den früheren Gutachten wiederholt zum Ausdrucke gebrachte Anschauung, der zufolge die Regelung dieser Frage der Landesgesetzgebung vorbehalten bleiben sollte, der §. 5 des Sanitätsgesetzes vom 30. April 1870 [1]) und die bisherige Auffassung der competenten Behörden maßgebend gewesen sei.

(Die moderne medicinische Forschung.) Aus unserem Leserkreise sind uns zahlreiche Zustimmungskundgebungen zu den in Nr. 22 d. Bl. veröffentlichten Betrachtungen über die Auswüchse modernster Forschung auf dem Gebiete der Heilkunde zugekommen, ein Beweis, daß die praktischen Aerzte in Stadt und Land den deletären Einfluß überhasteter, der exacten Nachprüfung entbehrender Publicationen auf das Ansehen des ärztlichen Standes wohl zu würdigen wissen. Und doch sollten die Angehörigen dieses Standes gerade jetzt Alles vermeiden, was geeignet ist, dieses Ansehen zu erschüttern, denn die Gegner der ärztlichen Kunst und des ärztlichen Standes, die in Deutschland und einem Theile Oesterreichs immer zahlreicher auftretenden „Naturheilärzte", verstehen es sehr wohl, aus den von den Aerzten gemachten Fehlern Waffen gegen den von ihnen gehaßten Stand zu schmieden. So tagen, wie uns Dr. J. Frank in Gablonz mittheilt, im nördlichen Böhmen zahlreiche Naturheilvereine, die in ihren Wochenversammlungen alle Vorkommnisse auf medicinischem Gebiete besprechen. Gewandte Redner kritisiren und verspotten die medicinische Wissenschaft, welche der Menschheit nur Unheil gebracht habe, und hetzen gegen die Aerzte. In einem Orte Böhmens soll jüngst bei der öffentlichen Impfung von 143 Impflingen ein Einziger erschienen sein. Wohin gelangen wir auf diesem Wege? — —

[1]) Dieser Paragraph lautet: „Der Landesgesetzgebung bleibt vorbehalten, zu bestimmen, auf welche Weise jede Gemeinde für sich oder in Gemeinschaft mit anderen Gemeinden jene Einrichtungen zu treffen hat, welche nach der Lage und Ausdehnung des Gebietes, sowie nach der Zahl und Beschäftigung der Einwohner zur Handhabung der Gesundheitspolizei nothwendig sind."

(Medicinalvergiftung.) In Crefeld injicirte ein Arzt einem 4jährigen, an postdiphtherischer Lähmung leidenden Kinde 1 Ccm. einer 0·1% wässerigen Lösung von Strychnin. sulf. (= 0·01 Strychnin); kurz nach der Einspritzung starb das Kind. Die Pharm. Germ. bestimmt die Maximaldosis des Strychnins mit 0·01, die Tagesdosis mit 0·02, die Pharm. Austr. die Einzeldosis mit 0·007.

(Militärärztliches Officierscorps.) Dem Stabsarzte des Ruhestandes, Dr. Michael Baumann, ist der Charakter eines Oberstabsarztes, dem Oberarzte a. D., Dr. Gregor R. Turzánski v. Kahanowicz, der Regimentsarztes-Charakter, Beiden ad honores, verliehen worden. — Angeordnet wurde die Uebernahme des Oberstabsarztes I Cl., Dr. Carl Kraucher, Commandanten des Garn.-Sp. Nr. 26 in Mostar, in den Ruhestand, und die Uebersetzung des Regimentsarztes I. Cl., Dr. Nicolaus Palánszky, desselben Garn.-Sp. in den Activstand des ärztl. Officierscorps der k. ung. Landwehr.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Stabsarzt des Ruhestandes, Dr. Victor Egermann; in Jena der Professor der Chirurgie, Geh.-R. Dr. Franz v. Ried, 85 Jahre alt; in Venedig der bekannte Kopenhagener Ohrenarzt Dr. H. W. Meyer, im 72. Lebensjahre.

(Bäder-Almanach 1895.) Mittheilungen der Bäder, Luftcurorte und Heilanstalten in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, der Schweiz und den angrenzenden Gebieten für Aerzte und Heilbedürftige ist der Titel eines soeben in 6. Ausgabe im Verlage von Rudolf Mosse, Berlin, erschienenen Werkes. Seit der im Jahre 1882 veröffentlichten ersten Ausgabe hat dieses für jeden Arzt unentbehrliche Nachschlagebuch mit jedem neuen Erscheinen eine bedeutende Erweiterung und Verbesserung erfahren. Die eigenartige, im Titel zum Ausdruck gebrachte Idee des Bäder-Almanachs bildet auch die Grundlage der vorliegenden neuen Auflage. Das Buch enthält nämlich eine sorgfältig nach wissenschaftlichen Grundsätzen geordnete Sammlung von Original-Prospecten der einzelnen Curorte. Ganz besonderen Werth besitzt der Bäder-Almanach durch die knappe und klare Darstellungsweise des wissenschaftlichen Theils, welcher von Sanitätsrath Dr. Otto Thilenius und einer Anzahl der hervorragendsten Badeärzte bearbeitet worden ist. Der Bäder-Almanach enthält die Prospecte von circa 750 Curorten und ist nach wissenschaftlichen Principien in die folgenden zwölf Gruppen eingetheilt: klimatische Curorte, Wildbäder, einfache Säuerlinge, Kochsalzquellen, Seebäder, alkalische Quellen, Bitterwässer, alkalisch-erdige Quellen, Eisenquellen und Moorbäder, Schwefel-

quellen und Schwefelschlammbäder, Curorte mit verschiedenen Curmitteln organischer Natur und Special-Heilanstalten. Zur raschen Orientirung dient das ausführliche Sach- und Namenregister. Eine speciell für den Bäder-Almanach angefertigte neue Karte der Bäder, Curorte und Heilanstalten der im Titel genannten Ländergebiete vervollständigt in wünschenswerther Weise Inhalt und Zweck des Werkes, das für die Aerzte, an die es programmmäßig zur Versendung gelangt, seit langen Jahren ein anerkanntes Hilfs- und Handbuch in jeder balneologischen Frage ist. Der Preis von 3 Mark ist in Anbetracht des umfangreichen Inhaltes und der äußeren Ausstattung ein durchaus mäßiger zu nennen.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das Juni-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Die Desinfection durch Dampf."** Von **Dr. J. Neufeld,** Fabriks- und Grubenarzt in Sosnowice.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Nr. 25. Sonntag den 23. Juni 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Darmatonie.

Von **Dr. S. Federn** in Wien. *)

Es dürfte Ihnen, meine Herren, paradox erscheinen, wenn ich sage, daß die Darmatonie eine moderne Krankheit sei. Ich meine es aber nicht in dem Sinne, als ob früher die Darmatonie nicht vorgekommen wäre, sondern nur insofern, als man früher derselben keine nähere Aufmerksamkeit schenkte. In den Lehrbüchern der Unterleibskrankheiten von Hennoch, Bamberger u. A. finden wir höchstens Abhandlungen über Verstopfung und Darmcatarrh. Wenn diese Uebel behoben wurden, so schenkte man dem Darm weiter keine Beachtung. Man nahm an, die Function des Dickdarmes sei die Stuhlentleerung, wenn diese in irgend einer Weise regelmäßig erzielt würde, so verursache der Darm weiter keine Störung; wobei ich natürlich von Krankheiten mit anatomischer Grundlage absehe. Selbst der Darmträgheit, ja der Obstipation schenkte man viel weniger Beachtung als gegenwärtig. Von Skoda hörte ich selbst, daß es Nichts bedeute, wenn z. B. bei Pneumonie der Pat. durch mehrere Tage keine Entleerung habe. Ja, im Allgemeinen wurde vielleicht bis vor einem Decennium angenommen, daß die Häufigkeit der Stuhlentleerung ganz individuell sei, und daß man so lange eine seltenere Stuhlentleerung nicht für krankhaft halten solle, als der Mensch keine Störung in seinem Verdauungsorgane zeigt.

Diese Anschauung beruhte zum Theil auf einer Reaction gegen die Anschauung der älteren Medicin. Diese hatte hauptsächlich zwei rationelle Indicationen. Erstens die Blutentziehung, um den entzündlichen Processen die Nahrung zu entziehen, und zweitens die Ableitung, um die Krankheitsstoffe, die Materia peccans, aus dem Körper zu entfernen. Zu dieser Ableitung wurde mit Vorliebe der Darm benutzt, und daher wurden die Abführmittel in den meisten Krankheiten gebraucht. Daß diese beiden Anschauungen zum größten Theile irrig waren, brauche ich nicht zu erörtern. Als Reaction nun gegen diese übertriebene Anwendung der Abführmittel und gegen die Anschauung vom Zurückhalten der Krankheitsstoffe in dem Darm trat jene Ansicht auf, die ich früher bezeichnet habe.

Eine allgemeine Aenderung in der Nichtbeachtung der verminderten Stuhlentleerung oder Darmatonie stellte sich erst ein, seit wir in der Massage ein rationelles Mittel fanden, sie ohne Abführmittel zu beheben. Denn allgemein war und ist noch zum Theil die Anschauung verbreitet, daß die Abführmittel momentan nützen, im Ganzen aber schädlich sind und das Uebel eher vermehren. Ich behandelte eine Frau in Wien, die später nach Prag übersiedelte. Dort wurde ein sehr tüchtiger Fachmann — ein außerordentlicher Professor der inneren Medicin — ihr Hausarzt; derselbe versicherte der Dame, daß es ihr nicht schade, ob sie alle 2, 3 oder 4 Tage Stuhl habe, wenn sie sonst dabei nur Appetit habe und das Essen gehörig verdaue, eine Anschauung, die sehr viele Aerzte theilen.

Wie sehr die Erfolge der Therapie die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Darmatonie lenkten, können Sie auch daraus ersehen, daß Dr. Stauber, der zu den ersten Aerzten gehörte, die in Wien die Bauchmassage methodisch ausübten, bald nach ihrer Anwendung einige Fälle mit schweren nervösen Erscheinungen publicirte, die er durch die Massage geheilt hat.

Aber nicht nur die Möglichkeit der Therapie lenkte die Aufmerksamkeit mehr auf die Darmzustände, der Darm hat auch noch durch andere neue Entdeckungen eine höhere physiologische und pathologische Dignität gewonnen. Wenn ich an die Zeit zurückdenke, in der ich studirte, so wurde der Darm eigentlich nur als Organ für die Resorption und Stuhlabsetzung betrachtet, und selbst erstere wurde mechanisch aufgefaßt; an andere functionelle Störungen als diejenigen, die sich auf diese Functionen bezogen, wurde fast nicht gedacht. In den letzten Jahrzehnten hat sich das in hohem Grade geändert. Wir verdanken zuerst Baumann und Brieger die Kenntniß der Eiweißzersetzung im Dickdarm, der verschiedenen aromatischen Substanzen, die sich da bilden, und

*) Vortrag, gehalten im „Wiener medicinischen Club" am 29. Mai 1895.

der Ptomaine, die von da aus resorbirt werden und als Gifte auf den Organismus wirken können. Wir haben in den letzten Jahrzehnten erfahren, daß die Resorption kein rein mechanischer Vorgang ist, sondern von einer vitalen Eigenschaft der Zellen abhängt; noch mehr, während wir früher geglaubt haben, daß mit der Peptonisirung des Eiweißes im Magen die Vorbereitung für die Nutzbarmachung des Eiweißes im Organismus vollendet sei, wissen wir heute, daß das im Magen durch das Pepsin bereitete Pepton ein Gift für den Organismus ist und daß dieses Pepton erst in den Darmwänden zu den für die Ernährung der Gewebe fähigen Eiweißsubstanzen umgesetzt werden muß. Man hat gefunden, daß das eigentliche Secretionsorgan für das Eisen der Darm ist, daß der Stoffwechsel des Eisens eigentlich durch den Darm besorgt wird. Dasselbe gilt für den Kalk, und es wird sich die Wichtigkeit dieser Thatsache für die Pathologie wahrscheinlich durch spätere Forschungen ergeben.

Diese Thatsachen, die im letzten Decennium aufgefunden wurden, sind wenigstens schon theilweise in der Pathologie verwerthet worden; aber schon in den Sechziger-Jahren haben Goltz, Bernstein, Carl Ludwig und seine Schüler wichtige Beziehungen zwischen dem Darm und dem Kreislauf entdeckt, welche in der Pathologie fast unbeachtet blieben. Goltz und Bernstein haben gezeigt, daß vom Unterleib eine Reizung des Vagus ausgelöst werden kann, welche sogar Stillstand des Herzens hervorruft. Carl Ludwig und seine Schüler haben gezeigt, von welch hoher Bedeutung die Blutfüllung der Eingeweide für den Gesammtkreislauf ist; sie haben gezeigt, daß die Reizung des Splanchnicus einerseits eine Contraction der Gefäße des Unterleibes hervorruft und den Blutdruck über das Doppelte seiner ursprünglichen Stärke erhöhen kann, sowie andererseits eine Durchschneidung des Splanchnicus die Gefäße des Unterleibes erweitert und den Blutdruck dadurch herabsetzt, daß ein großer Theil der Blutmenge in die Unterleibsorgane sich ergießt und der Kreislauf dadurch stillsteht; andererseits haben Carl Ludwig und Cyon gezeigt, daß das Herz durch den Nervus depressor selbst den Blutdruck herabsetzen kann, indem es reflectorisch die Gefäße des Unterleibes erweitert. Wir sehen also, daß wir mit Recht sagen können, daß der Splanchnicus und durch ihn die Baucheingeweide der wichtigste Regulator des Blutkreislaufes sind.

Wenn wir die Erörterungen der Pathologen bis heute betrachten, so müssen wir sagen, daß diese so wichtigen Entdeckungen von ihnen sehr wenig oder gar nicht angewendet wurden. Wohl wird bei den plötzlichen Collapszuständen und Todeszufällen, wie sie bei Peritonitis, incarcerirter Hernie zuweilen vorkommen, auf die Reizung des Vagus vom Unterleib aus, vor Allem auf den fundamentalen Goltz'schen Froschversuch hingewiesen, aber die Bedeutung der Blutmenge im Unterleib für den Gesammtorganismus ist bis in den letzten Jahren kaum berücksichtigt worden.

Nach diesen Prämissen, welche den weitgreifenden Einfluß des Darmes auf den ganzen Organismus beweisen, scheint es wohl nöthig, daß wir nicht nur den entzündlichen und organischen Veränderungen, sondern auch den functionellen desselben unsere Aufmerksamkeit zuwenden. Ich werde mich heute nur mit der Atonie des Darmes und deren Einfluß auf den Gesammtorganismus beschäftigen.

Was verstehen wir unter Atonie des Darmes, oder richtiger: Wann können wir einen Darm als atonisch betrachten? Die Antwort auf diese Frage schien bis heute leicht. Man nahm im Allgemeinen an, daß, wenn ein Mensch regelmäßig Stuhlentleerung habe und dabei seine Verdauung nicht sichtbar gestört ist, der Darm als normal functionirend zu betrachten sei.

Mir ist es aus der Literatur nicht bekannt, daß durch längere Zeit fortgesetzte Beobachtungen die Menge der täglichen Stuhlabsetzung bestimmt wurde. In vielen Lehrbüchern ist die normale Quantität des täglich abzusetzenden Kothes gar nicht angegeben. Bamberger gibt in seinem Lehrbuche die Quantität auf 120—180 Grm. an, Jaksch auf 100 bis 200 Grm., Nothnagel in seinem neuesten Buche über Darmkrankheiten bis 250 Grm. Zahlreiche Beobachtungen lassen mich glauben, daß diese Angaben, besonders jene der Maxima, zu niedrig gegriffen sind; außerdem dürfen wir nicht vergessen, daß es nicht blos auf das Gewicht der Fäcalmassen, sondern auf das des Trockenkothes ankommt, um zu wissen, ob ein Mensch genügend Koth entleert oder nicht. Ueber die normale Menge des Trockenkothes sind bis heute gar keine sicheren Angaben bekannt, außer denen zu physiologischen Zwecken bei Ernährungsversuchen. Wir sind fast nur auf die Angabe des Pat. angewiesen, welcher uns mittheilt, ob er genügende und normale Entleerung hat oder nicht. In der Regel weiß der Pat. selbst bereits, daß er an Stuhlverstopfung oder richtiger an ungenügender Stuhlentleerung laborirt, noch bevor wir dieselbe objectiv nachweisen können, und wir sprechen erst in solchen Fällen von Darmatonie.

Auf diesem Standpunkte stehe ich nicht. Ich halte dafür, daß ein Darm nur dann normal functionirt, wenn er den innerhalb eines gegebenen Zeitabschnittes, z. B. 24 Stunden, im Dickdarm gebildeten Koth vollständig spontan entleert. Ein Darm, der diese Function nicht erfüllt, ist atonisch; der Grad der Atonie kann so gering sein, daß der Pat. gar nicht darunter zu leiden glaubt, bis zu jenen Graden, wo die Atonie nicht nur zu subjectiven, sondern auch zu objectiven Symptomen bis zur Stuhlverstopfung und noch gefährlicheren Processen Veranlassung gibt.

Ich führe Ihnen als Analogon in der Pathologie die Insufficienz der Blase an, bei der stets ein Residualharn in der Blase zurückbleibt. Sie wissen, meine Herren, daß diese Abnormität oft jahrelang dem Pat. verborgen bleibt, zum Schluß aber doch zu schweren Krankheitssymptomen, zur Incontinenz führen kann und z. B. bei Prostataleiden fast das alleinige Substrat der Behandlung bildet. Ich möchte auch neben dem schon gebräuchlichen Ausdruck „Atonie" des Darmes den Terminus „Insufficienz" des Darmes einführen, damit sich der Arzt regelmäßig bei jedem zu untersuchenden Kranken über die normale Function des Darmes Rechenschaft gebe. Ich glaube nicht, daß es dem Arzte in jedem Falle gelingen wird, darüber klar zu werden. Es wird aber schon viel gewonnen sein, wenn wir nicht erst auf die Klage des Pat. warten, um den Zustand des Darmes zu untersuchen.

Setzen wir den Fall, daß wir einen Pat. vor uns haben, der über häufige Migräne klagt. Wir fragen ihn natürlich auch über seine Stuhlentleerung. Der Pat. ist schon früher selbst auf diese aufmerksam gewesen, er hat jeden Tag, wie er angibt, reichlich Stuhl; es sind aber dennoch täglich 2 Dgrm. Fäcalmassen im Darm zurückgeblieben. Sie werden begreifen, daß dies dem Pat. gar nicht auffallen kann, und er gibt mit Recht an, daß er täglich reichlich Stuhl habe. Nehmen Sie aber an, daß dieser Residualkoth seit 15 Tagen und länger zurückgeblieben ist, dieser also auf 30 Dgrm. angewachsen ist; dennoch gibt der Pat. an, daß er genügende Stuhlentleerung habe. Diese Quantität Koth kann sich im Darm befinden, ohne daß der Pat. irgend eine Störung in demselben fühlt. Er hat nur Kopfschmerzen, und ich glaube nicht, daß es uns einfallen wird, den Pat. durch Abführmittel zu curiren, wenn wir keine Methode finden, um in diesen Fällen die Insufficienz des Darmes zu erkennen. Ohne die Insufficienz des Darmes zu diagnosticiren, werden wir keine rationellen Anhaltspunkte haben, den Pat. zu behandeln. Sie werden seine Kopfschmerzen symptomatisch behandeln, aber für eine causale Therapie, wenn der Kopfschmerz mit der Insufficienz des Darmes zusammenhängt, wie das so häufig vorkommt, haben wir keinen Anhaltspunkt.

Ich unterscheide daher drei Grade von Darmatonie, die sich in der Regel aus einander entwickeln.

Erster Grad: Die Darminsufficienz. Dieser Zustand entspricht ungefähr der auch erst in den letzten Decennien erkannten Blaseninsufficienz; der Darm entleert nicht die in einem bestimmten Zeitraum, z. B. 24 Stunden, im Dickdarm gebildeten Fäces; es bleibt immer etwas zurück.

Der zweite Grad ist die Darmträgheit, wie sie aus den Lehrbüchern und der Praxis Ihnen genügend bekannt ist; der Pat. kennt in der Regel selbst sein Leiden; er laborirt an mehr weniger hartnäckiger Stuhlverstopfung; er muß künstliche Mittel gebrauchen, um Stuhl zu erzielen und führt selbst die Uebel, über die er klagt, auf seine Darmträgheit zurück.

Der dritte Grad ist die partielle Darmatonie. Ich verstehe darunter jenen Zustand, bei dem ein bestimmter Theil des Dickdarmes seinen Inhalt nie vollkommen entleert; er zieht sich um denselben zusammen; die Größe dieses Darmtheiles ist verschieden, er kann 1—2 Cm. Länge betragen, er kann sich aber auch z. B. über den größten Theil des Querdarmes erstrecken. Ich bemerke aber, daß in jedem Grade auch Naturheilungen vorkommen.

Ich habe gesagt, daß sich diese drei Grade in der Regel aus einander entwickeln, aber wie bei den meisten klinischen Bildern entspricht auch diesem nicht immer die Wirklichkeit; es kann sich die partielle Darmatonie direct aus der Insufficienz des Darmes herausbilden, und dann haben Sie alle Folgeübel der partiellen Atonie und können weder aus der Darstellung des Kranken, noch aus der bis heute üblichen Untersuchung die Ursache erkennen.

Von diesen drei Stadien ist nur das zweite durch unsere heutigen Untersuchungsmethoden zu erkennen; die Darminsufficienz und die partielle Darmatonie sind auch darum in der Pathologie, wenn ich meine Publicationen ausnehme, unbekannte Zustände.

Ich will, bevor ich auf das wichtigste diagnostische Hilfsmittel eingehe, ein Kennzeichen anführen, welches uns in der Praxis schon darauf führen kann, eine Darmatonie zu vermuthen; dieses ist der Geruch des abgesetzten Stuhles.

Bei Laien und auch bei Aerzten herrscht die Ansicht, daß, wenn ein Stuhl nicht aashaft riecht, der Geruch keine besondere semiotische Bedeutung hat; dies ist aber nicht richtig. Bei gewöhnlicher Kost und normaler Verdauung — von besonderen Speisen abgesehen — hat der Stuhl überhaupt keinen auffälligen Geruch; man riecht ihn nur, wenn man sozusagen die Nase hineinsteckt. Wenn Sie den Pat. selbst und seine Umgebung darüber fragen, so werden Sie fast nie eine verläßliche Auskunft erlangen; diese sind so an den scharfen Geruch gewöhnt, daß er ihnen gar nicht auffällt; Sie müssen den Stuhl selbst untersuchen oder wenigstens den Pat. oder die Umgebung genau informiren, um über diesen praktisch wichtigen Anhaltspunkt genauere Auskunft zu erhalten. Sobald Sie finden, daß der Geruch auffällig scharf ist, können Sie annehmen, daß die Function des Darmes nicht normal ist, daß abnorme Zersetzungen im Darme vorgehen, die in der Regel von Residualkoth herrühren, und Sie werden nicht fehlgehen, wenn Sie in einem solchen Falle ein Purgans geben, ja die günstige Wirkung desselben kann Sie zuweilen in zweifelhaften Fällen auf die richtige Fährte führen, daß vielleicht die Ursache des Leidens oder wenigstens eine Complication desselben, weshalb der Fall zweifelhaft erscheint, im Darme liegt.

Diese Thatsache, die mir eine vieljährige Erfahrung gesichert hat, ist durch die neueren Forschungen leicht erklärlich. Wir wissen heute, daß wir eigentlich kein wirksames Desinficiens des Darmes haben, als die Abführmittel, daß die Aetherschwefelsäuren im Harne hauptsächlich bei reichlichen Stuhlentleerungen sich vermindern; selbst das Calomel, welches BAUMANN noch für ein wirksames Desinficiens hielt, vermindert auch nur durch seine abführende Wirkung die Aetherschwefelsäuren im Harne, wie MORA und v. PFUNGEN nachgewiesen.

Wenn ich aber auch dieses ganz äußerliche Hilfsmittel erwähnt habe, so fällt mir doch nicht ein, darauf eine Diagnose und Therapie zu begründen; das einzig sichere Mittel, zu einer Diagnose zu gelangen, bietet die Percussion des Darmes.

Wenn ich in diesem Punkte vielleicht etwas persönlicher werde, als sich für einen wissenschaftlichen Vortrag geziemt, so glauben Sie nicht, meine Herren, daß ich deshalb pro domo spreche — es geschieht nur um der Sache willen, sowie ich den ganzen Vortrag nur über die mich ehrende Aufforderung halte; ich hätte mich mit meinen Publicationen begnügt, das Uebrige ruhig der Zeit und der Arbeit Anderer überlassend.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der I. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Prof. Schauta in Wien.

Ein Instrument zu kleinen endovesicalen Eingriffen beim Weibe.

Von **Dr. Gustav Kolischer** in Wien.

Im Verlaufe der systematischen Blasenuntersuchungen, wie sie seit längerer Zeit an der Klinik SCHAUTA geübt werden, ist mehrfach und immer dringender das Bedürfniß hervorgetreten, gewisse kleine Eingriffe in der weiblichen Blase unter Controle des Auges, jedoch ohne vorhergehende Dilatation der Urethra, vornehmen zu können.

Namentlich in zwei Richtungen machte sich dieses Bedürfniß besonders geltend: einmal sollte die Möglichkeit der sicheren Entfernung kleiner Fremdkörper, anhängender Exsudatfetzen, kleiner Tumorenpartikel gegeben sein; zweitens war es dringend erwünscht, ganz bestimmte, circumscripte Partien der Vesicalmucosa, und nur diese, energisch ätzen zu können.

Mit Hinblick zunächst auf diese zwei Kategorien von Eingriffen habe ich kleine Apparate construiren lassen, die diesen unseren Ansprüchen in ausreichender Weise genügen (s. Fig.).

Die Einführung dieser Instrumente in die Blase geschieht durch ein BRENNER'sches Ureterencystoskop, dessen Leitröhre etwas geräumiger gehalten ist, und deren Anfangstheil, um eine zu starke Krümmung zu vermeiden, noch innerhalb des Cystoskoptrichters fällt.

Der Apparat zur Extraction von Fremdkörpern etc. besteht aus einem federnden Zängelchen, das durch den Canal des Cystoskopes eingeführt und durch einen Griff dirigirt wird; die Schaftlänge des Zängelchens übertrifft die Länge des Cystoskopes circa um die Hälfte, so daß man die entsprechenden Excursionen in der Blase ausführen kann.

Der Witz des Zängelchens liegt nun darin, daß die federnden Branchen (c) nicht etwa durch Zurückziehen derselben in die Leithülse geschlossen werden, sondern dadurch,

daß die Leithülse (b), die am Griffe über einen Schienenapparat (s) läuft, durch Druck auf den Kniehebel (h) vorgeschoben wird und durch diese Bewegung den Schluß der Branchen erzwingt, so daß man also die Zange ohne weitere Locomotion derselben wirklich dort schließt, wo man das betreffende Object zwischen die Branchen eingestellt hat.

Die Extraction einer Fadenschlinge, eines Exsudatfetzens und ähnlicher Objecte kann ohneweiters durch die Leitröhre des Cystoskopes geschehen; größere Körper müßten nach Zurückziehen des geschlossen gehaltenen Zängelchens bis an die Canalöffnung des Cystoskopes gebracht werden und gleichzeitig mit diesem durch die Urethra entfernt werden. Selbstverständlich wird man längliche Körper, als Nadeln, Haarnadeln, Katheterstücke etc., so fassen, respective durch entsprechende Bewegungen „zangengerecht" machen, daß man sie parallel ihrer Längsaxe extrahirt.

Die Aufsuchung des betreffenden Objectes geschieht in der Regel mit dem noch durch den Mandrin (m) montirten Cystoskope; nach Einstellung wird der Mandrin entfernt und das Zängelchen eingeführt.

Kennt man durch frühere Untersuchung schon die Localisation des zu fassenden Körpers, so kann man die in der Leitröhre gedeckte Zange sofort im ersten Acte mit dem Cystoskope einführen.

Handelt es sich um eine Blase, die durch zu energische Contraction das Füllwasser zu rasch austreibt, oder um eine Blase, die überhaupt nicht stark zu füllen ist, so müßte man über die Leithülse der Zange einen Kautschukstopfen schieben, der dann die Trichteröffnung des Cystoskopcanales tamponirt, aber sonst die Beweglichkeit der Zangenhülse nicht hindert.

Die Construction des **Aetzmittelträgers** ist sofort nach der Zeichnung verständlich. In der Hülse (l) läuft der stabförmige Träger, der durch Druck auf die an dem Griffe angebrachte Schraube vor- und zurückgeschoben werden kann. Die Aetzung bestimmter Stellen geschieht dann so, daß man die zu behandelnde Stelle mit dem Cystoskope einstellt, hierauf den Mandrin entfernt, den Aetzmittelträger durchführt, gedeckt bis unmittelbar an die gemeinte Partie bringt, dann den Stift (der das Causticum trägt), durch Fingerdruck vorschiebt, um nach geschehener Aetzung zurückzugehen, resp. das ganze Instrument zu entfernen.

Nachdem wir uns von der Leistungsfähigkeit dieser Apparate am Blasenphantome überzeugt hatten, haben wir dieselben an der Lebenden in Verwendung gezogen und in einer Reihe von Fällen vollkommen befriedigende Resultate erzielt. Der ganze Apparat selbst wird in vorzüglicher Ausführung von der Firma Leiter in Wien hergestellt.

Beiträge zur Influenza-Otitis,

zumal ihrer nervösen Form und Complication mit Facialisparalyse.

Von **Dr. A. Eitelberg** in Wien.

(Schluß.)

Es ist nicht meine Absicht, eine reiche Casuistik an dieser Stelle zu publiciren. Die Fälle gleichen ja oft einander wie ein Ei dem andern. Ich beschränke mich daher auf die Mittheilung eines einzelnen Falles, nicht etwa, weil er als Paradigma dienen könnte, sondern im Gegentheile, weil er von der breiten Heerstraße solcher Beobachtungen erklecklich abweicht. Das wird es aber auch rechtfertigen, daß wir bei ihm eine Weile uns aufhalten.

Der 55jährige Mann, dessen Krankengeschichte ich erzählen will, stand vor drei Jahren wegen eines beiderseitigen chronischen Mittelohrcatarrhs, der damals erheblich gebessert worden ist, in meiner Behandlung. Stärker afficirt war das rechte Ohr, und auf dieses bezieht sich auch, was wir jetzt zu berichten haben. Pat. acquirirte die Influenza während einer Geschäftsreise. Einige Tage hindurch versuchte er dem Uebel zu widerstehen. Als es aber überhand zu nehmen drohte, kehrte er nach Hause zurück, um im Schoße der Familie der nöthigen Pflege zu genießen. Sei es nun, daß er sich auf der Heimfahrt erkältet hatte, oder daß der subacute Nasen-Rachencatarrh, welcher eines der Influenza-Symptome bildete, allein es verschuldete; genug, in der zweiten Nacht seines Hierseins ward er von schier unerträglichen Schmerzen befallen, die erst gegen den Morgen sich etwas verminderten. Die Untersuchung ergab eine geringe Injection der Hammergefäße und eine Retraction des Trommelfelles, welch letztere auf Rechnung des alten Mittelohrcatarrhs gesetzt werden mußte. Zeitweilig bestand auch ein lästiges Pulsiren im kranken Ohre. Pat. hatte die Empfindung, als würde der Schmerz in der Gegend des Ostium pharyng. tubae einsetzen und von hier aus gegen die Paukenhöhle und die correspondirende Kopfhälfte sich fortpflanzen. Die Uhr wurde auch ad concham nicht gehört. Das Politzer'sche Verfahren und Einlagen von mit 5%igem Carbolglycerin getränkten Wattetampons in den äußeren Gehörgang brachten eine wesentliche Erleichterung. In Rücksicht auf den Ausgangspunkt der jeweiligen Schmerzattaque wurden lauwarme Gurgelungen mit dem Aufgusse irgend eines indifferenten Thees empfohlen.

Die folgende Nacht verlief friedlich. Der Pat. fand den ersehnten Schlaf, die Uhr wurde nunmehr beim Andrücken an die Ohrmuschel vernommen, die Injection der Hammergefäße war geschwunden. Nur Vormittags hatten sich noch dumpfe Schmerzen intermittirend eingestellt. Da in den nächsten 24 Stunden jede neuralgische Spur verwischt blieb, schien die Sache erledigt.

Doch schon nach einer kurzen, etwa dreitägigen Ruhepause brach der Sturm wieder los. Die Situation hatte sich sogar verschlimmert, denn die geringste Anstrengung, ein gleichgiltiges Gespräch, an dem der Kranke activ oder auch nur passiv sich betheiligte, war jetzt im Stande, einen heftigen Paroxysmus auszulösen. Der Schmerz ist blitzartig, zuckt durch's Ohr, den Kopf und die rechtsseitige Ohrtrompetengegend. Besonders charakteristisch war ein Anfall, der eines Morgens ohne jede Veranlassung aufgetreten war. Plötzlich ging es wie ein starker elektrischer Schlag vom rechten Ost. pharyng. tubae Eust. aus durch das rechte Ohr, die correspondirende Kopfhälfte, den rechten Ober- und Vorderarm bis in die Fingerspitzen und hinterließ in der gleichnamigen Hand ein Kriebeln, das $1\frac{1}{2}$ Stunden anhielt.

Der Fall bot auch sonst noch eine merkwürdige Eigenthümlichkeit dar: Obwohl der Warzenfortsatz und die rechte Kopfhälfte in den freien Intervallen durchaus nicht druckempfindlich waren, vermochte während des Paroxysmus der leiseste Druck den Schmerz auf's Höchste zu steigern. Auch sträubten im Anfalle sich die Haare empor und verursachte dann die Berührung derselben ein äußerst lästiges Gefühl.

Bemerkt zu werden verdient es überdies, daß der Pat., als die Ohrschmerzen aufgehört hatten, und er bereits seinem Berufe nachgehen konnte, noch einige Zeit sich über eine gewisse Schwäche im rechten Beine beklagte. Uebrigens war auch diesmal die Attaque sehr bald und endgiltig vorüber.

Da der Pat. den Ausgangspunkt der Schmerzen in die Gegend der Ohrtrompetenmündung verlegte, in dieser Region auch eine kleine excoriirte Stelle entdeckt wurde, so waren die oben erwähnten lauwarmen Gurgelungen am richtigen Platze. Diese, in Verbindung mit den anderen therapeutischen Maßnahmen, pflegten vom Patienten sofort in Anwendung gezogen zu werden, sobald er das Herannahmen eines Anfalles verspürte, und es gelang ihm wiederholt, diesen zu coupiren. Den besten Dienst jedoch hat mir in diesem Falle die äußere Tubenmassage geleistet. Ich hebe das absichtlich hervor, weil ich gerne das Wort einem Verfahren reden möchte, welches sich mir in noch so manchem adäquaten Falle sehr bewährt hat. Die Methode an und für sich ist ja nicht neu, sie ist von

POLITZER[5]), mir und ZAUFAL[6]) vor mehreren Jahren empfohlen worden, doch allerdings in erster Reihe gegen andere Erkrankungsformen des Gehörorganes. Nun habe ich sie gelegentlich in vielen Fällen von Otalgie erprobt und kann nur anrathen, sie auch nach dieser Richtung in Anwendung zu ziehen.

So interessant Fälle, wie der eben geschilderte, sein mögen, so haben mich die zwei sofort mitzutheilenden Beobachtungen von Facialisparalyse bei der Influenza-Otitis geradezu überrascht. In so mannigfacher Gestalt dieses Leiden sich zu präsentiren pflegt, in dieser Form ist es mir zuvor niemals begegnet. Der eine Fall betraf einen Mann, der andere eine Frau. Bei dem ersteren war das linke, bei der letzteren das rechte Ohr krank. Beide Patienten befanden sich im Anfange der Vierziger-Jahre.

Der Mann erlitt, acht Tage bevor er sich mir vorstellte, einen heftigen Influenza Anfall und gleichzeitig traten auch heftige Schmerzen im linken Ohre auf. Vier Tage darnach bemerkte er zu seinem nicht geringen Schrecken, daß er das linke Auge nicht zu schließen vermochte und ihm der Mund schief stand. Die Untersuchung ergab ferner, daß beim Runzeln der Stirne die linke Hälfte derselben glatt bleibt. Die vorgestreckte Zunge weicht nach keiner Seite merklich ab, doch soll das Vorstrecken der Zunge dem Patienten „einen Krampf im Schlunde" erzeugen. Uvula und weicher Gaumen boten nichts Abnormes dar und haben ja, wie RÉTHI[7]) nachgewiesen hat, auch sonst bei der Facialislähmung nicht mitzureden, da der Levator veli seine motorischen Fasern ausschließlich vom Vagus erhält.

Welche pathologischen Veränderungen zu Beginn der Ohraffection vorlagen, bin ich selbstredend nicht im Stande, wahrheitsgetreu zu bestimmen. Ich vermuthe indessen, den mir vom Pat. gelieferten Daten gemäß, daß anfangs das Ohrenleiden mit einer Otitis ext. circ. complicirt gewesen sein dürfte. Zur Zeit freilich, wo er sich meiner Behandlung unterzog, war eine Entzündung des äußeren Gehörganges nicht mehr zu constatiren. Sieht man von der nicht bedeutenden Retraction und dem matten Lichtkegel ab, so walteten schier normale Verhältnisse ob, zumindest mangelten alle Anhaltspunkte für die Annahme eines Inflammationsprocesses in der Paukenhöhle.

Die C-Stimmgabel wird von der Nasenwurzel und den Zähnen aus beiderseits gleich gut vernommen. Auf beiden Seiten überwiegt die Luftleitung über die Knochenleitung. Die Uhr wird rechts in 10 Cm., links in 1 Cm. gehört. Rechts wird die Uhr von Schläfe und Warzenfortsatz aus gut, links nicht percipirt. Mit dem rechten Ohre werden im Flüstertone vorgesprochene Worte auf die Distanz von 5 M. prompt, mit dem linken Ohre Zahlwörter in 3 M., andere Worte: Spiegel, Sessel, Tisch, Lampe, Farbe, Sonne, Clavier, Firmament, blos in 60 Cm. verstanden. Nach einer einmaligen Lufteintreibung nach POLITZER'S Verfahren steigt die Gehörsperception für Flüstersprache (Zahlen und andere Worte) auch linkerseits auf 5 M., für die Uhr bleibt sie unverändert. Die Gehörsverbesserung erweist sich bei den späteren Untersuchungen als eine dauernde.

Patient laborirt an einem chronischen Nasen-Rachencatarrh mittleren Grades und hat vor acht Jahren eine Lues durchgemacht, welche sich in einer Induration an der Glans penis und in Plaques in den Mundwinkeln manifestirt haben soll. Gegenwärtig sind keine charakteristischen Symptome einer luetischen Affection zu constatiren.

In den ersten Tagen der Beobachtung wurde noch über zeitweilige Schmerzen im Hinterkopfe geklagt, die sich aber bald ganz verloren. Ueber den weiteren Verlauf der Facialislähmung bin ich nicht in der Lage, berichten zu können, da meine diesbezügliche Anfrage von Seite des Patienten und des behandelnden Arztes ignorirt worden ist. Doch konnte bei der letztmaligen Vorstellung das Auge schon leidlich geschlossen werden.

Es wird gewiß auffallen, daß die Gehörsperception einen so bedeutenden Unterschied zwischen Flüstersprache und Uhr erkennen läßt. In meiner Studie über „Vergleichende Gehörsprüfungen mittelst Stimmgabeln, Uhr und Flüstersprache" habe ich[8]) jedoch darauf aufmerksam gemacht, daß ein Rückschluß aus der Entfernung, in welcher die Uhr percipirt wird, auf den Grad des Hörvermögens für Flüstersprache unstatthaft ist; ausgenommen, es würde die Uhr für die auf Normalhörende geltende Distanz gehört werden, weil in diesem Falle auch die Hörfähigkeit für Flüstersprache eine normale sein wird. Schon die entgegengesetzte äußerste Grenze, also wo die Uhr überhaupt nicht gehört wird, kann zur Bemessung der Gehörsperception für Flüstersprache nicht mehr herangezogen werden, da jetzt vielleicht absolute Taubheit, möglicherweise aber noch Perception für Flüstersprache bis auf eine geringe Entfernung vorhanden ist. Diese Thatsache hat OHLEMANN[9]) in allerjüngster Zeit bestätigt, wenn ihm auch meine Arbeit unbekannt geblieben zu sein scheint.

In der citirten Studie findet sich übrigens auch der Umstand betont, daß es bei der Gehörsprüfung mittelst der Uhr nicht unbedingt nothwendig ist, das andere Ohr durch Verstopfen nach Thunlichkeit für den Höract anszuschalten, wie dies bei der Untersuchung auf das Verständniß der Sprache unerläßlich ist. Das behält seine Richtigkeit selbst beim Bestande sehr großer Differenzen zwischen beiden Gehörorganen.

Nach dieser kurzen Abschweifung, die indessen, wie ich glaube, gerechtfertigt war, kehre ich zum eigentlichen Gegenstande unserer Betrachtung zurück, indem ich die zweite Beobachtung von Facialisparalyse hier anreihe.

Die Frau hatte im Verlaufe einer Influenza über sehr heftige Schmerzen im rechten Ohre geklagt, die gegen das Hinterhaupt und das Gesicht ausstrahlten. Ueberdies klagte sie über continuirliches Sausen und constanten Schwindel, weshalb sie am liebsten in horizontaler Lage verharrte. Als ich sie zum ersten Male untersuchte, hatte der Zustand bereits einige Tage gewährt. Ich fand das Trommelfell geröthet, dessen hinteren oberen Quadranten vorgewölbt, den Contour des Hammergriffes verstrichen. Ich führte daher sofort die Paracentese aus, welche nur ein paar Tropfen eines serös-eitrigen Secretes zu Tage förderte. Obwohl die Operation in liegender Stellung der Patientin vorgenommen worden war, hatten wir bei der fettleibigen, anämischen Frau eine starke Ohnmachtsanwandlung zu bekämpfen; auch empfand sie durch mehrere Minuten ein Kriebeln im rechten Arme. Kein Fieber. Die Uhr wird auch beim Andrücken an den Gehöreingang nicht gehört. Sonst kamen noch das POLITZER'sche Verfahren und Einlagen von mit 5%igem Carbolglycerin, welchem 1% Morph. mur. beigemengt war, getränkten Wattetampons in Anwendung.

Die Secretion hatte blos einen Tag angedauert und war minimal. Trotzdem hatten sich die Schmerzen erheblich vermindert, desgleichen der Schwindel. Vier Tage später erschien das Trommelfell blaßgrau und war der Hammergriff deutlich zu sehen, die Gefäße längs desselben mäßig injicirt. Sausen und Pulsiren bestanden nicht mehr, das Hörvermögen jedoch hatte sich nicht gebessert. Warzenfortsatz und Tragusgegend waren jetzt nicht druckempfindlich.

Eine Woche nach der vollzogenen Paracentese gab die Frau an, „daß sie in dem rechten Augenlide und der rechten Wange ein entschieden anderes Gefühl habe, als linkerseits". Von einer Facialisparese war an diesem Tage noch nicht viel zu bemerken; nur, daß die rechte Wange ein wenig schlaffer erschien, als die linke. Aber schon am nächsten Tage war das Bild klar ausgeprägt. Pat. verstand Flüstersprache in 1½ M. Ohrenschmerz, Sausen und Schwindel meldeten sich blos noch hin und wieder und in ausnehmend geringer Intensität an. Seitdem habe ich die Patientin nicht gesehen. Wie mir jedoch der behandelnde Arzt, Herr Dr. S. KOHN, mittheilt, ist nach einer zwölftägigen elektrischen Behandlung insoferne eine Besserung zu notiren, als das Auge einigermaßen befriedigender geschlossen wird. Ich halte in diesem Falle die Prognose nicht für ungünstig.

Der Vollständigkeit halber will ich noch nachtragen, daß die Frau sechsmal geboren, daß sie ein Kind im achten Lebenstage

[5]) Lehrb. d. Ohrenheilk., I. Aufl.
[6]) „Wiener Med. Presse", 1883.
[7]) Die Motilitätsneurosen des weichen Gaumens. Wien 1893.
[8]) „Zeitschr. f. O.", Bd. 16, 1886.
[9]) Arch. f. O., Bd. 39, 1895.

und zwei andere Kinder in sehr jungen Jahren verloren hat. Anhaltspunkte für die Supponirung einer constitutionellen Diathese lagen nicht vor.

Facialisparesen, resp. Paralysen sind bei der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung just nicht sehr seltene Erscheinungen; umso rarer indessen begegnet man ihnen bei der acuten Form der eitrigen Tympanitis, und hier relativ häufiger im kindlichen Alter. Daß aber eine Facialislähmung einmal bei einer Tympanitis, die einige Tage besteht und eine kaum nennenswerthe Secretion zeigt, und ein anderes Mal in einem Falle auftritt, wo es sich wahrscheinlich von Haus aus um einen geringfügigen Mittelohrcatarrh gehandelt hat, ist ein so seltenes Phänomen, daß es immerhin registrirt zu werden verdient. Die Annahme, daß in den angeführten zwei Fällen der FALLOPI'sche Canal stellenweise offen war, wie es bisweilen auch bei Erwachsenen vorzukommen pflegt, und daß die Facialisparalyse in Folge des durch die geschwellte Mucosa tympani auf den Nerven geübten Druckes entstand, ist schon deshalb wenig stichhältig, weil sie bei erfolgter Abschwellung ebenso prompt sich hätte zurückbilden müssen. Bei der kurzen Dauer des Entzündungsprocesses in der Paukenhöhle wäre an eine ernste Läsion des Facialis selbst denn doch nicht gut zu denken. Man geht daher gewiß nicht fehl, wenn man das Influenza-Virus hiefür mitverantwortlich macht.

Die Influenza hat wohl in den letzten Jahren viel von ihrem ursprünglichen Schrecken eingebüßt, aber manche neue Ueberraschung uns beschert. Dazu einen bescheidenen Commentar zu bieten, ist der Zweck dieser Zeilen.

Die Behandlung der Endometritis.

Von **Prof. Dr. Hermann Fehling** in Halle.

(Fortsetzung.)

B. Chronische Endometritis.

Die pathologisch-anatomische Eintheilung der verschiedenen Formen von Endometritis paßt nicht mit Rücksicht auf Behandlung, da sonst Zusammengehöriges auseinander gerissen wird.

Hier scheidet man zweckmäßiger nach den Hauptsymptomen.

I. Endometritis corporis.

1. Hämorrhagische Formen der Endometritis.

Hiezu gehört Endometritis deciduae post partum
„ „ „ abortum
„ glandularis | oder beide
„ interstit. | zusammen.

2. Endometritis exfoliativa.

3. Chronische Endometritis deciduae in graviditate.

4. Endometritis chron. catarrhalis und seropurulenta.

Ist die Diagnose einer chronischen Endometritis corporis festgestellt, so ist die Vorfrage zu beantworten, soll die vorliegende Endometritis sofort örtlich behandelt werden oder nicht?

Diese Frage ist zu verneinen für die auf constitutioneller Basis beruhende Endometritis der Virgines und Nulliparae, so bei Anämie, Chlorose, Tuberculose. Hier ist unter allen Umständen erst die allgemeine Behandlung durch Tonica, Eisen, Mästung, Verminderung des Blutverlustes durch Ergotin, Hydrastis oder Extr. Gossypii bei der Menstruation gründlich durchzuführen, ehe man zur örtlichen Behandlung greift. Ferner ist das Maß der erlaubten und nöthigen Bewegung vorzuschreiben, Tanzen, Bergtouren, Schlittschuhlaufen sehr einzuschränken oder zu verbieten, bei Verheirateten die Regelung der Cohabitation nicht außer Acht zu lassen.

Von Badecuren passen bei catarrhalischer Endometritis die Quellen von Ems, Schlangenbad, Teplitz, Gastein, Wildbad etc., bei hämorrhagischer Endometritis Soolbäder und Moorbäder (Franzensbad, Elster, Schwalbach), deren blutstillende Wirkung durch die Erfahrung erwiesen ist. Dabei paßt vielfach der Trinkgebrauch der Stahlwässer. Für andere Kranke ist Aufenthalt in der Höhe oder an der See anzurathen.

Bei einer durch nachweisbar örtliche Infection entstandenen oder durch anatomische Veränderungen charakterisirten Endometritis ist vor Eintritt in die Behandlung festzustellen, ob nicht eine Contraindication gegen örtliche Behandlung vorliegt.

Solche sind acute und subacute Entzündungen des Uterus selbst, der Adnexa, des Parametrium, des Pelveoperitoneum.

Bei chronisch gewordener, entzündlicher Veränderung der Adnexa (Salpingo Oophoritis), besonders der auf puerperaler und gonorrhoischer Grundlage, ist die Frage der örtlichen Behandlung individuell, nach wiederholter, gründlicher Untersuchung zu unterscheiden. Sehr zweckmäßig ist hiezu die Untersuchung in Narkose, in der bei ängstlichen oder die Musculatur spannenden Kranken manchmal erst die Adnextumoren erkannt werden; von Werth ist ferner der Grad der Reaction der Kranken auf die einfache oder Narkosenuntersuchung.

Ist die Adnexentzündung die Hauptsache, so wird diese zunächst behandelt: Tampons und Suppositorien mit Jodoformglycerin, Ichthyolglycerin, Prießnitz, Sitzbäder etc. sind eventuelle Vorbereitungscuren für die Behandlung der Endometritis. In den schlimmsten Fällen Abtragung der Adnexa, worauf die Endometritis gewöhnlich zurückgeht. Bei Catarrh der Vagina und der Cervix ist die einfache Catarrhbehandlung dieser Theile vorauszuschicken. Bei Circulationsstörungen etc. passen Blutentziehungen an der Portio, Massage des Uterus, heiße Vaginalinjectionen, Glycerintampons in die Vagina, Ergotin, Hydrastis sowohl bei der Menstruation, als in der Zwischenzeit, Aufrichten des Uterus aus Rückwärtslagerung und Einlage eines passenden Pessars.

Jede intra-uterine Behandlung setzt strengste Antisepsis und Asepsis des Arztes, Sterilisirung der anzuwendenden Instrumente, Desinfection des Vulvo-Vaginalcanals sammt Cervix voraus. Bei Unterlassung dieser Vorsichtsmaßregeln kann die Folge einer einfachen örtlichen Behandlung tödtliche Peritonitis sein.

Die zweite vorbereitende Frage ist, ob die Cervix die zur Ausführung einer intra-uterinen Behandlung genügende Weite besitzt. Hiezu ist die aseptische Einführung von Sonden verschiedener Stärke am Platz, zuweilen genügt schon die einfache Sondirung, um dem Secret Abfluß zu gewähren und den Uterincatarrh zu heilen.

Je nach der gefundenen Weite und dem in Aussicht genommenen Eingriff wechselt die Art der Erweiterung der Cervix.

Wir wenden an:

1. Erweiterungsstifte von Metall, Hartgummi, Glas, Holz etc. in einer Stärke von 1—15 Mm. und mehr.

Die Erweiterung mit diesen conisch sich verjüngenden Instrumenten ist angezeigt, um eine enge Cervix zur Einführung von Aetzsonden, Curetten etc. auf 8—10 Mm. zu eröffnen. Die Erweiterung mit harten Dilatatoren bis zur Fingerdurchgängigkeit (15 Mm.) ist schwierig und nicht selten gewaltsam; die Cervix reißt leicht ab oder ein, es entstehen klaffende Stellen im Parametrium, Eingangspforten für Infection.

2. Erweiterung der Cervix mit Gaze, Watte, dem Verfahren von VULLIET nachgebildet.

Die Erweiterung der Cervix durch Gaze zur Fingerdurchlässigkeit gibt nur raschen Erfolg beim abortirenden oder puerperalen Uterus; bei einfach chronischer Endometritis ist das Verfahren zu verwerfen, da in der Länge der erforder-

lichen Zeit eine große Gefahr liegt. Als Vorbereitung für einfache intra-uterine Behandlung gibt dagegen das Verfahren günstige Resultate.

Freilegung des Uterus mit Rinne, Desinfection von Vagina und Cervix etc., Anhaken der vorderen Lippe; jetzt wird mit dem Uterusstäbchen ein 3—4 Cm. breiter Gazestreifen in die Uterushöhle eingeschoben, und zwar zuerst bis zum Fundus, dann in die beiden Tubenwinkel, schließlich wird Corpushöhle und Cervix ad maximum ausgestopft. Die Gaze regt als Fremdkörper Contractionen an, unter deren Einfluß die Cervix serös durchfeuchtet und aufgelockert wird die Erweiterung geht viel langsamer vor sich, als bei Laminaria. Die Kranke bleibt nach dem Ausstopfen im Bett, unter Temperaturmessung, Wechsel nach 24—48 Stunden. Die Erweiterung wird je nach dem beabsichtigten Zweck fortgesetzt (Sonde, Aetzträger, Curette, Beseitigung von Koliken). OLSHAUSEN hat in jüngster Zeit Fälle tödtlicher Infection bei Gazetamponade mitgetheilt.

3. Quellmittel sind das wirksamste Verfahren zur raschen Erweiterung der Cervix. Preßschwamm ist obsolet, Tupelo nicht sehr leistungsfähig, die Laminaria daher auch heute noch bei aseptischen Cautelen zu empfehlen.

Indication: Nothwendigkeit der digitalen Austastung der Uterushöhle; die Laminaria wirkt viel schonender als harte Stifte, bewirkt aber zugleich eine sehr günstige seröse Durchfeuchtung, Auflockerung der Cervix mit Wehenthätigkeit des Uterus. Die Laminaria wird in 5%iger Carbollösung 3 Minuten ausgekocht oder in 10%igem Salicylspiritus, 10%igem Jodoformäther oder 1%igem Sublimatspiritus präparirt aufbewahrt. In letzterem Falle vor Gebrauch auf 2 Minuten in kochendes Wasser geworfen, Andere empfehlen trockene Sterilisation bei 130 Grad. Bei Nulliparen braucht man höchstens zwei Stifte in zwölfstündigen Zwischenräumen hinter einander einzulegen, bei schon einmal Entbundenen genügt oft ein Stift, wenn man vor Einlegen desselben mit Glasstiften so weit erweitert, als ohne großen Widerstand geht.

Zeigt der herausgenommene Laminariastift eine der oberen Cervixpartie entsprechende Einschnürung, so daß der Finger auch in Narkose Schwierigkeit beim Eindringen findet, dann discidire ich multipel radiär mit kurzem, gekrümmtem Metrotom; die Blutung ist dabei weit geringer als bei den großen supravaginalen bilateralen Discissionen, die man früher empfahl, und der Erfolg weit ausgiebiger.

Die Erweiterung der Cervix zur Austastung ist auf die Fälle zu beschränken, wo

1. der Verdacht auf maligne Neubildung vorliegt, während der mikroskopische Befund zu Zweifeln Anlaß gibt.

2. Zur Diagnose des Sitzes und der Ausdehnung submucöser Polypen, Myome etc.

3. Wenn trotz wiederholter Ausschabung immer wieder Recidive eintreten.

Die intra-uterine Behandlung selbst bestand von jeher in Einbringung von Mitteln, welche ätzend, adstringirend oder einfach desinficirend auf die Schleimhaut wirken sollen. Diese Mittel werden angewandt in flüssiger, fester, Pulver- und Salbenform.

a) Flüssige Arzneimittel. Das zweckmäßigste Instrument zur Einbringung solcher auf's Endometrium ist das Uterusstäbchen (Playfair-Sonde), eine biegsame, geriffte, mit Watte umwickelte Sonde. Man bedarf solcher Stäbchen von verschiedener Länge, Dicke, genügender Biegsamkeit, um dem Instrument die zuvor bimanuell festgestellte Krümmung des Uterus zu geben. Die Stäbchen dürfen mit Watte umwickelt nur so dick sein, daß sie leicht das Os internum passiren können. Die Portio wird im Fergusson oder durch Rinnenspecula freigelegt, sammt Cervix desinficirt. Bei weiter Cervix dringt das Instrument spielend ein, wenn die Richtung die gegebene ist; bei stärkerer Vorwärts- oder Rückwärtskrümmung genügt es, durch Einsetzen eines langen SIMS'schen Häkchens in die vordere Lippe und leichtes Herabziehen des Uterus die Knickung auszugleichen. Ist die Watte genügend durchtränkt, so kommt trotz des Abstreifens an der Cervixmucosa noch genügend viel in die Corpushöhle, wie man aus den gelegentlich auftretenden Koliken ersieht.

Ich habe das von SÄNGER empfohlene amerikanische Uterusstäbchen nicht so leistungsfähig gefunden; bei seiner Dünnheit und Biegsamkeit fängt es sich zu leicht in den Buchten des Arbor vitae. Schließlich könnte man gerade deswegen bei seiner Dünnheit auch mit ihm einen falschen Weg bohren. Der Nachtheil ist ferner, daß die Watte sich vom glatten Stäbchen leicht abstreift und daher die Extraction mit der Kornzange verlangt. Noch weniger zweckmäßig ist der Bürstenwischer von DOLÉRIS, der Gänsekiel von SCHRADER.

Die Flüssigkeiten, welche Anwendung verdienen, sind:

a) bei Blutungen:
  Jodtinctur 10—20%.
  Carbol-Alkohol 50%,
  Acid. carbol. liquefact.,
  Sol. cupr. sulf. 5—10% (macht leicht Koliken),
  Liquor ferr. sesquichl. pur. oder 50%,
  Chlorzinklösung 10—20%.

b) Bei Catarrh der Schleimhaut:
  Acet. pyrolign. crud.,
  Sol. argent. nitr. 5—30%,
  Ichthyol pur. oder Glycerin aa.
  und die obigen Mittel.

Die intra-uterine Aetzung ist nie bei der ersten Untersuchung einer Kranken zu machen, seltener ambulant, bei empfindlichen Kranken stets im Bett. Nach der Aetzung ein Glycerintampon in die Vagina. Zwischen den einzelnen Aetzungen ist eine mindestens 8tägige Pause zu machen, bei stärkeren Mitteln noch länger. Treten Koliken auf: Bett, warme Umschläge, Morphium oder Codeïn.

Die Einführung flüssiger Arzneimittel durch die BRAUN'sche Intra-Uterinspritze findet mit Recht wenig Nachahmer mehr; die Gefahren sind: Uebertritt der eingespritzten Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle (selten). Häufiger Uebertritt von Tubeneiter durch die den Uteruscontractionen folgende Zerrung oder Contraction der Tuben und tödtliche Peritonitis in beiden Fällen.

Ferner ist beobachtet tetanusartiger Anfall, Thrombose der Uterinvenen bis zur Iliaca mit Embolie der Cava und Tod. Wer noch einspritzt, sollte nicht mehr als 1—2 Grm. verwenden und die Flüssigkeit hernach wieder ansaugen.

Empfehlenswerth ist die Modification von LANTOS und ROSNER: dünner Aluminiumansatz mit zahlreichen Löchern durchbohrt, der wie bei Playfair mit Watte umwickelt wird. Vortheil neben der Möglichkeit des Zurücksaugens in die Spritze, Einbringen ohne Aetzung in der Cervix und gleichmäßige Berührung der durchtränkten Watte mit der ganzen Schleimhaut.

b) Anwendung fester Arzneimittel in Gestalt von Stiften ist alt; so Stifte von Argentum nitr., Lap. mitig., Lap. divin., Jodoform. Die Anwendung mit der MARTIN'schen Pistole hat den Vortheil der Beschränkung der Aetzwirkung auf das Endometrium. Die Stifte ätzen aber zu einseitig die vordere und hintere Wand, lassen Tubenecken frei und werden rasch in eine zähe Schleimschicht eingehüllt, so daß weitere Wirkung fraglich ist.

Aehnliches gilt von den Uterin-Antrophoren, wobei das an einen Spiraldraht angeschmolzene Mittel mit einem unlöslichen Ueberzug, eventuell mit Cocainzusatz eingebracht wird.

Verwerflich sind die DUMONTPALLIER'schen Intrauterinstifte von Chlorzink (Roggenmehl und Chlorzink aa. 7 Cm. lang, 4 Mm. dick). Durch zahlreiche Berichte ist die tiefgreifende Aetzwirkung dieser Stifte festgestellt, Losstoßung der ganzen Schleimhaut, theilweise sogar mit Muscularis ist beobachtet, in Folge davon Atrophie der Schleimhaut, Atresie der Cervix (80 Fälle von Stenose!), bleibende Amenorrhoe.

c) Das Einblasen pulverförmiger Mittel oder Einbringen in Salbenform ist wenig wirksam und entbehrt gleichmäßiger Vertheilung auf die innere Oberfläche; beides obsolet.

(Schluß folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

G. LEWIN und JUL. HELLER: Die Sklerodermie.

Die beiden Verff. haben das casuistische Material, welches über die Sklerodermie vorliegt, sorgfältig gesammelt und statistisch verwerthet; es sind nicht weniger als 475 Krankenbeobachtungen benutzt und zur Begründung einer neuen Theorie über die Sklerodermie verwerthet worden. HORTELOUP meinte, daß diese Erkrankung durch eine permanente Contraction der glatten Muskelfasern hervorgerufen werde; A. HELLER suchte die Ursache der Erkrankung in einer durch Verschluß des Ductus thoracicus bedingten Lymphstauung; HEBRA, HOLLEFREUD, BERNHARDT und SCHWABACH, RASSMUSEN, LASSAR, COLLIN, KÖBNER nehmen gleichfalls mit Rücksicht auf das Vorkommen jugendlicher Bindegewebszellen in den perivasculären Lymphscheiden und in den Gewebsinterstitien eine Lymphstauung und einen der Elephantiasis ähnlichen Proceß an. FORGET, FIEDLER, GRISOLLES, LAGRANGE, CHIARI, RINDFLEISCH, FÖRSTER, BIRCH-HIRSCHFELD schilderten die Sklerodermie als eine langsame Entzündung des Coriums mit Ausgang in Verhärtung und Verkürzung; ZAMBACO PASCHA hält sie für eine Uebergangsform der Lepra. EULENBURG sah in ihr eine neuropathische Allgemeinerkrankung, ROSENTHAL eine Neuritis, SCHWIMMER eine Sympathicusaffection und SCHULTZE eine chronische Myelitis, während MENDEL, KAPOSI und ARNOZAN das Wesen der Krankheit in einer Gefäßerkrankung erblicken.

LEWIN und HELLER[1]) glauben, daß die Sklerodermie eine Angiotrophoneurose sei, welche sowohl von den peripheren Nerven als auch vom Centralnervensystem ausgehen könne. Für die centrale Erkrankung führen sie besonders die Localisation in's Feld; sie fanden in 3 Fällen Erkrankung einer Körperhälfte, in 7 Fällen halbseitige Gesichtserkrankung und in 21 Fällen symmetrische Localisation der Sklerodermie. Als Beweis der Betheiligung des Vasomotorencentrums führen die Verff. an, daß häufig Röthung das erste Symptom der Erkrankung sei; wenn bei einer bestehenden Sklerodermie neue Bezirke erkranken, so wird für diese neu ergriffenen Processe wieder die Röthung als erstes Symptom gefunden, und wenn ein einzelner Plaque sich weiter ausbreitet, so ist in der peripheren Zone stets die Röthung in Folge Lähmung der Vasomotoren nachweisbar. Eine Folge der Gefäßerweiterung ist die Temperatursteigerung, wie sie von NEUMANN und MOSLER festgestellt wurde; treten im weiteren Verlauf in Folge von endarteriitischen Processen Gefäßveränderungen ein, so sinkt die Temperatur der Haut. Eine weitere Folge der Gefäßlähmung ist das Durchlässigwerden der Gefäßwand und das Austreten von Serum, welche weiterhin zur Induration und wegen der Compression der Gefäße zur Atrophie führen; die Haut kann papierdünn werden. Sehr bemerkenswerth ist die häufige Erkrankung der am meisten distal gelegenen Körpertheile, insbesondere der Hände (133 Fälle). Aus den pathologisch veränderten Gefäßen treten rothe Blutkörperchen aus, aus deren Umwandlung Pigment entsteht, und konnten die Autoren in 113 Fällen Angaben über Pigmentirungen finden.

Die Veränderung der Gefäße erklärt auch einen großen Theil der sogenannten trophischen Störungen mit der Desquamation der Haut, Veränderungen im Wachsthum der Haare, Erkrankungen der Nägel und der ulcerativen Veränderung der Haut. Auf einer Erkrankung der trophischen Centren dürften die 83 Beobachtungen von hochgradiger Atrophie des Fettes, der Muskeln, der Mamma und der Lippen beruhen. Die in 7 Fällen beobachtete sklerodermatische Hemiatrophia facialis, bei der MENDEL in einem Falle eine Neuritis des zweiten Trigeminusastes nachwies, dürfte gleichfalls auf trophoneurotischen Processen beruhen.

Auf Grund dieser Theorie erklärt sich das Auftreten der Sklerodermie nach einer Fahrt bei strenger Kälte (BOCKENHEIMER), nach einem Fall in kaltes Wasser (KÖBNER, DINKLER) und nach einem kalten Bade (NICOLISCH).

Beginnt die Krankheit plötzlich, so ist eine plötzlich eintretende Lähmung des Vasomotorencentrums anzunehmen. In einem Falle von RABL wies eine eigenthümliche, die acut einsetzende Sklerodermie begleitende Nackensteifigkeit auf eine spinale Affection hin. Auch die Bacteriengifte dürften lähmend auf die Vasomotorencentra einwirken, so daß sich Sklerodermie auch an Infectionskrankheiten anschließen kann. Diese Toxine können auch von der Peripherie aus wirken; das bei einem Panaritium gebildete Toxin kann eine Lähmung zunächst der Gefäßnerven in seiner Umgebung veranlassen: es kann aber durch eine Reizung der depressorischen Nerven die Erregbarkeit des Medullarcentrums reflectorisch herabgesetzt und wieder central der weitere Verlauf der Krankheit ausgelöst werden. So erklären sich die Fälle von Sklerodermie, in denen das Leiden einzelne Hautbezirke anscheinend systemlos befällt.

Mit dieser Auffassung stimmt der mikroskopische Befund in der Haut überein, welcher sich durch hochgradige periarteriitische und endarteriitische Processe, starke Füllung der Venen, Verödung und Sklerosirung der Gefäße kennzeichnet. UNNA sieht in den Gefäßveränderungen nur eine Folge der collagenen Hypertrophie, welche sich nur dadurch erklären läßt, daß die Erweiterung der Gefäße in Folge der Vasomotorenlähmung eine bessere zur Hypertrophie führende Ernährung des collagenen Gewebes veranlaßt. Vielleicht handelt es sich hier um eine Durchtränkung mit einem den Gefäßen entstammenden gerinnungsfähigen Material, wofür die Homogenität der Bindegewebszüge des Coriums spricht. Durch weitere nervöse Einflüsse schreitet die Erkrankung der Gefäße weiter vor, die Endarteriitis bildet sich aus, und eine Folge derselben ist die allmälig an Stelle der Hypertrophie tretende Atrophie der Haut.

Fe.

HAGENBACH-BURCKHARDT (Basel): Zur Aetiologie der Rachitis.

Verf. steht auf dem Standpunkt, daß es ihm natürlicher scheine, statt all der für das Zustandekommen der rachitischen Erkrankung aufgeführten Irritamente, wie schlechte Luft, verkehrte Ernährung, acute und chronische Infectionskrankheiten u. s. w., einen für die Rachitis specifischen Mikroorganismus anzunehmen und die angeführten Agentien blos als prädisponirende Momente anzusehen, und er sucht, diesen seinen Standpunkt durch theoretische Erwägungen zu stützen („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 21).

Vieles spreche dafür, daß es sich bei der Rachitis um eine chronische Infection, ähnlich wie bei der Tuberculose, handle. Während KASSOWITZ neben vielen anderen ätiologischen Momenten unter Umständen auch verschiedene Mikroorganismen als die Erreger der Rachitis anzunehmen geneigt ist, kommt VOLLAND zu dem bestimmten Ausspruch, daß Alles darauf hinweise, daß als eigentlicher Krankheitserreger ein bestimmtes Virus für die Rachitis existiren muß, welches, ähnlich wie der Bacillus der Tuberculose, in einem durch schwächende Momente disponirten Organismus sich entwickeln kann. Die für das Zustandekommen der Rachitis herangezogenen Momente bestehen gewiß zu Recht, aber sie sind nichts Anderes als fördernde Factoren; dies gilt besonders auch von der geographischen Verbreitung der Rachitis. In höheren Gebirgslagen kommen nicht nur weniger Tuberculöse, nicht nur weniger infectiöse Darmcatarrhe im Säuglingsalter, sondern auch weniger oder keine Fälle von Rachitis vor. Für die Annahme einer Infection könne ferner geltend gemacht werden, daß im kindlichen Alter namentlich acute und chronische Infectionskrankheiten sich in den Knochen localisiren. Auch der Symptomencomplex spreche durchaus nicht gegen die Annahme einer Infectionskrankheit. Diesbezüglich sei die Thatsache der Milzschwellung bei Rachitis viel zu wenig bekannt und anerkannt. Für die in den ersten Monaten auftretenden Fälle von Rachitis endlich müßte eine hereditäre Disposition angenommen werden, in ähnlicher Weise wie für viele Fälle von frühzeitig auftretender Tuberculose.

s—s.

[1]) Berlin 1895, A. Hirschwald.

WEICHARDT (Altenburg): **Sterile Impfinstrumente.**

In der am 26. und 27. April d. J. in Berlin abgehaltenen XII. Hauptversammlung des Preuß. Medicinalbeamtenvereines sprach W. über obiges Thema. Die Ursache der Abneigung vieler Aerzte, ihre Impfinstrumente zu sterilisiren, sieht W. zunächst in den Impfmißerfolgen, die immer eintreten, wenn man die Impflancetten conform den chirurgischen Instrumenten mit Carbolwasser desinficirt. Ferner könnte es geradezu widersinnig erscheinen, Instrumente zu sterilisiren, an die durch Benützen mit nicht steriler Lymphe doch wieder Keime gelangen. Aber das Sterilisiren der Impfinstrumente hat lediglich den Zweck, etwaige an den Instrumenten haftende Spuren von Infectionsstoffen zu vernichten, welche kranken Impflingen entstammen könnten, denn es läßt sich nicht in Abrede stellen, daß Infectionen durch Impfinstrumente wirklich noch vorkommen. Die bisherigen Impfinstrumente sind allerdings zum Sterilisiren wenig geeignet, wohl aber die in letzter Zeit eingeführten Impfmesser nach PFEIFFER, CHALIBAEUS, RIESEL, das Platiniridiummesser nach LINDENBORN, endlich das vom Verf. angegebene Impfdoppelmesser, welches namentlich zur Ausführung von Massenimpfungen sehr geeignet ist. W. faßt seine Ansichten in folgende Schlußsätze zusammen:

1. Impfinstrumente, an denen noch Spuren von Infectionsstoffen haften, können den Schutz vereiteln, den animale Lymphe gegen gewisse Erkrankungen der Impflinge gewähren soll.

2. Dies zu vermeiden gibt es nur ein sicheres Mittel: das Sterilisiren der Impfinstrumente.

3. Letzteres ist, bei geeignetem Instrumentarium und zu Hause ausgeführt, nahezu mühelos und bringt überdies dem Arzte wegen Entlastung der Impftermine recht erwünschten Zeitgewinn.

Ba.

Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten. Von **Dr. Alois Pick**, Privatdocent an der k. k. Universität in Wien, k. u. k. Regimentsarzt. I. Theil: Magenkrankheiten. Leipzig und Wien 1895, Franz Deuticke.

In dem vorliegenden 1. Theile des auf zwei Bände berechneten Werkes hat der Verf., der sich eines guten Rufes als Specialist auf dem Gebiete der Magen- und Darmkrankheiten erfreut, zunächst die Magenkrankheiten bearbeitet.

Ausgehend von der Anatomie des Magens und Darmes, bespricht der Autor zunächst die physikalischen Untersuchungsmethoden sowie die Untersuchung des Mageninhaltes, schildert dann in den Capiteln über „acute und chronische Gastritis, Atonie, Dilatation, Ulcus, Carcinom des Magens, Stenosen, Neurosen und Enteroptose“ die bekannten Krankheitsbilder, angepaßt dem heutigen Stande der Wissenschaft und den neuesten Forschungsergebnissen auf diesem Gebiete, jedoch bereichert mit den eigenen Erfahrungen in klarer, anschaulicher und sehr anregender Weise. Er legt dabei das Schwergewicht auf die Diagnose mit Einschluß der Differentialdiagnose und auf die Therapie.

Mit Recht; denn dem Praktiker, für den ja das Buch hauptsächlich berechnet ist, ist die Therapie insbesondere das „Um und Auf“ der ganzen Medicin. Der beste Therapeut gilt gemeinhin auch als der beste Arzt. Obendrein findet der praktische Arzt auch nicht immer die nöthige Zeit, sich aus dickleibigen Werken das Brauchbare und Wissenswerthe erst aus einer mehrschichtigen Emballage herauszuschälen. Wer ihm also das Nothwendige und Zweckmäßige in engem Rahmen liefert, trägt seinen Bedürfnissen am meisten Rechnung.

Von diesem Gesichtspunkte aus kann das Buch den praktischen Aerzten auf's Wärmste empfohlen werden. Allerdings hätten wir bei der Therapie ein näheres Eingehen in die Chirurgie gewünscht. Denn bei dem enormen Aufschwunge, den die Magenchirurgie in den letzten 10 Jahren genommen hat, genügt es wohl nicht, wie es gemeiniglich geschieht und wie es auch der Autor gethan, bei den betreffenden Capiteln, wie beim „Carcinom, Stenose des Pylorus, Perforationsperitonitis nach einem Ulcus“ u. s. w. einfach auf die Operation als „ultima ratio“ und sodann auf die einschlägigen Capitel der chirurgischen Lehrbücher zu verweisen. Es erscheint uns geradezu abträglich für die medicinische Wissenschaft, wenn sich die einzelnen Disciplinen hermetisch von einander abschließen oder wie die Felder auf einem Schachbrette von einander abgrenzen. Nur durch einträchtiges Zusammenwirken kommt es auch zu gegenseitiger Befruchtung. Gerade auf dem Gebiete der Magen-Darmkrankheiten ist der Internist Wegweiser und Pfadfinder für den Chirurgen; gerade hier hat der Internist, wir möchten sagen, die Legislative, besonders in der Indicationsstellung, und der Chirurg die Executive, ob es sich nun um eine Radicaloperation handelt oder um ein Palliativverfahren; ob es gilt, eine partielle Resection oder eventuell gar, wie LANGENBUCH es zweimal gethan, eine totale Magenresection vorzunehmen, oder eine Gastroenterostomie oder etwa bei einer idiopathischen hochgradigen Dilatation des Magens, wo alle Mittel versagen, zu einer Falten- oder Zwickelbildung zu schreiten.

Es dürfte sich empfehlen, sowohl alle gangbaren Operationsmethoden, ohne in die näheren Details des Verfahrens selbst einzugehen, als auch die statistischen Ergebnisse und die therapeutischen Erfolge derselben vorzuführen. Der praktische Arzt wird dann auch nach der chirurgischen Seite hin vollständig orientirt sein und seinen Patienten, bei dem ein operativer Eingriff sich als nothwendig erweisen sollte, frühzeitig genug dem Chirurgen überantworten. Das soll, wir betonen es nachdrücklichst, kein Tadel für den Verfasser, sondern nur eine Anregung sein.

Druck und Ausstattung des Werkes sind tadellos. Wir sehen mit Interesse dem zweiten Theile entgegen. G.

Feuilleton.

Altegyptische Heilkunst.

Daß das Menschengeschlecht in seinem Naturzustande, gleichwie das Thier, des Glückes steter Gesundheit sich erfreute, und daß Krankheitserscheinungen erst in Folge veränderter Nahrung oder Lebensweise oder mit der zunehmenden Gesittung auftraten, ist kaum zu bezweifeln. Die Kämpfe der Menschen mit den Thieren um die Herrschaft auf der Erde hatten naturgemäß Verwundungen im Gefolge, weshalb auch die Behandlung der Wunden der eigentlichen Arzneikunde voranschritt.

Der erste Arzt war die Natur, mit welcher der Egypter in innigster Verbindung lebte, der zweite das Ungefähr und die Beobachtung dessen, was sich als schädlich oder nützlich erwies, und so ging schon damals, wenn man so sagen darf, der Naturforscher mit dem Arzte Hand in Hand. Durch Erfahrung, die Gefährtin der Nothwendigkeit, wurden Kenntnisse erworben, welche im erweiterten Umfange den Alten, Hausvätern oder Vornehmen, die in zahlreicher Umgebung lebten, zugehörten. Dieser Schatz der Erfahrungen wurde aufgezeichnet und so entstanden die ersten Heilbücher.

Welcher Weg war nun noch zurückzulegen von diesen unsicher tastenden Anfängen bis zu jener hehren Wissenschaft, welche heute eine so einflußreiche Stellung in der Welt einnimmt!

Jene Zeit der Anfänge ist uns unbekannt, denn die ältesten vorhandenen egyptischen Urkunden weisen auf eine Reihe noch älterer zurück; in dieser grauen Vorzeit erscheinen Götter und Göttinnen (Ra, Schu, Tefnut, Seb, Nut, Isis) als Stifter der Wissenschaft.

Zufolge einer Stelle des Clemens Alexandrinus bildeten die letzten 6 der 42 heiligen oder hermetischen, d. h. von Thot (Hermes) verfaßten oder doch wenigstens inspirirten Bücher die Grundlage der Heilkunde. Später beschäftigten sich Pharaonen mit der heiligen Wissenschaft, so der zweite König Teta (Athotis) und Thosortes (III. Dynastie), welcher den Beinamen Imhotep (Asklepios) erhielt; das alte Memphis erscheint sonach als eigentliche medicinische Schule.

Schon zu Zeiten des alten Reiches nehmen Aerzte hervorragende Stellungen bei Hofe ein, und mehrere Namen königlicher Leibärzte sind uns überkommen.

Nachdem Krankheiten aus dem Zorne der Götter hervorgingen, war auch deren Heilung etwas Göttliches, und das Volk überließ es den Priestern, die aufgebrachten Gottheiten zu besänftigen, ihre Gunst zu erflehen und Gesundheit durch Schlachtopfer zu erkaufen. Die Mittel, um Krankheiten zu bekämpfen und Schädliches zu bannen (Prophylaxis), waren Gebete (besonders zu Isis), magische Handlungen, Zauberformeln, Räucherungen und auch — Medicamente, deren Gebrauch eben der Zufall lehrte. Magie und Medicin blieben unzertrennlich, und erstere gewinnt in späteren Jahrhunderten sogar die Oberhand. Auf diese Weise erhielt die Wissenschaft durch die Priester wohl nur geringe Förderung.

Die heiligen Bücher waren, wie bereits erwähnt, göttlichen Ursprunges, von Priestern geschrieben; die Recepte blieben unabänderlich, für den Arzt bindend; er mußte alle Vorschriften genau befolgen, um gegen jeden Vorwurf gesichert zu sein, konnte er auch den Kranken nicht retten; handelte er aber wider sie, so stand ihm eine Anklage auf Leben und Tod bevor.

Um nun das mühsam Errungene und die aus den verläßlichsten und besten Quellen geschöpften Vorschriften zu erhalten, war man später genöthigt, solche hermetische Bücher „anzulegen".

Alle griechischen und römischen Berichte stammen aus einer Zeit, da die Blüthe Egyptens längst vorüber war. HERODOT und HOMER weisen auf egyptische Aerzte hin, nennen wiederholt Egypten das gesündeste Land, freilich ohne Andeutung, ob in Folge oder trotz der vielen Aerzte; in HOMER'schen Gedichten erscheint Egypten als Pflegerin der Heilkunst; Helena brachte aus Egypten das Mittel „gegen Kummer, Groll und aller Leiden Gedächtniß", das ihr Polydamna, die Königin in Aigyptos, geschenkt; GALENUS citirt die egyptischen Heilbücher, DIODOR spricht von jener Kunst und führt viele unter dem Namen Kleopatra's gehende Recepte in ihrem Wortlaute an, und so befestigt sich und besteht der Ruf egyptischer Aerzte bis in die letzten Tage Griechenlands. Die Griechen blieben in der medicinischen Wissenschaft von den Egyptern gänzlich abhängig.

Heute nun ist die Forschung nicht mehr auf die wenigen griechischen und römischen Schriftsteller angewiesen, sondern schöpft aus ersten Quellen, den medicinischen Papyri. Außer den spärlichen Leydener Fragmenten sind es die Papyri von Berlin, sowie des britischen Museums, beide heute nur theilweise übersetzt, besonders aber der wichtige, umfangreiche Papyrus Ebers (30 Cm. hoch und 20·23 Meter lang), von G. EBERS, E. LÜRING und Dr. JOACHIM geistvoll interpretirt.

In dem größeren Berliner Papyrus, welcher eine beträchtliche Anzahl Recepte enthält, heißt es, daß der Anfang des Buches über das Vertreiben der Krankheiten gefunden ward „in einer alten Schrift in einer Kiste mit Schreibsachen unter des Gottes Anubis' Füßen zu Letopolis, unter Sr. Majestät des egyptischen Königs Hesepti (Usaphais, des fünften Pharao der I. Dyn., etwa 3700 v. Chr.) Regierung; nachdem derselbe gestorben war, wurde das Buch wegen seiner Vortrefflichkeit Sr. Majestät dem König von Egypten, Sent, überbracht".

Aehnlich berichtet der Papyrus des britischen Museums: „Dieses Arzneibuch wurde, während die Nacht hereinbrach, in den Tempelhallen von Tebmut, im Sanctuarium der Göttin, durch eines Priesters Hand, der im Tempel angestellt war, gefunden .... der Mond warf sein Licht auf alle Seiten jenes Buches, und es wurde zu Sr. Maj. des egyptischen Königs Chufu (Cheops, des Pyramidenerbauers, 3000 Jahre v. Chr.) gebracht."

Der bedeutendste und umfassendste ist jedoch der Papyrus Ebers, ein vollständiges Compendium der egyptischen Arzneikunde, welches, Mitte des 16. Jahrhunderts v. Chr. entstanden, jedenfalls wieder die Abschrift einer weitaus älteren Urkunde ist. Vielfache Schwierigkeiten ergaben sich beim Lesen bezüglich der unzweifelhaften Bestimmung der einzelnen Körpertheile und Organe, der genauen Krankheitsbezeichnung und deren Symptome, der Erklärung der zahlreichen Medicamente (der Papyrus enthält deren etwa 700), sowie bezüglich der Bestimmung der Gewichtseinheit.

Die ersten der 24 Abschnitte des Papyrus sind den „Krankheiten des Leibes", des Magens, Afters und der Blase gewidmet; ihnen folgen die Mittel zur Reinigung des Magens, gegen „schädliche Ansammlungen, Anschwellungen und Würmer". Nachdem zufolge der Ansicht der egyptischen Aerzte Krankheiten größtentheils auf Magenindispositionen zurückzuführen sind, so wendeten sie ihr Hauptaugenmerk der Reinigung des Körpers (Lavements, Zäpfchen) zu. Schon HERODOT vermerkt die häufigen Purganzen der Egypter, und den Verstorbenen wird nebst reichlicher Nahrung auch entsprechende Entleerung verheißen.

Andererseits gibt es aber auch appetitreizende Mittel, als da sind: Traubenbeeren, Weizenteig, Zwiebeln, Weihrauch, Wein, süßes Bier u. A. Bei den Kopfleiden unterschieden sie bereits „eine Krankheit in der Hälfte des Kopfes", also die heutige moderne Migräne, und das bis nun noch nicht gefundene Mittel war damals ein verhältnißmäßig recht einfaches: „Schädel des Narfisches in Oel gekocht, einsalben den Kopf damit."

Gegen Geschwüre an der Hüfte, Geschwülste am Halse, Krätze und verbrannte Stellen wurde das Einreiben mit einem in Oel gekochten Frosch empfohlen; Ueblichkeiten, Brechreiz bekämpfte man durch Einathmen von Dämpfen, welche die angegebenen Arzneien auf sieben heißen Steinen entwickelten.

Die Augenheilkunde war, eine Folge der Häufigkeit der Augenkrankheiten, weit vorgeschritten. Die Augenärzte erlangten eine so große Berühmtheit, daß sich Cyrus einen solchen für seinen Hof vom Pharao Amosis erbat. Triefäugigkeit, Eiterfluß und Schielen wurde durch Auflegen oder Einreiben mit unterschiedlichen Mitteln geheilt; für letzteres wurde das Gehirn einer Schildkröte verordnet.

Gegen Krokodil- und Menschenbiß half das Auflegen frischen Fleisches.

Sehr reichhaltig waren die Mittel gegen das Ausfallen und Grauwerden der Haare, Kopfschorf und Rinden; denn die Egypter fürchteten nichts so sehr als die Kahlköpfigkeit; „Von Weizenmehl, geröstet, gemahlen, mit frischer Milch einen Teig anmachen, mit Oel durcharbeiten und auflegen" war das verbreitetste. Aber auch um Mittel, den Haarwuchs zu befördern, das Haar zu kräuseln und zu färben (schwarz, nicht wie heute goldblond), waren sie nicht verlegen; hoffen wir, daß die damaligen wirksamer waren als unsere.

Gegen Zungenkrankheiten gab es zertheilende Mittel, wie Honig, Gänse-, Rindschmalz, Kuhmilch.

Legion sind die Cosmetiken, welche in Egypten, wie später in Griechenland und Rom, in den Bereich der medicinischen Wissenschaften gehörten; da gab es solche, für die „Schönheit des Gesichtes", um die „Hautfarbe zu ändern", den „Körper schön zu machen", die Runzeln im Gesicht zu vertreiben, das Gesicht zu glätten u. dgl.

Die größte Sorgfalt wurde auf die Pflege der Zähne verwendet; Zähne wurden vor dem Verderben bewahrt, verdorbene mit Goldplomben gefüllt (der Nachweis wurde an Mumien erbracht), wacklige Zähne befestigt, Schmerzen gestillt, das Zahnfleisch gestärkt und Geschwüre auf demselben durch Auflegen von in Milch geweichten Datteln oder Feigen vertrieben. Prosper Alpinus sagt, „daß er niemals in dieser Gegend (Egypten) einen durch Krankheit verdorbenen Zahn sah; dies kommt daher, weil die Egypter nach dem Schlafen, Waschen und Beten eine Stunde lang ihre Zähne putzen".

Gegen Ohrenkrankheiten, Schwachhörigkeit, Ohrenschmalz und -Fluß wurden Instillationen oder mit Arzneien befeuchtete Charpiepfröpfchen angewendet.

Das Schreien der Kinder besänftigten Mohnkapseln.

Aeußerst reichhaltig sind die Mittel gegen Frauenkrankheiten. Auf den in den Büchern festgelegten Grundsätzen blieb die Wissenschaft der Egypter, Griechen, Römer bis in die Zeit unseres Mittelalters, also durch Jahrtausende stehen. Es mag jedoch darauf nur hingewiesen werden, da die Anführung derselben zu weitschweifig und hier kaum am Platze wäre.

Alle egyptischen Heilmittel waren zumeist dem Pflanzenreiche, seltener dem Thier- oder Mineralreiche entnommen; ausnahmsweise sind es einfache, zumeist aber schon aus Vorsicht zusammengesetzte, denn thut es das eine nicht, so besorgt es das andere; sie wurden entweder äußerlich oder innerlich, als Einreibungen, Pflaster, Verbände, Trank, Räucherungen, Inhalationen zur Anwendung gebracht; durch Mischung oder Kochen verbunden, gehören sie in ihrer Aus-

wahl nicht selten zu den unappetitlichsten, widerlichsten, ekelhaftesten und erinnern gar häufig an die „heilsame Dreckapotheke“ unseres 17. Jahrhunderts.

Ueber chirurgische Behandlung ist uns nur sehr wenig erhalten; offene Wunden wurden mit großer Sorgfalt getrocknet, das geronnene Blut entfernt, Ansammlungen von Eiter verhindert; sie wurden wohl auch ausgeschnitten und mit Metallstäbchen ausgebrannt. Gut geheilte Knochenbrüche wurden an Mumien mehrfach constatirt.

Die anatomischen Kenntnisse der Egypter gehen, trotzdem Leichenöffnungen zu Zwecken der Mumificirung ja alltäglich waren, über die allgemeine Kenntniß des Knochenbaues, des Magens, Herzens und der Eingeweide nicht hinaus.

Zur medicinischen Wissenschaft rechneten die Egypter noch die Vertreibung von Ungeziefer, der Mäuse und anderer Nagethiere aus Vorrathskammern und Scheunen, das Verscheuchen der Vögel von den Feldfrüchten, die Vorbeugung gegen die Stiche von Wespen und Schnaken, sowie die Bereitung wohlriechender Präparate für Tempel und Haus.

Die egyptischen Aerzte kamen bald zur Ueberzeugung, daß ein Leiden durch das bloße Ansehen des Kranken nicht immer erkannt werden könne und verlegten sich daher auf eingehendere Diagnosen durch Untersuchung des Körpers. Stand die Krankheit einmal fest, so gab es ja eine reiche Auswahl unter den Recepten, von denen einige entweder allsogleich oder langsamer, aber „sicher“ wirkten; gewisse Mittel konnten nur in bestimmten Monaten oder auch Jahreszeiten angewendet werden; ebenso war auf das Alter des Kranken gebührende Rücksicht zu nehmen, so daß sich die Behandlung kleinerer oder größerer Kinder von der bei Erwachsenen unterschied. Jeder Arzt hatte mehrere selbst erprobte oder von einem Zunftgenossen empfohlene Recepte; kam eines gar aus dem Auslande, wie die von einem Juden aus Byblos erfundene Augensalbe, so war die Werthschätzung eine noch höhere.

Wundermittel, welche „das Fieber des Gottes, den Tod und die Todo, den Schmerz und die Schmerzen aus allen Gliedern des Menschen vertreiben, so daß er augenblicklich gesund wird“, waren selbstredend von Göttern und für Götter erfunden.

So weit der Papyrus Ebers. Und überspringen wir nun einige Jahrtausende und erwägen die mächtigen Fortschritte auf dem Gebiete der Chemie, Mikroskopie, Chirurgie, Bacteriologie, dann freuen wir uns, die Enkel unserer Ur-Urahnen zu sein.

P. F. Kupka.

Kleine Mittheilungen.

— Prof. Pospelow in Moskau hat von der **Behandlung der Gesichtsacne mittelst Massage** die besten Erfolge gesehen. Zu diesem Zwecke gibt er („La sem. méd.“, 1895, Nr. 28) folgendes Verfahren an: Vor dem Schlafengehen setzt sich der Kranke, nachdem er sich die Hände in sehr warmem Wasser gewaschen und abgetrocknet hat, vor einen Spiegel und führt mit den vorher befetteten Fingern Effleuragestriche aus, um den Inhalt der Talgdrüsen auszudrücken. Diese Streichungen müssen aber stets in einer gewissen Richtung ausgeführt werden. An der Stirne von der Sagittallinie gegen die Schläfen, an den oberen Theilen der Wange vom inneren Augenwinkel gegen den äußeren, weiter unten vom Ohre gegen die Nase, von der Nasolabialfurche gegen die Lippencommissur und vom Kieferwinkel gegen das Kinn. Nach dieser Sitzung, welche 15—20 Minuten dauert, soll das Gesicht nicht gewaschen, sondern einfach mit Reispulver bestreut werden. Am nächsten Morgen wäscht sich Pat. mit lauwarmem Wasser, trocknet das Gesicht sorgfältig mit einem Leinentuch und beginnt nach einer Stunde die Massage vom Neuen, doch in einer minder energischen Weise als am Abend und nur durch 10 Minuten. Hierauf wird das Gesicht vom Neuen mit Reispulver oder mit Amylum bedeckt. Die Massagesitzungen müssen regelmäßig alle Tage Früh und Abends wiederholt und durch mehrere Monate fortgesetzt werden. Da die Gesichtsacne eine so lästige und widerstandsfähige Affection ist, so glaubt P., daß die Erfolge, die man in der Mehrzahl der Fälle mit der Massage erzielt, die Umständlichkeit dieser Methode reichlich aufwiegen.

— P. Marie berichtete in der Sitzung der Pariser „Soc. méd. des hôp.“ vom 31. Mai d. J. über seine neuerlichen Erfahrungen mit dem **Salophen**. In einem Falle von acutem Gelenksrheumatismus, mit einer alten Aorteninsufficienz und Angina pectoris, bei welchem Natr. salicyl. die Herzbeschwerden bedeutend gesteigert hatte, brachte das Salophen innerhalb zweier Tage eine bedeutende Erleichterung, besonders der Anfälle von Angina pectoris. Ein Aussetzen des Mittels hatte sofort eine Verschlimmerung zur Folge, so daß wieder Salophen gegeben werden mußte; die schließliche Heilung erfolgte nach 15 Tagen. In einem zweiten und dritten Falle handelte es sich um subacuten Rheumatismus. Bei dem einen der beiden Kranken erwies sich das Salophen viel wirksamer, als Salicylnatron, Antipyrin und Phenacetin. Der vierte Fall, eine Bleigicht, wurde durch Salophen sehr günstig beeinflußt, nachdem bei einem früheren Anfall Salicylnatron schlecht vertragen worden war und sich als unwirksam erwiesen hatte. Ein Fall von Chorea bei einem jungen Mädchen wurde innerhalb einer Woche vollständig geheilt. In einem Falle von Orchitis bei Parotitis hatte das Salophen Erfolge erzielt, vergleichbar denen des Salicylnatrons bei Orchitis blennorrhagica. Endlich wurde bei 2 Phthisikern durch das Salophen ein beträchtlicher Abfall der Temperatur erreicht. Nach Allem kann das Salophen als ein Ersatz des salicylsauren Natrons angesehen werden, speciell gegenüber den Gelenkserscheinungen des acuten und subacuten Rheumatismus, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu erzeugen. Vielmehr besserten sich unter dem Einfluß des Salophens Störungen seitens des Digestionstractes rasch. Dem Salophen scheint auch ein gewisser Werth gegenüber der Gicht zuzukommen. Bei chronischem Rheumatismus blieb es stets ohne sichtbare Wirkung. Als Tagesdosis empfiehlt M. 3—4 Grm. in 6 Gaben in Kapseln oder als Schüttelmixtur.

— Dr. Max Stoss berichtet im 29. medicinischen Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern („Ther. Monatsh.“, Juni 1895) **über die Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform und Antispasmin**. Seine Erfahrungen mit Bromoform faßt St. dahin zusammen, daß eine auffallende Verminderung der Anfälle und eine Herabsetzung der Intensität der Paroxysmen in der Mehrzahl der Fälle beobachtet wurde. Eine Abkürzung der Gesammtdauer der Krankheit ließ sich dagegen nicht mit Sicherheit feststellen. Bei Kindern unter einem Jahre trat zuweilen eine leicht narkotische Wirkung nach Bromoform ein. Aus diesem Grunde hat St. Kinder dieses Alters in den letzten zwei Jahren nicht mit Bromoform, sondern mit Antispasmin (Narceïnnatrium, Natrium salicylicum) behandelt. In 200 Fällen hat dieses zuerst von Demme, dann von Rabow und von Frühwald [1]) in der Praxis versuchte Mittel sehr werthvolle Dienste geleistet. Die Wirkung auf die Hustenanfälle war nicht durchwegs dieselbe. Während in der Mehrzahl der Fälle in erster Linie die Heftigkeit der Anfälle sofort herabgesetzt wurde und erst nachher die Zahl derselben sich verringerte, kamen auch Fälle vor, bei welchen die Intensität der einzelnen Hustenparoxysmen vorerst nicht wesentlich beeinflußt wurde, wohl aber die Häufigkeit derselben ganz auffallend abnahm. Ob die Dauer der Krankheit im Ganzen wesentlich abgekürzt wurde, wagt St. nicht zu entscheiden, doch scheint es festzustehen, daß der Verlauf im Allgemeinen ein leichterer ist, und daß das convulsivische Höhestadium erheblich gemildert wird. Das Mittel wurde auch von Kindern in den ersten Lebensmonaten gut vertragen; Nebenwirkungen auf Magen und Darm wurden mit Ausnahme einer leichten Neigung zur Verstopfung nicht beobachtet. Die Dosirung war 0·01—0·015 pro dosi bei Kindern unter einem Jahre 3—4mal täglich, 0·02 bei Kindern bis zu 3 Jahren. Bei älteren Kindern gab St. bis 0·04 pro dosi. Das Mittel wurde in einer 2‰igen Lösung verabreicht. Als ein gutes Beruhigungsmittel erwies sich das Antispasmin auch bei dem quälenden Husten der masernkranken Kinder.

— Nach den Ansichten Dr. Levagno's in Turin („La sem. méd.“, 1895, Nr. 29) stellt das aus der Arecanuß gewonnene Alkaloid **Arecolin ein energisches Myoticum** dar. Bei der Instillation eines Tropfens einer 1%igen wässerigen Lösung von

[1]) S. „Wiener Med. Presse“, 1894, pag. 1931.

Arecolinum bromhydratum in den Conjunctivalsack erhält man innerhalb 3 Minuten eine beträchtliche Pupillenverengerung, welche 15 bis 20 Minuten anhält und nach circa einer Stunde wieder vollständig verschwunden ist. Die Accommodationsfähigkeit bleibt in den ersten 2—3 Minuten normal, vermindert sich dann ein wenig, doch nur vorübergehend. Die Instillationen des Arecolins verursachen weder Kopfschmerzen, noch anderweitige nervöse Störungen.

— Als ein **Verfahren, um die Injection reizender Flüssigkeiten im Hydrocelensacke schmerzlos auszuführen,** gab NICAISE in der Sitzung der Pariser „Acad. des sciences" vom 4. d. M. Folgendes an: Nach den herkömmlichen antiseptischen Maßnahmen wird die Hydrocele mit einem gewöhnlichen Troicar punctirt: man läßt ungefähr ein Drittel der Flüssigkeit ablaufen und injicirt nun durch die Troicarcanüle 3—4 Ccm. einer 1%igen wässerigen Cocainlösung. Nun wird der Sack leicht geknetet und nach 4—5 Minuten die ganze übrige Flüssigkeit abgelassen. Man injicirt nun Jodtinctur, entweder rein, oder mit einem Drittel Wasser verdünnt, je nach dem Alter der Hydrocele und dem Alter des Patienten. Der Hydrocelensack wird dann noch einmal leicht geknetet, und nach 4 bis 5 Minuten läßt man die Jodtinctur wieder ausfließen. Bei diesem Vorgehen verläuft die Operation ohne jegliche Schmerzen und die Gefahr einer Cocainvergiftung ist beinahe Null.

— Als **Phakoskopie** beschrieb in derselben Sitzung der Pariser „Acad. des sciences" Dr. A. DARIER ein Verfahren, welches Jedermann gestattet, durch seine eigene Linse hindurchzusehen und sich von der Durchsichtigkeit der lichtbrechenden Medien des Auges zu überzeugen. Das Verfahren besteht darin, daß man durch eine Serie sehr starker Concavgläser auf eine Kerzenflamme schaut, welche im Hintergrunde eines dunklen Raumes aufgestellt ist. Die von dieser Lichtquelle kommenden Strahlen sind durch die starken Concavgläser (40 D.) so divergent, daß sie nach dem Passiren der Linse noch parallel sind und einen Schatten der letzteren auf die Retina werfen. Hiebei werden die geringsten Trübungen der Linse, wie Flecken, Streifen, Sterne, genau gesehen. Es erlaubt also dieses Verfahren, die schwächsten Trübungen der Linse, beginnende Cataracta etc. zu constatiren.

— Das Symptom der **Pollakiurie**, d. h. des sehr häufigen Urinlassens, kann bei einer Reihe von Affectionen vorkommen, wie bei Blasenentzündungen, bei Compression der Blase in der Schwangerschaft, durch Bauchgeschwülste, Ascites u. s. w.; dasselbe kann aber auch nervöse Symptomzustände begleiten, bei denen eine entzündliche Blasenreizung fehlt und der Urin frei von Mikroben ist. Die nervöse Pollakiurie und ihre Behandlung machte J. JANOT („Ann. des malad. des org. génit. urin." und „Ctbl. f. Chir.", 1895, Nr. 23) zum Gegenstande einer Studie. Diese nervöse Pollakiurie kann ihren Grund haben in mechanischer oder chemischer Blasenreizung (Katheterismus, Blasenausspülungen etc.); in entfernter liegenden Reizen (Balanoposthitis, Scrotaleczem, Genitalherpes etc.); in schlechten Angewohnheiten, Befangenheit, Hypochondrie, sowie endlich in Erkrankungen des Centralnervensystems. Sie tritt bald nur am Tage, bald Tag und Nacht auf, bald ist sie von Schmerzen begleitet, bald absolut schmerzfrei. Die Blase ist entweder stark gefüllt oder enthält nur ganz geringe Mengen Flüssigkeit. Die Behandlung muß sich mit der Beseitigung der Ursachen des Leidens beschäftigen sowie gegen die schlechte Gewohnheit der Blase ankämpfen. Denn die Macht der Gewohnheit ist häufig so groß, daß die Pollakiurie auch nach vollkommener Beseitigung ihrer Ursachen noch fortbestehen bleibt. Ermahnungen und gute Rathschläge nützen dann nur bei sehr einsichtsvollen Kranken, während eine allmälig fortschreitende, künstliche Ausdehnung der Blase mittelst Einspritzungen schwacher Borsäurelösungen fast in allen Fällen Heilung bringt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

III.

MARTIN (Berlin): **Ueber die Bedeutung der Kolpotomia anterior für Operationen an den Beckenorganen.**

Der Weg, durch die vordere Vaginalwand in die Bauchhöhle zu gelangen, ist durch die anatomischen Verhältnisse gewissermaßen vorgezeichnet, weil wir auf diese Weise ohne Verletzung lebenswichtiger Organe ein großes Operationsfeld gewinnen und den Verschluß mit großer Sicherheit herstellen können.

CZERNY hat im Jahre 1879 das Herausstürzen des Corpus uteri durch das vordere Scheidengewölbe vorgeschlagen und ist für die Entwicklung von Myomen auf dem Wege des vorderen Scheidengewölbes eingetreten. DÜHRSSEN hat alle Consequenzen aus diesem Verfahren gezogen, indem er auf diesem Wege die verschiedensten Formen von Uterusmyomen, Adhäsionen, Adnexerkrankungen anging und in 2 Fällen Eileiterschwangerschaften operirte. Desgleichen haben KOSSMANN, CHROBAK u. m. A. mit dieser Methode eigene Erfahrungen gesammelt. M. selbst verfügt bis jetzt über 60 derartige Operationen und sieht in diesem Verfahren einen ganz außerordentlichen Fortschritt. Bei Besprechung der Operationstechnik, die sich in den meisten Fällen außerordentlich vielfach gestaltet, weist M. auf die geringe Blutung während der Operation, sowie auf die geringen Schwierigkeiten von Seiten der Blase hin. Die Operation wurde 14mal wegen Myomen, 7mal wegen beweglicher Retroflexionen mit Prolaps, 3mal wegen Oophoritis gemacht; die übrigen Fälle betrafen chronische Pelveoperitonitiden mit mehr oder weniger intensiven Verwachsungen. Resumirend betont M., daß speciell für die letzte Gruppe von Erkrankungen die vaginale Coeliotomie einen außerordentlichen Fortschritt bedeutet. Der den Kranken gebotene Nutzen ist ein nachhaltiger, da der Uterus eine annähernd normale Stellung erhält. Der Abschluß der Wände ist ein derartiger, daß von einer Belästigung der Kranken in der Zukunft von der Narbe aus keine Rede sein kann.

DÜHRSSEN (Berlin): **Ueber vaginale Coeliotomie und conservative vaginale Adnexoperationen.**

Vortr. hebt zunächst als besondere Vortheile des vaginalen Operationsverfahrens die Möglichkeit hervor, kleinere Corpusmyome, mögen sie wie immer entwickelt sein, mit Erhaltung des Uterus zu entfernen. Als Consequenz dessen werde sich eine Verschiebung der Indication der Myomoperation ergeben, bedingt durch die Ungefährlichkeit der Operation. Letzterer Punkt werde dazu führen, jedes kleinere Corpusmyom, sobald es diagnosticirt ist und Beschwerden macht, auf diesem Wege mit Erhaltung des Uterus zu entfernen und die verstümmelnden Operationen, sowie die Laparotomie zu umgehen. Vortr. geht nun auf die Schilderung der von ihm operirten Fälle näher ein. Unter 31 Fällen war 1 Todesfall durch Nachblutung aus einer spontan geplatzten Blutcyste des rechten Ovariums. Die größte Schwierigkeit bei der Operation bilden Verwachsungen; sie sind ein viel größeres Hinderniß als beispielsweise große cystische Tumoren. Als Nahtmaterial wurde nicht Catgut, sondern ausschließlich Silkworm verwendet. Als I n d i c a t i o n e n zur Operation stellt D. folgende auf: 1. Bewegliche Ovarialtumoren; 2. Tubenschwellungen ohne wesentliche Verwachsungen; 3. Fälle mit fixirten Ovarien und Tuben nur dann, wenn die Verwachsungen den Tumor in den DOUGLAS'schen Raum hineinziehen. Contraindicirt ist die Operation in Fällen, bei welchen die Verwachsungen so innig sind, daß man in der Narkose Tuben und Ovarien überhaupt nicht deutlich fühlt, ferner bei größeren Adnextumoren, die so innig mit der seitlichen Beckenwand zusammenhängen, daß sie sehr häufig als Exsudate angesprochen werden. Vor jeder vaginalen Coeliotomie empfiehlt es sich, Alles zur ventralen vorzubereiten und für die Möglichkeit einer exacten Blutstillung Sorge zu tragen. Der ver-

tralen Coeliotomie ist die vaginale aus folgenden Gründen vorzuziehen: Die Bauchnarbe fällt im zweiten Falle weg und damit die Möglichkeit eines Bauchbruches und die Nothwendigkeit des Tragens einer Leibbinde. Schmerzhafte Verwachsungen sind ausgeschlossen, die nachträglichen subjectiven Beschwerden viel geringer, die Arbeitsfähigkeit wird viel rascher wieder hergestellt. Im Allgemeinen waren die unmittelbaren Beschwerden nach der Operation nicht größer als nach dem Cürettement; nach 12 Tagen konnten die Kranken in der Regel entlassen werden. Gegenüber der vaginalen Castration besitzt die vaginale conservirende Methode zwei Vorzüge: 1. die Operation ist ungefährlicher; 2. sie erhält der Pat. die Menstruation und den specifisch weiblichen Habitus.

Landau (Berlin): **Ueber Klemmbehandlung bei Carcinoma und Myoma uteri, bei Pyosalpinx und Beckeneiterungen.**

Vortr. gibt die Resultate des von ihm seit 9 Jahren eingeschlagenen Operationsverfahrens. Er verfügt bisher über 277 vaginale Operationen, nämlich: 112 Carcinome und Sarcome mit 8 Todesfällen, 54 Myome mit 3 Todesfällen, 109 Pyosalpinx mit 1 Todesfall, 2 acute Puerperalprocesse mit 1 Todesfall. Wenn auch diese Affectionen ätiologisch ganz verschieden sind, so spielen sie doch für die einzuschlagende Technik keine Rolle. Vortr. geht auf die Besprechung der letzteren näher ein.

Veit (Berlin): **Vaginale Operationen von Uterusmyomen.**

Die beiden Hauptfragen, warum die Myomoperation überhaupt indicirt ist, und falls sie indicirt ist, ob man von der Scheide aus oder von oben her operiren soll, können heute noch nicht endgiltig erledigt werden. Im Großen und Ganzen glaubt V., daß man heute zu weit gehe. Für den vaginalen Weg ungeeignet sind sehr große Myome und solche, die ein rasches Wachsthum zeigen, ferner diejenigen, welche mit mehr weniger großer Wahrscheinlichkeit bösartig degenerirt sind. Hingegen kommt für Myome, welche zu Einklemmungserscheinungen seitens der Blase und des Mastdarmes geführt haben, nur der vaginale Weg in Betracht. Die Hauptindication für die vaginale Operation geben Myome mit Blutungen aus dem Uterus ab. Die Entscheidung der Frage, wann man den Tumor von der Bauchhöhle aus und wann von unten her exstirpiren soll, liegt ausschließlich darin, wie viel von dem Tumor sich in's Becken hineindrücken läßt, und nicht in der Größe des Tumors. Besonders für die Privatpraxis sei es wichtig, von vornherein entschlossen zu sein, welchen Weg man wählen wird. Ba.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VII.

Discussion über Magen- und Darmoperationen.

Alsberg (Hamburg) hat in 3 Fällen 2, 8 und 16 Tage nach der Invagination die Desinvagination ohne Schwierigkeit ausführen können. Die Diagnose ist leicht und früh zu stellen wegen der kolikartigen Schmerzen, der Blutungen aus dem Mastdarm und dem in der Narkose sicher vom Rectum, bezw. von den Bauchdecken her nachweisbaren Tumor. Die Operation bietet keine Schwierigkeiten, und dennoch sind die Resultate derselben nicht immer günstig. Die Zusammenstellung von Wichmann-Kopenhagen ergibt von 138 operirten Fällen nur 18 Heilungen bei Kindern unter 10 Jahren, bei denen die Desinvagination noch möglich war. Von 22 Patienten über 10 Jahre, die im ersten Monat nach der Invagination operirt wurden, sind 3 geheilt.

Schuchardt (Stettin) hat in einem Falle den größten Theil des Magens bis dicht an die Cardia mitsammt dem infiltrirten großen und kleinen Netz exstirpirt. Von der Cardia blieb nur ein 2 bis 3 Finger breiter Zwickel bis zum Oesophagus übrig. Trotzdem war der Verlauf günstig: Pat. hat alle Schmerzen verloren und erholt sich zusehends. Die Vereinigung der beiden Enden war wegen der großen Erschlaffung des Magens leicht auszuführen.

Kocher (Bern) hat stets an der Gastroduodenostomie festgehalten und besonderen Werth auf die exacte Entfernung des Carcinoms gelegt. Die größte Bedeutung kommt der Wiederherstellung der motorischen, weniger der secretorischen Function des Magens zu. Von 14 Gastroduodenostomien sind nur 2 Operirte gestorben, die übrigen sind geheilt worden. In einem Falle von sicher nachweisbarem Carcinom besteht die Heilung schon 7 Jahre.

Wölfler (Prag): Eine Compression des Colons wird bei der Gastroenterostomia anterior mit Sicherheit zu vermeiden sein, wenn man die zu inserirende Schlinge des Dünndarms mindestens $^1/_2$ bis $^3/_4$ Meter entfernt von der Plica duodeno-jejunalis auswählt, weil bei zu kurzer Entfernung durch Dünndarm, wie durch einen Strang alles zwischen Plica und Magen Gelegene abgeschnürt wird. Alle diese Gefahren vermeidet man, wenn man bei der vorderen Insertion nach Bramann-Brenner die Dünndarmschlinge durch das Lig. colo gastricum hindurchsteckt.

Es besteht ferner noch die Besorgniß, daß der Mageninhalt einmal statt in das abführende, in das zuführende Darmende eindringt, und aus diesem Grunde hat man neuerdings wieder die Klappenbildung empfohlen. Will man die Spornbildung ausschließen, so braucht man nur nach der üblichen Anheftung das zuführende Stück des Darmes in möglichst verticaler Stellung an der vorderen Magenwand nach Abschabung der Serosa des Magens und Darmes mit einigen Nähten zu fixiren. Diese Verticalstellung des zuführenden Darmrohres verhindert die abnorme Entleerung des Mageninhaltes und die Spornbildung.

Krukenberg (Halle) berichtet über einen Fall von Gastroduodenostomie und Anlegung einer Magenfistel wegen enormer Dilatation und starker Verwachsungen des Magens bei einer 29jähr., an epileptischem Irresein leidenden Kranken.

E. **Hahn** (Berlin) berichtet über 40 Magenoperationen aus den letzten zwei Jahren, und zwar 27 Gastroenterostomien, 7 Magenresectionen, 3 Gastrostomien und 3 Lösungen von Adhäsionen. 5 Operirte sind gestorben, 1 nach ausgedehnter Magenresection, 4 nach Gastroenterostomie, und zwar 2 an Blutungen aus dem zerfallenen Carcinom, 1 an Embolie. Niemals war die Naht insufficient oder das Peritoneum entzündet. H. operirt nach Wölfler mit Einheftung in die vordere Wand, so daß die Peristaltik des Magens mit der des abführenden Darmes gleichgeht. Diese Methode hat sich durchaus bewährt. Wichtig ist, den Darm nicht zu kurz zu nehmen, das abführende Ende nach rechts zu legen und spätestens nach 24 Stunden Magenausspülungen vorzunehmen.

Die meisten Methoden der Magenresection geben eine gewisse Unsicherheit in Bezug auf den Erfolg. H. empfiehlt die nur für sehr ausgedehnte Resectionen verwendete Methode von Billroth mit Verschluß des Duodenums und Magens und Anlegung einer Gastroenterostomie. Durch dieses Verfahren werden viele von den Gefahren der Magenresection beseitigt.

Löbker (Bochum): Unter 39 publicirten Fällen von Pyloruscarcinom ist 1 Fall 4 Jahre ohne Recidiv geblieben; in 5 Fällen kam ein großes Recidiv im Magen vor. Auch L. ist auf die Billroth'sche Methode zurückgekommen. Alle Versuche von Klappenbildung sind wegen der später erfolgenden Schrumpfung illusorisch. Die Darmenden sind leichter am Colon ascendens als am Colon descendens zu vereinigen. L. hat neuerdings folgendes Verfahren eingeschlagen: Er hebt den ganzen Dünndarm an der Radix empor, macht durch diese einen Schlitz und führt von unten her die seitliche Insertion aus.

Krönlein (Zürich) hat von 55 Magencarcinomen 12 operirt, von den ersten 4 Pat. drei durch den Tod verloren, die übrigen geheilt. K. legt besonderes Gewicht auf die Auswahl der Fälle, Continuität der Naht und den Uebergang zur Aethernarkose.

Parker (London) hat von 10 Gastroenterostomien 3 Fälle verloren. Der günstige Ausgang wird hauptsächlich durch die frühzeitige Operation gesichert.

König (Göttingen) hält auf Grund der günstigen Ergebnisse von circa 40 Gastroenterostomien an der Wölfler'schen Methode fest. Niemals wurde Rückfluß der Galle beobachtet.

v. EISELSBERG (Utrecht) schlägt in Fällen mit sehr ausgedehnter Resection des Dickdarms die Heteroplastik vor, und zwar in der Weise, daß ein Stück einer Dünndarmschlinge ausgeschnitten und zwischen die beiden Enden des Dickdarms eingepflanzt wird.

—r.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 29. Mai 1895.

Vorsitzender: Prof. KOLISKO.

Dr. HOCK demonstrirt einen **Fall von Zwergwuchs** bei einem 11jährigen Mädchen.

Das Kind stammt von gesunden Eltern, welche von ziemlich hoher Statur sind; in der Verwandtschaft sind ebenfalls keine kleinen Personen.

Die beiden Eltern sind vollständig gesund, die Mutter gegenwärtig 37, der Vater 39 Jahre alt. Luetische Infection liegt nicht vor. Das Kind war schon bei der Geburt auffallend klein, der Körper fühlte sich eigenthümlich weich an, so daß die Mutter sagt, sie hätte sich förmlich gefürchtet, das Kind anzufassen. Der Kopf saß förmlich in den Schultern, das Kind entwickelte sich langsam, lernte im 3. Jahre sprechen, mit 5 Jahren gehen. In der Schule zeigte das Kind normale Intelligenz.

Es ist gegenwärtig in der 4. Classe und macht in den Schulgegenständen seinem Alter entsprechende Fortschritte. Die Sprache ist deutlich und im Klang normal. Das Kind zeigt in seinem Habitus eine Reihe von Veränderungen, die an Myxödem erinnern, besonders die ungemein verdickte Haut an den oberen und unteren Extremitäten, welche sich ganz unförmlich zeigen; dagegen ist die Temperatur normal. Der Puls ist im Gegensatz zu Myxödem beschleunigt, eine wenn auch kleine Thyreoidea ist zu fühlen.

Die Handrücken fühlen sich polsterartig an. Die Metacarpalknochen sind nicht durchzutasten. Die Schultergelenke sind beiderseits in Subluxationsstellung. In den Ellbogengelenken ist eine Streckung nur bis etwa 160° möglich. Das Fettgewebe um die Gelenke sehr reichlich. Die unteren Extremitäten zeigen eine starke Entwicklung des Fettes in der Glutäal- und Wadengegend, es besteht eine starke Lordose der Lendengegend. Die Waden sind ungemein derb, das Ansehen ist das einer Pseudohypertrophia musculorum; es zeigt sich jedoch, daß das Aufstehen ohne Beihilfe der Hände gut gelingt. Dagegen klagt das Kind über leichtes Ermüden beim Gehen. Die Epiphysenenden der langen Knochen der oberen und unteren Extremitäten sind ungemein breit und massig, besonders am distalen Ende; als Curiosum sei noch bemerkt, daß die zweite Zehe beiderseits auffallend kurz ist.

Im Gesicht zeigt sich ein auffallend hoher, harter Gaumen, flache Nasenwurzel, die Zunge ist ziemlich breit; das Kind ist ein Gradbeißer. Die Körperhöhe beträgt 105 Cm. Herztöne rein, Puls 120. Lungenbefund normal. Urin 1027, hellgelb, enthält weder Eiweiß, Nucleïn, noch reducirende Substanz. Vortr. will das Kind mit Thyreoidea behandeln.

Discussion.

Dr. Federn fragt, ob die Veränderungen an den Extremitäten nicht auf Rachitis beruhen.

Prof. Kolisko: Der Fall ist ein typischer Fall von cretinoidem Wachsthum ohne Intelligenzstörung; das Breitenwachsthum und die Kürze und Plumpheit der Epiphysen gehört zur Charakteristik dieser Krankheit, auch die Bewegungsstörungen im Schulter- und Ellbogengelenk sind auf das anomale Wachsthum der Epiphysen zurückzuführen. Die rachitischen Epiphysenveränderungen sind wesentlich verschieden, auch fehlen im gegenwärtigen Fall die Verbiegungen der langen Röhrenknochen.

Dr. FEDERN: Ueber Darmatonie.

(Erscheint in extenso.)

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 11. Mai 1895.

J. DOLLINGER: Mittelst Silberdrahtnaht geheilter Bruch des Olecranon.

Der 38jährige Pat. hat sich 3 Monate vorher den Knochenbruch durch Fall auf den Ellbogen zugezogen. Activ war nur eine geringe Beugung, Streckung nur passiv möglich. Die Heilung erfolgte per primam. Nach 5 Wochen wurde mit der passiven Bewegung des Gelenkes und Massage des Triceps begonnen. Gegenwärtig ist active Beugung bis auf 90° und Streckung bis auf 180° möglich, wodurch die Arbeitskraft wieder erlangt ist.

E. JENDRÁSSIK: Fall von Pyothorax subphrenicus und das LITTEN'sche Zwerchfellphänomen.

Die beim Pat. seit Januar d. J. bestehenden Schmerzen in der unteren Hälfte des rechten Thorax, die Volumszunahme und ödematöse Infiltration dieser Gegend, der höhere Stand der Dämpfungsgrenze, der Tiefstand der Leber, deren unterer Rand in der Höhe des Nabels zu palpiren war, ließen eine Eiteransammlung vermuthen, die durch die Probepunction bestätigt wurde. Zur Localisation führte das LITTEN'sche Zwerchfellphänomen, welches auf dieser Seite vorhanden war. Bekanntlich besteht letzteres darin, daß das mit der In- und Exspiration erfolgende Nieder- und Aufsteigen des Zwerchfells an der Thoraxwand als ein sich auf- und abbewegender Schatten wahrgenommen werden kann.

H. FELEKI: Beiträge zur Aetiologie der Harnröhrenverengerungen.

Die histologischen und endoskopischen Forschungen der letzten zwei Jahrzehnte haben dargethan, daß die durch Gonorrhoe erzeugten Stricturen nicht, wie man früher glaubte, aus Geschwüren entstehen, sondern auf Schleimhautinfiltrate zurückzuführen sind, die zu Bindegewebswucherungen Anlaß geben. Nichtsdestoweniger findet man noch heute in neueren Fachwerken ätiologische Momente für Stricturen angeführt, welche Vortr. nicht gelten lassen kann.

Die allerhäufigste Ursache der Stricturen ist bekanntlich die Gonorrhoe. Nach den verschiedenen Autoren sind 71—90% der Stricturen auf diese Ursache zurückzuführen. Vortr. fand das Verhältniß bei seinen Kranken mit 94%.

Traumatischen Ursprunges sind nach den verschiedenen Autoren 4—14·2%.

In die dritte Kategorie gehören geschwürige Processe, Durchbrüche von Abscessen und Neubildungen in den Harnröhrenwandungen.

Außer diesen drei Gruppen, deren nosogenetische Bedeutung für die Stricturen außer allem Zweifel steht, werden noch eine Reihe von ätiologischen Momenten angeführt, für die aber die genügenden Beweisgründe noch nicht erbracht sind. Solche sind:

1. Die angeborenen Verengerungen (LEBERT, LOUBEAU, THOMPSON, GÜTERBOCK u. A.). ENGLISCH hat sie studirt und zwei Formen: die klappenförmigen und die cylindrischen Stricturen, unterschieden.

Die angeborenen Klappen, als das Harnen erschwerende Entwicklungsanomalien, sind längst bekannt (HUETER, MERCIER, PHILLIPS, VELPEAU, DITTEL, BÓKAI, GRÜNFELD, WEISS).

Was aber die cylindrischen Stricturen betrifft, so weiß man nur soviel, daß bei den Erwachsenen, wo sie vorgefunden wurden, schon seit der Kindheit Harnbeschwerden bestanden, in deren Verlauf sich die Strictur entwickelte. Dieselben wurden weder anatomisch, noch endoskopisch untersucht. Sollten solche Verengerungen wirklich auf entwicklungsgeschichtlicher Grundlage beruhen, so würden sie richtiger als angeborene Stenosen zu bezeichnen sein. Vortr. führt aus, daß ein großer Theil dieser sogenannten angeborenen Stricturen als Folgezustand von in der Kindheit durchgemachter Blennorrhoe aufzufassen sind. Er selbst hat Fälle gesehen, wo anerkannte Fachmänner angeborene Strictur diagnosticirt haben, während man in der Harnröhre die nach der Entzündung zurückgebliebenen Veränderungen constatiren konnte.

2. Abnorme Harnbeschaffenheit, insbesonders die harnsaure Diathese, wird von einzelnen amerikanischen, englischen und deutschen Chirurgen als Ursache der Verengerung angeführt. Eine auf solche Weise zu Stande gekommene Strictur ist von MEISSELS beschrieben. DITTEL sah aus dieser Ursache nur eine spastische Verengerung zu Stande kommen. Die mitgetheilten Krankengeschichten beziehen sich auf Frauen, bei denen die Autoren eine Gonorrhoe ausschließen zu können glaubten. Vortr. hat zahlreiche Harnröhrenuntersuchungen bei Gichtkranken gemacht, ohne einer auf Gicht zu beziehenden Strictur begegnet zu sein.

3. In älteren, aber selbst in NEUMANN's Werke (1888) findet man Dyskrasien (Scropulose) als Ursache von Stricturen angeführt. Sowohl für diese, als auch

4. für die geschlechtlichen Excesse, Masturbation, läßt sich keine einzige stichhältige Beobachtung anführen, welche die auf diese Weise zu Stande gekommene Verengerung beweisen würde. Vortr. zweifelt nicht daran, daß die meisten dieser Fälle auf frische Gonorrhoen zurückzuführen sind, wenngleich auch er nicht die Möglichkeit angeborener Stricturen leugnet. Jedenfalls sind sie viel seltener, als gewöhnlich angenommen wurde, und muß vorangegangene Gonorrhoe — die eventuell auch in der Kindheit überstanden wurde — mit Sicherheit ausgeschlossen sein. n.

Notizen.

Wien, 22. Juni 1895.

(Der Alexianer-Proceß.) Ein Schrei der Entrüstung geht durch die civilisirte Welt. Wie eine Mähr aus mittelalterlichen Zeiten erscheint der Inhalt einer Brochure, die ein wackerer Bürger, Mellage, über die Zustände im Alexianerkloster Mariaberg zu Aachen veröffentlicht hat, welches eine von den Klosterbrüdern geleitete Irrenanstalt birgt. Schwere Mißhandlungen und ungenügende Kost werden als nicht allzu seltene Ursachen des Todes von Kranken bezeichnet, die durch Eintauchen in Eiswasser, Stehen am glühenden Ofen „behandelt" worden sind. Hiezu kommt der in der Brochure ausgesprochene Vorwurf, die Alexianer hätten vollständig gesunde Personen, die Anderen unbequem geworden waren, gewaltsam in der Anstalt zurückgehalten und mißhandelt. Die Verhandlung, welche gegen Mellage wegen Beleidigung der Alexianer geführt wurde, endete mit glänzendem Freispruche des Beklagten, der den Beweis der Wahrheit seiner Anklagen voll und ganz erbracht hat. Dieselbe hat ein entsetzliches Bild der Rohheit der Klosterbrüder sowohl, wie der Unfähigkeit und Pflichtvergessenheit der Aerzte der Anstalt, Dr. CAPELLMANN und Dr. CHANTRAINE, entrollt, ein Bild, welches durch das sichtliche Bestreben der Sachverständigen der Staatsanwaltschaft, die Aerzte zu entlasten, keine helleren Farben erhält. — So hat denn diese Affaire wieder einmal dazu beigetragen, das ärztliche Ansehen schwer zu schädigen; denn was soll von Aerzten gesagt werden, welche die ihrem Schutze anheimgegebenen Kranken den rohen Händen ungebildeter Laien überlassen und sich einfach um die Patienten nicht kümmern? Die preußische Regierung hat eine eingehende Untersuchung eingeleitet und die Anstalt gesperrt. Medicinalrath Dr. TROST, in dessen Amtsressort die Ueberwachung von Mariaberg fällt, wurde in schroffer Form dienstesentlassen. Wie ein Mann fordert die gesammte deutsche Presse rücksichtslose Bestrafung der Schuldigen und strenges Festhalten an den die Irrenpflege betreffenden Verordnungen, nach welchen nur psychiatrisch gebildete Aerzte die Leitung solcher Anstalten führen dürfen.

(Die Stellung des Arztes in der Armee.) In einer der letzten Sitzungen der k. Gesellschaft der Aerzte in Budapest hielt, wie uns aus der ungarischen Hauptstadt geschrieben wird, Dr. KONTUR einen bemerkenswerthen Vortrag über dieses vielfach besprochene Thema. Er beklagte es, daß sowohl in der gemeinsamen, wie in der Honvéd-Armee die Militärärzte nicht derselben Behandlungsweise theilhaftig werden, wie die übrigen Officiere. Die Militärärzte folgen in der Rangliste den anderen Officieren; sie werden nicht mit den Ehrenbezeugungen empfangen, wie die Combattanten, sie haben keine Dienstesabzeichen. Gehen die Militärärzte nach langem und anstrengendem Dienste in Pension, so werden sie in den seltensten Fällen ausgezeichnet, während die combattanten Officiere nach einer bestimmten Anzahl von Dienstjahren das Militär-Verdienstkreuz bekommen und ihnen auch wohl der Adel verliehen wird. Eine Consequenz dieser Aeußerlichkeiten sei es, daß die Officiere den Militärarzt nicht respectiren und ihn nur als blindes Werkzeug betrachten, dessen Gutachten der Commandant nach Gutdünken beachtet oder auch ignorirt. Der Vortr. erklärte es für wünschenswerth, daß sich die Aerzte über diese zuweilen empörenden Zustände äußern. — Diesem Wunsche wurde in der Discussion Rechnung getragen, in welcher ein Redner die Schilderung des Vortragenden zu grell fand und auf die Besserung der Position der Militärärzte durch Uebertragung des Commandos der Militär-Sanitätsanstalten verwies. Diese Position hänge im Uebrigen von der Individualität, zumal den Fähigkeiten und dem Bildungsgrade des Militärarztes, ab, eine Bemerkung, deren Richtigkeit Dr. KONTUR zugab, es bedauernd, daß der Arzt sich erst eine Position schaffen müsse, die dem Combattanten ohne Weiteres zugestanden werde. Andere Redner erklärten die Stellung des Arztes in der Armee für unwürdig und verlangten Verbesserung derselben durch die Delegationen.

(Auszeichnungen.) Die Hofräthe ALBERT und v. DITTEL in Wien sind zu Ehrenmitgliedern der „Société belge de chirurgie" ernannt worden. — Dem San.-R. Dr. J. HOISEL, Chefarzte des Militär-Curhauses in Rohitsch Sauerbrunn, ist das Commandeurkreuz des serbischen St. Sava-Ordens, dem Stadt- und Krankenhausarzte Dr. JOSEF HORNER in Böhm.-Zwickau in Anerkennung seiner vieljährigen verdienstlichen ärztlichen und humanitären Wirksamkeit das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen worden.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Professor der Physiologie an der deutschen Universität in Prag, Hofrath Dr. E. HERING, wurde an Stelle des verstorbenen Prof. LUDWIG an die Universität Leipzig berufen. — Die Privatdocenten Dr. HUGO REX (Anatomie), Dr. JULIUS POHL (Pharmakologie und Pharmakognosie) und Doctor EUGEN STEINACH (Physiologie) sind zu a. o. Professoren an der deutschen Universität in Prag ernannt worden. — Der Privatdocent für Augenheilkunde an der Universität Budapest, Dr. WILHELM GOLDZIEHER, ist zum a. o. Prof. ernannt worden. — Die Doctoren SCHÜLE und REERINCK haben sich als Privatdocenten für innere Medicin, bezw. für Chirurgie an der Universität Freiburg, Doctor TH. AXENFELD für Augenheilkunde an der Universität Marburg, Dr. GRIGORJEW für pathologische Anatomie an der militär-medicinischen Akademie zu St. Petersburg habilitirt. — Die Privatdocenten der Universität Heidelberg Dr. HERMANN KLAATSCH (Anatomie) und Dr. MAX DINKLER (innere Medicin) sind zu außerordentlichen Professoren ernannt worden.

(Congresse.) Der II. internationale Congreß für Geburtshilfe und Gynäkologie findet in der ersten Septemberhälfte 1896 in Genf statt. Auf dem Programme stehen folgende Themen: 1. Häufigkeit und Arten der Beckenverengerung in verschiedenen Ländern. 2. Operative Behandlung des retrovertirten Uterus. 3. Behandlung der Beckeneiterungen. 4. Arten der Bauchwandnaht. — Der II. französische medicinische Congreß wird am 8. August in Bordeaux eröffnet werden. Folgende Themata stehen zur Berathung: 1. Die infectiöse Myelitis. 2. Die pathologischen Beziehungen zwischen Leber und Darm. 3. Antithermische und analgetische Mittel. — Der italienische Congreß für innere Medicin tagt im October in Rom. Hauptgegenstand der Verhandlungen bildet die Serumtherapie. — Der IX. französische Chirurgen-Congreß wird am 21. October dieses Jahres in Paris unter BÖCKEL's Leitung eröffnet werden. Zur Discussion gelangen folgende Themen: 1. Chirurgie der Lungen (mit Ausschluß der Pleura); 2. operatives Eingreifen bei Continuitätstrennungen der Knochen (Schädel und Wirbelsäule ausgenommen).

(Verurtheilung eines Arztes wegen fahrlässiger Tödtung.) In Berlin ist dieser Tage ein Arzt zu einem Monat Gefängniß verurtheilt worden, weil er einer Patientin eine wässerige Lösung von 6·0 Grm. Chloralhydrat mit der Signatur: „In zwei Portionen vor dem Schlafengehen zu nehmen", verschrieben hatte. Der Angeklagte verantwortet sich dahin, es liege ein Mißverständniß vor, da er der Pat. verordnet habe, die Hälfte der Lösung (= der Maximaleinzeldosis) zu nehmen. Trotz des dem Beklagten günstigen Gutachtens des Sachverständigen Prof. STRASSMANN,

der darauf verwies, daß Todesfälle bei Dosen unter 8 Grm. Chloral als Ausnahmen zu betrachten seien, erfolgte die Verurtheilung.

(Aerztlicher Antisemitismus.) Der „Münchener med. Wochenschr.“ wird folgender Zeitungsausschnitt eingesendet: Ein menschenfreundlicher Arzt ist Dr. B. in Peine (Provinz Hannover). Derselbe veröffentlicht in der „Peiner Ztg.“ vom 19. Mai d. J. ein Inserat, in welchem er die Eröffnung einer Poliklinik anzeigt und dabei bemerkt, daß Unbemittelte unentgeltlich behandelt werden. Er fährt dann in dem Inserat wörtlich fort: „Ausgeschlossen von dieser freien ärztlichen Behandlung sind: 1. Solche, welche ein Honorar bezahlen können; 2. Mitglieder von Krankencassen; 3. Kranke, welche z. Z. schon in ärztlicher Behandlung sind; 4. Juden. — Ein weiterer Commentar erscheint überflüssig.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Budapest der Primararzt des Rochus- und Rothen Kreuz Spitales, Doc. Dr. ANDREAS TAKÁCS, 47 Jahre alt, ein auf dem Gebiete der Nervenpathologie erfolgreicher Forscher und Arzt; in Lussin-piccolo der praktische Arzt Doctor RUDOLF HOLZSCHUH, im 30. Lebensjahre; in Hannover San.-R. Dr. HARTWIG, Director der Provinzial-Hebammenschule, früher Docent für Gynäkologie in Göttingen; in Paris der berühmte Chirurg Prof. ARISTIDES VERNEUIL, 72 Jahre alt.

Das Lipiker Thermalwasser bildete auf dem heurigen ungarischen Balneologen-Congreß den Gegenstand einer eingehenden wissenschaftlichen Studie, indem die Leiter des poliklinischen Laboratoriums sowohl auf den Budapester Universitäts-Kliniken als auch in den dortigen Spitälern Versuche anstellten, welche sich auf die physiologischen Wirkungen des in den Lipiker Thermen in überaus reichlicher Menge vorkommenden Natrongehaltes (bei einer Temperatur von 64°) bezogen. Die Resultate waren außerordentlich günstige und lieferten den Nachweis, daß das Thermalwasser nicht nur die Peristaltik des Magens und Darmcanals günstig anregte, sondern auch die Nierenthätigkeit auffallend beeinflußte. Nebst anhaltender Steigerung der Diurese zeigte sich eine auffallende Vermehrung des Harnstoffes und der Harnsäuremengen, wodurch auch der gesammte Stoffwechsel in erhöhtem Maße vor sich ging. Die in tabellarischer Form veröffentlichten Versuche erhärteten dergestalt in theoretischer und klinischer Weise die längst bekannte Wirkung der Lipiker Thermen gegen catarrhalische Zustände aller Art und besonders gegen rheumatische und gichtische Leiden. Die Lipiker Thermen stehen demnach, abgesehen von ihrem Jodgehalte, wegen der eben genannten therapeutischen Wirkung an erster Stelle unter allen europäischen Quellen. Der Curort selbst gewährt durch seine klimatischen Verhältnisse, seine grossen Parkanlagen und seine Einrichtungen modernster Art einen in jeder Richtung vortrefflichen und angenehmen Aufenthalt.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect über die therapeutische Wirkung des **Ingestol** (Zimmermann), welchen wir der geneigten Beachtung unserer Leser empfehlen.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Nr. 26. Sonntag den 30. Juni 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Gemüthsarten (Temperamente).

Von **Prof. M. Benedikt** in Wien. *)

Wir haben die Bedeutung der Stimmung für das jeweilige Seelenleben mehrfach geschildert. Es gibt aber Grundstimmungen, die zu den Dauereigenschaften der einzelnen Menschen gehören, und diese werden als Gemüthsarten oder Temperamente bezeichnet. Diese Eigenschaften berühren entweder nur einzelne Seiten des Seelenlebens, z. B. das Empfindungsleben, oder mehrere oder das ganze Seelenleben.

Eine dieser Gemüthsarten ist die Schwermüthigkeit (melancholisches Temperament). Es betrifft eigentlich nur das Gefühlsleben und beeinflußt nur folgeweise die Thätigkeit und das Denken.

Frohmüthigkeit und heitere Gemüthsart bilden den Gegensatz zur Schwermüthigkeit. Die Frohmüthigkeit artet leicht in Leichtmüthigkeit aus, welche alle die Grundstimmung störenden Eindrücke bei Seite drängt, und den höchsten Grad derselben stellt der Leichtsinn dar, der die ganze Denk-, Gefühls- und Thätigkeitsweise beherrscht.

Die flüchtige Uebererregbarkeit (sanguinisches Temperament) stellt einen Zustand von Uebererregbarkeit dar, dessen Wirkungen sich aber leicht verflüchtigen, ohne dauernde Spannung zurückzulassen. Der Volksmund spricht von „Strohfeuer".

Diese seelische Eigenschaft wirkt vorzugsweise auf die Einbildungskraft und das Gefühl und selten dauernd auf die Thätigkeit; sie tritt ausgesprochener im kindlichen und jugendlichen Alter auf und bei Erwachsenen manchmal — besonders im Vermögensleben — wahrhaft als Volks- oder Völkerkrankheit, große Verheerungen anrichtend.

Die Mißmuthigkeit (cholerisches Temperament) stellt eine Grundstimmung dar, bei der der Betroffene durch äußere Reize und Vorkommnisse leicht dem Aerger bis zur Aergersucht, verfällt und dadurch leicht zornmüthig bis zum Toben werden kann.

Aus der Aergersucht entwickelt sich, wie das Trinkbedürfniß beim Säufer, leicht ein geradezu unstillbares Aergerbedürfniß. Eine edle Abart dieser Mißmuthigen sind die Entrüstungsfähigen, die aber nur zu leicht zu Entrüstungssüchtigen werden, indem sie sich bei jedem Aergerniß bis zur Siedhitze aufregen. Sie wirken im öffentlichen Leben meist sittlich-wohlthätig, wenn sie auch häufig zur Unzeit über's Ziel schießen und mit den Auswüchsen manche edle Anpflanzung zerstören. In der Seelenkunde des „Motiven-Anarchismus" spielt diese Entrüstungssucht eine große Rolle.

Die fortwährende Aufregungssucht führt sittlich schlecht angelegte Naturen dazu, sich geradezu Opfer auszusuchen, an denen sie ihr „Müthchen" kühlen, und daraus geht z. B. der tolle „Antisemitismus" Jener hervor, die sich jahraus jahrein im Vorhofe des Zuchthauses und des Irrenhauses herumtummeln und nicht hineinkommen, weil ihr Nichtgezügeltwerden im Interesse anderer rechtsvergessener Kreise gelegen ist.

Die Stumpfmüthigkeit (phlegmatisches Temperament) bezieht sich auf Schweranregbarkeit sowohl des Denkund des Gefühlsvermögens, als der Thätigkeitsfähigkeit.

Im Gegensatze dazu steht die Eigenschaft, die der Volksmund als Schneidigkeit verzeichnet. Sie kennzeichnet sich dadurch, daß die Eindrücke rasch zu einem Entschlusse verarbeitet werden und diesem die Ausführung der That rasch und mit voller Entschiedenheit folgt.

Mit den genannten Formen des Grundgestimmtseins ist die Anzahl nicht erschöpft.

Wir erinnern an die Leidenschaftlichkeit (leidenschaftliches Temperament) als Stimmungs- und Erregbarkeitsanlage und Gemüthsart.

Es gibt ebenso eine „muthige" und eine „ängstliche" Gemüthsart. Bei dem Muthigen drängen die Sehnsucht nach dem Ziele, der Drang nach Thätigkeit und die

*) Aus dem unter der Presse befindlichen Werke des Verf.: „Die Seelenkunde des Menschen" (Leipzig, Reisland).

Sehnsucht nach Erregungen und Anregungen die Zweifelung, die Vorstellungen der Gefahren zurück. Der Muth wird leicht zum Uebermuthe, bis zum Leichtsinne.

Bei dem Aengstlichen tauchen zunächst die Zweifel, die Gefahren und die Möglichkeit schlechter Folgen im Bewußtsein auf; es entstehen hemmende Unlustgefühle und die Thätigkeit wird gelähmt.

Eine Abart der ängstlichen Gemüthsart ist die Krankheitsängstlichkeit (hypochondrisches — wörtlich unterknorpeliges oder unterrippiges (!!) Temperament). Sie beruht auf Ueberempfindlichkeit für Binnen-Gefühle und führt zum Krankheitswahne (Hypochondrie). Ist nämlich einmal die genannte Ueberempfindlichkeit entwickelt, so genügt die Vorstellung einer Krankheitserscheinung, um ein bestimmtes Krankheitsgefühl zu erzeugen. Unbestimmte, unangenehme Binnengefühle erzeugen den Krankheitswahn leichter als bestimmte und starke.

Als weitere Formen von Grundstimmungen sind auch die Schwarzseherei (Pessimismus) und die Rosigseherei, die Hoffnungsseligkeit und die Zufriedenheitssucht (Optimismus) anzusehen. Es liegen hier theils angeborene, theils durch Schicksalsungunst oder Gunst erworbene Zustände vor. Der Unglückliche wird leicht „Pessimist", der Glückliche „Optimist". Doch sehen wir durch die Kraft der Anlage oft trotz Unglück ungebeugte Hoffnungsfreudigkeit und trotz Glück unerschütterliche Schwarzseherei.

Die „Weltschmerzelei" ist jedoch meist ein Kunsterzeugniß, womit verkannte Genies und einseitige Gefühlsmenschen ihr Inneres wollüstig aufregen.

Man sieht, in das Gebiet der Gemüthsarten (Temperamente) gehören eigentlich alle verschiedenen Dauerzustände der Anregbarkeit und des Angeregtseins.

Die angeborenen Grundeigenschaften der Nerven und auch des Gehirns der Einzelnen und der Massen können durch große Zeitverhältnisse und Umstände eine mehr oder minder andauernde Veränderung erleiden und das „Temperament", d. i. das Grundgestimmtsein, verändern.

Große Erschütterungen des Wohlstandes und der öffentlichen Angelegenheiten (ökonomische und politische Krisen), Erschütterungen lange herrschender Meinungen und tief eingewurzelter Gefühle, welche große Umwälzungen des Seelenlebens bedingen, ferner Erschütterungen der Lebensbedingungen durch neue Erzeugungsweisen und Veränderungen der Bedürfnisse und der Bezugsquellen, ferner erschütternde Naturereignisse, verheerende Volkskrankheiten u. s. w. können die Formen der Grundstimmungen wesentlich ändern.

Der Muthigste kann ängstlich, der Vertrauensselige mißtrauisch und gallsüchtig, der Rosigseher ein Schwarzseher, der Glaubensgewohnte ein Zweifler werden u. s. w.

Umgekehrt bewirken langdauernde Erfolge unübersehbaren „volkswirthschaftlichen Aufschwungs" allgemeine Abblendung der Vernunft, des Gewissens und der Thätigkeitsrichtung. Der Aengstliche wird tollkühn, der Schwarzseher wirft alle Zweifel bei Seite, der Besonnene verliert alle Ueberlegung, der Schweranregbare ergibt sich in wechselnder Hast allen flüchtigen Anregungen.

Alter und Geschlecht haben einen hervorragenden Einfluß auf die Dauererregbarkeit und somit auf die „Temperamente". Die Jugend geräth leicht in Strohfeuer, das hohe Greisenalter wird schwer anregbar oder der Greis wird mißtrauisch, grämlich, hochgradig ärgerbar. Shakespeare hat uns in Lear ein großartiges Bild des „cholerischen" Greises geliefert.

Auf den Einfluß des Geschlechtes kommen wir im Abschnitte „Die Frauenfrage" zurück.

Daß wir die fremdsprachigen Bezeichnungen für diese verschiedenen Stimmungs- und Erregungsanlagen bis heute beibehalten haben, ist ein wahrer Scandal! Sie stammen aus einer Zeit, in der diese Arten von Grundgestimmtsein auf Körpersäfte sozusagen als Seelengifte bezogen wurden. So war „schwarze Galle" die Ursache der Schwermuth und Schwermüthigkeit (Melancholie), überschüssige Galle Ursache der Aergerbarkeit, Blutreichthum (Sanguinismus) die Ursache flüchtiger Ueberanregbarkeit und Schleimreichthum (Phlegma) die Ursache der Schweranregbarkeit. Die Anschauungen erkennen wir als unsinnig, albern an; ihre Sprachergebnisse behalten wir aber bei! Ist dies irgendwie zu rechtfertigen? Es ist eine Beleidigung für den Geist der „classischen" Völker, wenn wir unter der Flagge ihrer Sprache jeden Unsinn für erlaubt halten. Jede ausgebildete Sprache hat zahlreiche abgestufte Ausdrücke und bildliche Bezeichnungen für alle diese verschiedenen Stimmungs- und Erregbarkeitsanlagen. Der Volksmund sprudelt wahrhaft von Geist und die Gelehrtenzunge soll ewig dürre bleiben!

Durch den Gebrauch der eigensprachlichen Ausdrücke werden immer das Wesen, die Abstufungen und die Beziehungen verläßlich ausgedrückt, während der Gebrauch todter Sprachen zur geistigen Verschwommenheit, zu Verirrungen, zur Verwirrung und zu schwindelhaftem Mißbrauche führen.

Ein Beitrag zur Frage vom

Zusammenhang zwischen der Mikrophakie und der sogenannten „spontanen" Linsenluxation.

Von **Dr. Bohuslav Fiala** in Prag.

Im September 1893 erschien in den „Klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde" eine Arbeit von Dr. Mitvalsky in Prag unter dem Titel „Mikrophakie und deren klinische Bedeutung", in welcher Mitvalsky bestrebt ist, die bis jetzt unbekannte Ursache der spontanen Luxationen von durchsichtigen, früher normal functionirenden Linsen, speciell deren Luxationen in die Vorderkammer, auf eine anatomisch und klinisch leicht begreifliche Weise klarzulegen. — Die spontane Luxation einer cataractösen Linse in deren hypermaturem Stadium in den Glaskörper ist leicht begreiflich und längst erklärt. Zur Entstehung einer spontanen Luxation der durchsichtigen Linse wurde von Becker eine Lockerung der Zonula Zinnii als Vorbedingung festgestellt, welche nach Becker am meisten bei Glaskörperverflüssigung vorkommt; der von dem verflüssigten Glaskörper auf die Zonula ausgeübte Einfluß soll aus dem genetischen Zusammenhange zwischen beiden ersichtlich sein; eine und dieselbe Ursache könne die Glaskörperverflüssigung und Auflösung der Zonula zur Folge haben. Was für eine Ursache das sein soll, sagt Becker nicht; es ist also seine Erklärung sichtlich nicht genügend.

Mitvalsky sucht in der oben angegebenen Arbeit diese Ursache in einer congenitalen Anomalie der Linse, in der Mikrophakie, unter welchem Begriffe er solche Linsen subsumirt, die in sonst wohlerwachsenen Augen in ihrem Größenwachsthum zurückgeblieben und zu klein gestaltet sind.

Die Größe der Linse, welche durchschnittlich einen Centimeter Durchmesser beträgt, kann übrigens von dem Normalmaße je nach der Größe des Auges oder richtiger nach dem Durchmesser des Ciliarkörperringes mehr weniger abweichen, normalerweise ist die Linse mit ihrem Rande von den Ciliarkörperfortsätzen circa 0·4 Mm. entfernt. So findet man eine kleinere Linse bei einer Mikrocornea, wo die Sclerocornealzone verschmälert ist, ohne daß das Auge beträchtlich verringert wäre, bei Mikrophthalmus, wo der Bulbus im Ganzen kleiner geblieben ist, aber in diesen Fällen darf man nicht von einer Mikrophakie sprechen. — Es gibt wohl allmälige Uebergänge von einer normalen zu einer mikrophakischen Linse.

Eine Mikrophakie höheren Grades ist klinisch nach Mitvalsky ganz recht kenntlich durch das Vertieftsein der Vorderkammerperipherie, durch Iridodonesis und eventuell durch Sichtbarsein des Linsenrandes bei Mydriase.

Dieselbe kann bei Leuten, welche sich körperlich nicht anstrengen, ohne alle Symptome sein und deswegen unerkannt

bleiben; ganz anders geht es aber mit einer mikrophakischen Linse bei Leuten, die intensivere körperliche Bewegungen bei ihrer Beschäftigung ausführen müssen und dabei einer großen Anstrengung bei verschiedenen Körper- und Kopfstellungen ausgesetzt werden. Durch die bei der Arbeit zu Stande kommenden, wenn auch minimalen Erschütterungen der Linse werden zahlreiche Zonularfäserchen gezerrt und bersten, wodurch bedeutendere Excursionen der Linse bei den Augapfelbewegungen zu Stande kommen, auf welche aber wieder der Glaskörper mit Verflüssigung antwortet. Das eventuelle Endresultat kann in einer Linsentrübung, welche manchmal mit einer Netzhautablösung complicirt wird, bestehen. Ein anderes Endresultat ist nun dasjenige, daß die Lockerung der Zonula Zinnii weiter schreitet, bis endlich in einem bestimmten Lebensalter bei einer passenden Gelegenheit, welche meistens in einer bedeutenderen Körpererschütterung — speciell, wenn das betreffende Individuum mit dem vornübergeneigten Kopfe gegen dunkeln Boden schaut — besteht, eine Luxation der noch klaren oder schon getrübten Linse in der Vorderkammer zu Stande kommt, welches Ereigniß unter dem Namen der „spontanen Linsenluxation in die Vorderkammer" circulirt.

Für beide diese Ereignisse führt MITVALSKY in der oben citirten Arbeit Beispiele an.

In einem seiner Fälle handelte es sich um einen 40jähr. Bauer, welcher bei einem sonst normalen Bulbus ohne besondere Ursache bei seiner gewöhnlichen Ackerarbeit eine spontane Linsenluxation in die Vorderkammer acquirirt hatte, die extrahirte Linse hatte 7 Mm. Breiten-, 4·5 Mm. Dickendurchmesser bei einer ganz zarten Kapsel.

Der zweite Fall MITVALSKY's einer typischen Mikrophakie, betraf ein 36jähr. Weib, bei welchem in Folge der Alteration der Linse und des Glaskörpers cataractöse Trübung der mikrophakischen Linsen an beiden Augen, links noch eine Netzhautablösung unten zu Stande gekommen war. Bei der Extraction der linksseitigen Linse fand man die klinische Diagnose der Mikrophakie in vollem Maße bestätigt, indem die extrahirte getrübte, geblähte Linse in frischem Zustande bei einer prall gespannten, zarten und glatten Kapsel einen Durchmesser von nur 8 Mm., die Dicke von 3 Mm., eine sonst ganz normale Form und den Linsenrand ganz stumpf zeigte; das übrige Auge ganz normal gebaut, sein Ciliarkörperring betrug circa 1·3 Cm. Durchmesser.

Einen dritten Fall einer schon klinisch diagnosticirten Mikrophakie, bei welchem es zur spontanen Linsenluxation gekommen war, und welcher die früheren Behauptungen MITVALSKY's über das Verhältniß der Mikrophakie zur spontanen Linsenluxation vollends bestätigt, erlaube ich mir hier mitzutheilen.

J. N., 28jähriger Lithograph und Photograph aus P., ist ohne hereditäre Belastung, körperlich sonst ganz gesund. Vor mehreren Jahren hatte er eine Verbrennung seines linken Auges erlitten, wobei auch das rechte Auge etwas mitangegriffen worden war, weshalb er sich das stark beschädigte linke Auge enucleiren ließ. In der zweiten Hälfte December 1893 bemerkte er, indem er seiner gewöhnlichen Beschäftigung nachging, eine plötzliche Herabsetzung des Sehvermögens, welche ihm die Arbeit absolut unmöglich machte, doch konnte er sich noch auf der Gasse allein orientiren. Allmälig wurde jedoch das Sehvermögen noch schlechter, so daß es ihm schließlich gar nicht möglich wurde, allein auf der Gasse herumzugehen. In solchem Zustande kam er in die Ordination des Doc. Dr. MITVALSKY, wo am 20. Januar 1894 der folgende Befund constatirt wurde.

Bei dem mittelmäßig genährten Pat. sehen wir die linksseitige Augenhöhle in Folge der seinerzeit ausgeführten Enucleation leer, rechterseits finden wir folgenden Befund: Gefäße der Bulbusbindehaut mäßig injicirt, Tension unbedeutend erhöht (etwa $T + ^1/_2$). Bulbusgröße ganz normal. Hornhaut nicht abgeflacht, mit peripher gelegenen, durch die vor Jahren stattgehabte Verbrennung verursachten Trübungen, auf der Hornhautunterfläche keine Präcipitate; Hornhautdurchmesser etwa 12 Mm. Die Vorderkammer in der unteren Hälfte verengt, während die obere Hälfte ziemlich vertieft erscheint. Die Regenbogenhaut, auf einen ziemlich schmalen Streifen reducirt, zeigt einen ockergelblichen Farbenton, ihre Structur ist jedoch überall erhalten. Die untere Hälfte derselben ist durch die an dieselbe angelehnte Linse bedeutend nach vorn geschoben und straff angespannt, währenddem die obere Hälfte derselben bei Bulbusbewegungen flottirt. Die Pupille ist durch die nach unten herabgesunkene und mit ihrem oberen Peripherieumfange in der Vorderkammer bis zur Hornhauthinterfläche hervorragende luxirte Linse maximal erweitert. Die Pupille wird durch den Linsenrand in zwei Partien geschieden, deren untere zwei Pupillardrittel betragende von der oberen Linsenhälfte eingenommen wird, während die zweite, das obere Pupillardrittel einnehmende Partie aphakisch ist und bei gewöhnlicher Lidlage vom Oberlide gedeckt wird. An zweien, diametral entgegengesetzten Stellen sieht man den Pupillenrand an die durch die Pupille hindurchgedrängte Linsenkapsel mit Synechien angeklebt. Bei ausgiebigeren Bulbusbewegungen flottirt auch die Linse mit. Bei focaler und noch besser bei ophthalmoskopischer Untersuchung findet man subcapsuläre, frische, cataractöse Veränderungen. Mit dem Ophthalmoskop finden wir durch die aphakische Pupillenpartie den Glaskörper verflüssigt und mit ziemlich zahlreichen, flockenförmigen Trübungen versehen. Ophthalmoskopische Untersuchung durch die linsenhaltige Pupillenpartie ist wegen der Linsentrübung unmöglich. Die Papille nicht zu finden. — Bei excentrischer Fixation werden durch die obere aphakische Pupillenpartie Finger in der Entfernung von 0·5 M. gezählt.

In Anbetracht des Befundes und auf Grund der früheren Beobachtung war es klar, daß es sich im gegebenen Falle wieder um eine Mikrophakie handelt, wo es im Laufe der Jahre zur Lockerung der Zonula Zinnii kam, wodurch die Linse beweglicher geworden war und durch ihre flottirenden Bewegungen die Verflüssigung des Glaskörpers veranlaßte. In einem späteren Stadium kam es nun bei einer vielleicht etwas ausgiebigeren Bewegung zur incompleten Luxation der flottirenden Linse in die Vorderkammer. Wahrscheinlich dürfte im Momente des Vorganges auch eine genug starke, functionelle Mydriase dazu mit beigetragen haben. Unter diesen Umständen mußte auch die Ernährung der Linse leiden, was cataractöse Trübungen derselben verursachte. Die in die Vorderkammer durch die Pupille mit ihrer oberen Hälfte hervorragende Linse veranlaßte mäßige, entzündliche Veränderungen der Regenbogenhaut, welche zu zwei Synechien mit der Linsenkapsel führten.

Am 21. Januar 1894 wurde wegen einer möglichen Gefahr der Drucksteigerung und in Folge derselben entspringenden Glaukomattaque zur Extraction der luxirten Linse geschritten. Der Hornhautschnitt wurde in derselben Weise wie bei der einfachen Cataractextraction geführt. Gleich nach der Vollführung des Hornhautschnittes schlüpfte nun die getrübte Linse heraus. Sie war durch die Quetschung durch die Wundlippen abgeflacht und so betrug ihr Durchmesser gleich nach der Extraction etwa 8 Mm., ihre Dicke 3·5 Mm. Ihre Corticalmassen waren erweicht, ihre Kapsel jedoch gespannt und zart, die Form ganz normal, der Linsenrand ziemlich stumpf.

Es handelte sich also in diesem Falle wirklich um eine Mikrophakie mit deren bereits oben angeführten Folgen, die in einer incompleten spontanen Linsenluxation in die Vorderkammer culminirten.

Für die Extraction war es angenehm, daß die erwähnten Synechien die Linse vor dem Herabgleiten in den Glaskörper schützten.

Daß es sich in diesem Falle nicht um eine Verkleinerung der Linse durch Resorption der corticalen erweichten Linsenmassen gehandelt hatte, beweist das Prallgespanntsein und die Zartheit der Kapsel.

Durch diesen Fall wird ein kleiner Beitrag dazu geliefert, die „unbekannte" Ursache, welche der Glaskörperverflüssigung

als einer der gewöhnlichsten Vorbedingungen der zur Spontanluxation nöthigen Lockerung der Zonula Zinnii zu Grunde liegt, durch Mikrophakie zu erklären. Ob die Mikrophakie immer zu diesem Vorgange nöthig ist, müssen weitere Erfahrungen feststellen. Auf Grund dieser und der oben erwähnten, analogen Fälle MITVALSKY's kann man behaupten, daß Mikrophakie derzeit als die einzige begreifliche Ursache der spontanen acquirirten Linsenluxation in die Vorderkammer wie auch in den Glaskörper angesehen werden muß.

Ueber Darmatonie.

Von **Dr. S. Federn** in Wien.

(Fortsetzung.)

Ich habe vor 4 Jahren meine Arbeit über partielle Darmatonie veröffentlicht und darin meine Methode der Dickdarmpercussion genau angegeben; ich weiß, daß sie bis heute auf den Kliniken hier oder anderwärts weder geübt, noch gelehrt wird, und doch kann ich nicht annehmen, daß ein Kliniker eine physikalische Untersuchungsmethode nicht einund ausübt, weil sie Zeit und Geduld erfordert; es kann also nur daran liegen, daß die Kliniker an die von mir erreichten Resultate nicht glauben; es bleibt dies zwar immer eine Vorwegnahme der Kritik, die nicht wissenschaftlich ist, sie müßten erst die Methode üben, und dann könnten sie einen Schluß auf die Resultate ziehen; der Mensch ist aber einmal so, man unterzieht sich erst dann einer etwas mühsamen Aufgabe, wenn man sich der Resultate sicher glaubt; darum erlauben Sie mir, Ihnen historisch mitzutheilen, wie ich diese Methode durch 20jährige Arbeit gefunden habe. Bald nachdem ich Secundararzt geworden, kamen 2 Fälle auf die Abtheilung, die mir ganz gleichartig schienen; sie wurden aber vom Primarius ganz verschieden behandelt; der eine mit Abführmitteln und kalten Klystieren, der andere mit Opium; der mit Abführmitteln Behandelte wurde gesund, der andere starb, und bei der Section zeigte sich eine Typhlitis und ein alter Fäcalpfropf im Processus vermiformis, und in mir setzte sich der Gedanke fest, wahrscheinlich mit Unrecht, daß der Pat. zu retten gewesen wäre, wenn er wie der andere behandelt worden wäre. Jedenfalls wurde mir die Wichtigkeit klar, immer zu wissen, ob wir Abführmittel reichen sollen oder nicht; ich schenkte daher der Untersuchung des Darmes, vor Allem der Percussion große Aufmerksamkeit. Als ich nach circa 4 Jahren das Spital verließ, war ich nicht weiter, als daß ich wußte, daß wir uns auf die Aussage des Pat., ob er gehörig Stuhl habe, nicht verlassen können, und wir jedenfalls ein Abführmittel reichen sollen, wenn im unteren Theile des Colon descendens bei der Percussion der Schall gedämpft gefunden wird; dies war nicht viel und vielleicht auch durch die Palpation zu eruiren, dennoch sah ich bald nach meinem Eintritt in die Praxis, daß auch diese Kenntniß von Nutzen sein könne. Ich wurde einmal während meines Sommeraufenthaltes zu einem alten, mit einem chronischen Leiden behafteten Herrn gerufen, der über Unwohlsein klagte; ich konnte bei der Untersuchung nichts finden, was die Verschlimmerung hätte veranlassen können, fand aber Dämpfung im unteren Ende des Colon descendens; ich verordnete ein Laxans; im Laufe des Tages kam der Arzt aus der Stadt, der über meine Verordnung den Kopf schüttelte, diese aufhob und Anderes verordnete: Abends wurde ich wieder gerufen, weil es schlechter ging; ich wiederholte meine Verordnung, sie wurde befolgt, und am anderen Tage war der Pat. in seinem gewöhnlichen Zustande; damals sah ich, daß wir Aerzte in einer so einfachen Frage, die ich ganz objectiv behandelt hatte, verschiedener Meinung sein können, was mir unerklärlich war; ich fragte, ob der behandelnde Arzt den Darm untersucht habe; man sagte nein; er habe nur gefragt, ob der Pat. täglich Stuhl habe. Ich sah aus dem Erfolge, daß meine Methode die richtigere sei und setzte die Percussion des Darmes während meiner Praxis mit Ausdauer fort; ich habe sehr lange gebraucht, bis ich zu Resultaten kam, welche ich mit Sicherheit verwerthen konnte; denn die Percussion des Darmes bietet wegen der Veränderlichkeit der Lage des Dickdarmes und der combinirten Füllung durch Luft und consistenten Inhalt enorme Schwierigkeiten. Wenn der Pat. nur eine etwas verschiedene Lage annimmt, ändert sich der Schall ganz anders als am Thorax; ja der Schall ändert sich oft bei derselben Lage bei stärkerem Percutiren schon während der Untersuchung, wahrscheinlich weil die Percussion des Darmes — wie ich häufig beobachtet habe — Contraction desselben hervorruft. Schon aus diesen Prämissen ergibt sich mit Nothwendigkeit meine Methode, die ich aber nicht durch Reflexion, sondern, ich möchte sagen, experimentell im Laufe der Jahre gefunden habe.

Der Pat. muß ganz horizontal liegen, nur Nacken und Kopf darf erhöht sein, die unteren Extremitäten müssen in Hüfte und Knie gebeugt sein, die Percussion muß eine sehr schwache sein und unter Umständen, wo man mit Finger auf Finger percutirt, von Fingerbreite zu Fingerbreite geschehen; ich weiß nicht, ob man bei der Hammerpercussion sichere Resultate erzielen kann.

Bevor ich weiter gehe, muß ich zwei Anschauungen erwähnen, welche die Annahme meiner Methode ungünstig beeinflussen. Erstens die Anschauung, daß die so häufig abnorme Lage des Dickdarmes, welche theils angeboren, theils erworben ist, eine topische Diagnostik unsicher macht: diese kann zuweilen eine Diagnose verhindern, woran ich nicht zweifle; ich meine aber nicht, daß wir in einer mathematischen Linie percutiren sollen, sondern längs der ganzen Gegend, wo der Dickdarm zu liegen pflegt, und da werden wir wohl nie fehlgehen, wenn wir eine vorhandene Dämpfung, sobald wir pathologische Gebilde ausschließen können, auf den Dickdarm beziehen.

Das zweite Hinderniß ist die alte Anschauung, daß der Darm dort atonisch ist, richtiger, daß die Muscularis des Darmes gelähmt oder geschwächt ist, wo starker tympanitischer Schall vorhanden ist, der Meteorismus anzeigt; diese Anschauung rührt von den Beobachtungen in schweren Krankheitsfällen, wie Typhus, Peritonitis, Puerperalprocessen her; da handelt es sich aber um allgemeine Tympanitis, und die Auffassung ist richtig; es ist aber nicht richtig, daß dort der Darm atonisch sein muß, wo er local einen höheren tympanitischen Schall bei der Percussion gibt, im Gegentheil ist leicht einzusehen, daß, wenn der Darm an einer Stelle sich um seinen festen Inhalt contrahirt, vor und auch nach dieser Stelle die Gase sich mehr ansammeln und der Percussionsschall tympanitischer ist; ja es kann vorkommen, daß, wenn ein größerer Theil des Darmes contrahirt ist, der vor diesem liegende Theil gebläht, ausgedehnt und beim Druck schmerzhaft ist, und diese Symptome verlieren sich, sobald wir den Darm entleert haben.

Die Wichtigkeit der Darmpercussion wird sich im Laufe meines Vortrages ergeben, sie ist gewissermaßen das tägliche Brod des praktischen Arztes; wir stehen jedem Krankheitsfalle anders gegenüber; Symptome, die wir sonst gewissermaßen der Natur überlassen, können wir beseitigen, wenn wir die so wichtige Frage, ob wir den Darm des Kranken behandeln müssen, objectiv beurtheilen können und uns nicht auf die Aussage des Kranken verlassen müssen. Die Darmpercussion ist aber auch oft in schweren zweifelhaften Fällen das einzige Mittel, uns über die Natur und Behandlung der Krankheit aufzuklären, und solche einzelne Fälle waren sozusagen die Etappen, auf welchen ich zu immer größerer Sicherheit in meinen Anschauungen gelangte.

Ich gehe nun zu den Erscheinungen über, welche durch die Darmatonie verursacht werden können.

Wie schon gesagt, unterscheide ich 3 Stadien derselben. Das erste, die Darminsufficienz, kann lange bestehen, ohne daß der Kranke deren Existenz ahnt, da er täglich und, wie

er glaubt, genügend Stuhl hat. Wir werden gewöhnlich erst dann consultirt, wenn entweder Diarrhoe oder fieberhafte Erscheinungen auftreten. Wenn wir den Darm percutiren, so werden wir vielleicht im Beginne keine größere Strecke gedämpft finden, aber der Percussionsschall wird an verschiedenen, oft sehr kurzen Strecken gedämpfter sein als an den benachbarten, und dies muß unseren Verdacht wecken, ob nicht eine Insufficienz des Darmes oder, in gewöhnlicher Ausdrucksweise, ob nicht alte Fäcalmassen vorhanden sind, die sich aus der Anamnese oder nach der Palpation nicht vermuthen lassen; wenn Sie dann ein leichtes Abführmittel geben, so werden Sie am 2. oder 3. Tage finden, daß eine viel größere Strecke gedämpft erscheint als im Anfange, es sind eben die Fäcalmassen mehr zusammengerückt, und dieser Befund sichert die Diagnose in solchem Grade, daß der später wechselnde Befund uns nicht irre zu machen braucht; und wir können sicher sein, daß wir solange purgiren müssen, bis an keiner Stelle des Dickdarmes sich bei der Percussion eine Dämpfung zeigt.

Ich habe nur fieberhafte Processe und Diarrhoe als Folge der Darminsufficienz angeführt, weil diese beiden Processe überhaupt die häufigsten und wichtigsten Folgen der Darmatonie in allen ihren Stadien sind, solange die Darmatonie keinen Einfluß auf den Blutdruck ausübt; sobald aber in Folge der letzteren, in der Regel der partiellen Darmatonie, der Blutdruck dauernd erhöht ist, haben wir eine neue Schädlichkeit im Organismus, deren Folgen so mannigfach sind, daß es besser ist, sie besonders als Wirkungen des erhöhten Blutdruckes, welcher wohl nicht blos durch den Darm allein verursacht wird, zu behandeln. Sie umfassen das Gebiet der peripheren und centralen Neurosen, der Blutungen aus den verschiedenen Organen, vieler sogenannter rheumatischer Processe, asthmatischer Zustände und noch vieler anderer, so daß es mir unmöglich wäre, sie heute zu besprechen.

Ich habe dieses Thema ausführlich behandelt in meiner Arbeit „Blutdruck und Darmatonie.“ [1])

Ich werde von den Diarrhöen und Darmcatarrhen hauptsächlich die chronischen behandeln, die acuten nur kurz besprechen. So wie der regelmäßige Stuhl durch den Reiz des Darminhaltes hervorgerufen wird, so wird auch die Diarrhoe fast in allen Fällen durch diesen veranlaßt, und ich kann nur das wiederholen, was ich in meiner Arbeit über partielle Darmatonie ausgesprochen. (Fortsetzung folgt.)

[1]) Blutdruck und Darmatonie. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie vornehmlich der Neurasthenie und Circulationsstörungen. Wien und Leipzig, Franz Deuticke, 1894.

Die Behandlung der Endometritis.

Von **Prof. Dr. Hermann Fehling** in Halle.

(Schluß.)

Ausspülungen des Uterus sind besonders durch die Empfehlungen B. Schultze's ein sehr verbreitetes Mittel in der Behandlung der Endometritis geworden. Neben dem einfachen und doppelläufigen Katheter sind zahlreiche Abänderungen empfohlen, so von Fritsch-Bozemann, Breisky, Rein, Dolèris, Budin. Die Schwierigkeit, genügend Ablauf des Wassers durch die Uterushöhle zu erzielen, hat alle diese Modificationen hervorgerufen. Auf meine Veranlassung hat mein Assistenzarzt Dr. Rösing, Versuche über die Wirksamkeit der verschiedenen Instrumente am Uterus theils vor, theils nach der Totalexstirpation gemacht, das Resultat, das anderweitig veröffentlicht werden soll, war, daß die injicirte Flüssigkeit gewöhnlich nur an den dem Katheterauge benachbarten Wandstrecken nachweisbar ist, daß also von einer förmlichen Durchspülung und Reinigung wie bei einer Höhlenwunde mit 2 Oeffnungen nicht die Rede ist.

Schultze empfiehlt zunächst Ausspülung mit 1—3%iger Sodalösung, um den Schleim im Cavum uteri zu lösen, danach Durchspülung mit Carbollösung (1—3%), Lysol (½—1%), Kal. hypermangan., Salicylsäure, Borsäure etc.

Ich empfehle statt der Ausspülung, vor Aetzung, vor Abrasio etc. die Ausreibung der Cervix und der Höhle mit trockenen, dann in antiseptische Flüssigkeit getauchten Wattestäbchen, oder solchen getaucht in Glycerin, Sodalösung, um den zähen Cervixschleim zu lösen. Ist die Cervix spontan oder künstlich eröffnet, so wickelt man Watte um die Kornzange und desinficirt auf diese Weise die Höhle.

Ist eine wirkliche Corpushöhle vorhanden, bei großen Myomen der Corpushöhle oder bei puerperalem Uterus, dann hat die Ausspülung Zweck, wenn das Wasser neben dem eingeführten Glasrohr bequem durch die Cervix abfließen kann.

Statt der Ausspülung wende ich bei chronischem Catarrh vorzugsweise die therapeutische Ausstopfung der Uterushöhle an. Diese findet Anwendung bei den Formen catarrhalischer Endometritis mit enger Cervix, also besonders bei Virgines und Nulliparae. Wenn nöthig, wird zuerst einmal mit Laminaria oder wiederholt mit Glasstiften die Cervix durchgängig gemacht.

Die Gaze übt, wenn das Cavum genügend ausgestopft ist, einen mechanischen Druck auf die Schleimhaut aus, vermindert dadurch die Blutfülle derselben und regt den Uterus secundär zu Contractionen an. Eine eigentliche Austrocknung der Höhle ist kaum vorhanden, da die Gaze sich rasch voll Flüssigkeit saugt; von Drainage ist keine Rede, das Uterussecret läuft nicht ab, wird von der im Cavum liegenden Gaze aufgesaugt, während der in der Cervix und im Vaginalgewölbe gelegene Theil oft trocken ist.

Mit der mechanischen Wirkung der Gaze auf Endometrium und Cervix läßt sich eine arzneiliche verbinden, wenn man die Gaze oder den Docht mit Jodoform, Thymol, Alaun, Borsäure, Tannin, Wismuth imprägnirt; stärker wirkt Chlorzinkgaze (1—5%), Ichthyolglyceringaze (10%).

Die Ausstopfung findet unter strengen Cautelen täglich mit Hilfe des Rinnenspeculums und Fixiren des Uterus statt, die Gaze bleibt 12—24 Stunden liegen, anfangs muß die Kranke liegen; tritt keine Reaction ein, so kann sie später aufstehen. Bei Ausstopfung mit Chlorzinkgaze muß achttägige Zwischenpause gemacht werden.

Wo ein leistungsfähiger elektrischer Apparat vorhanden ist, kann durch Durchleiten starker, constanter Ströme nach Apostoli eine energische Wirkung auf das Endometrium erzielt werden, ähnlich wie durch Aetzmittel. Es ist nicht rationell, gleich mit so starken Strömen wie Apostoli (200 bis 300 Milliampères) zu beginnen, man versucht erst 20—50 und geht erst allmälig in die Höhe. Die sondenförmige Anode (Kohle, Platin) wird in die Uterushöhle eingeführt, die Kathodenplatte äußerlich auf den Leib gelegt. Das Verfahren paßt besonders bei klimakterischen Blutungen, wo eventuell eine stärkere Nekrose und Narbenbildung der Schleimhaut unschädlich ist.

Das Hauptverfahren in der Behandlung der Endometritis ist gegenwärtig die Abrasio mucosae (Excochleatio, Curettage), Ausschabung der Uterushöhle. Während dasselbe anfangs trotz der Empfehlungen Récamier's wenig Anklang fand und erst dank der klinischen Prüfung durch Olshausen in Deutschland zur Aufnahme kam, ist diese Behandlung zur Zeit so verbreitet, daß sie zweifellos viel zu häufig ausgeübt wird.

Die Anzeige zur Operation ist

1. eine diagnostische, um in zweifelhaften Fällen Stückchen der Uterusschleimhaut behufs mikroskopischer Untersuchung zu erhalten,

2. meist im Anschluß daran eine therapeutische bei allen Formen der Endometritis fungosa, der Endometritis deciduae post partum et abortum, der Endometritis exfoliativa, wo die Entfernung der kranken Schleimhaut heilend wirkt.

Bei chronisch-catarrhalischer Endometritis ist sie nur ausnahmsweise dann angezeigt, wenn die sonstigen Behand-

lungsweisen im Stiche lassen. Selbst gesetzt, die Beobachtungen wären richtig, wonach Mikrococcen als ätiologisches Moment solch catarrhalischer Formen anzusehen wären, so würde die Ausschabung hiefür nicht mehr leisten als eine kräftige Aetzung, die Ausschabung wäre eher dadurch gefährlich, daß virulente Keime in frisch eröffnete Lymphwurzeln hineingelangten.

Vorbedingung ist Abwesenheit acuter und subacuter Entzündungszustände des Uterus und der Adnexa.

In zweifelhaften Fällen Untersuchung in Narkose unmittelbar vor der Operation. Bei Uebersehen einer Salpingitis purulenta, eines Pyosalpinx, Ovarialabscesses kann Platzen desselben tödtliche Peritonitis im Gefolge haben. Die Empfehlung PRIOR's, unmittelbar vor Laparotomie wegen Pyosalpinx die Uterushöhle auszuschaben, verdient darum keine Nachahmung.

Im Hinblick darauf, sowie auf die Möglichkeit der Infection der Uterushöhle überhaupt ist die Indication streng zu nehmen wie für jeden chirurgischen Eingriff.

Narkose zur Operation als solcher ist nicht nothwendig; die Gefahr der Narkose steht nicht im Verhältniß zur Größe der Schmerzen; Bromäthylnarkose wirkt leider zu kurz; Auspinselung der Uterushöhle mit 10%iger Cocainlösung wirkt nur im ersten Beginn der Operation schmerzlindernd.

Ich gebrauche Narkose nur bei sehr ängstlichen Kranken, zu klinischen Zwecken und behufs genauer Voruntersuchung.

Vorbereitung. Entleerung der Blase, Abseifen und eventuell Rasiren der Vulva. Desinfection der Vulva und Vagina mit Sublimat (1 : 2000), Lysol (1%), Ausreiben der Cervixuterushöhle mit Wattestäbchen mit derselben Lösung. Dilatation der Cervix wird, wenn nöthig, nach den oben festgestellten Grundsätzen vorausgeschickt, am besten mit Glasstiften.

Feststellung der Weite der Cervix, Länge, Weite, Richtung der Uterushöhle mit der Sonde nach Centimeterlänge.

Die Instrumente zur Ausschabung sind:

1. Curette von RÉCAMIER,
2. scharfer Löffel von SIMON,
3. Schablöffel von ROUX.

Jedes Instrument hat die Empfehlung von Autoritäten für sich. Nach persönlicher Erfahrung mit den beiden ersteren Instrumenten glaube ich, daß die elastisch federnde Curette in der Hand des Ungeübten weniger Schaden anrichten kann als der Löffel. Doch habe ich vom scharfen Löffel nie Nachtheil gesehen. Das Instrument soll 7 Cm. von der Spitze ab Centimetereintheilung bis 15 Cm. Länge haben, durch genaue Marken soll die vordere Fläche bezeichnet sein; man braucht ferner Instrumente verschiedener Breite und Krümmung.

Leichtes Fixiren der vorderen Lippe mit Kugelzange ist zweckmäßig, um eine vorhandene Anteflexion und Retroflexion auszugleichen; Herabziehen des Uterus bis in die Vulva ist überhaupt unnöthig, bei empfindlichen Adnexis stärkeres Anziehen überhaupt zu vermeiden. Der Operateur faßt die Kugelzange mit der einen, die Curette mit der anderen Hand, ein Gehilfe überwacht durch die außen aufgelegte Hand die im Uterus befindliche Curette. Die Perforation des Uterus kann so sicherer vermieden werden, als wenn der Operateur in dem beweglichen Uterus die Curette sammt diesem in die Höhe schiebt.

Die Curette wird bis zum Fundus eingeführt und nun von oben nach unten bis zum Os internum systematisch, Furche an Furche setzend, zuerst die vordere Wand, dann durch Umdrehen der Curette die hintere Wand abgeschabt; zum Schluß werden auch mit kleineren Instrumenten die Tubenecken und die Funduskante selbst kräftig ausgeschabt. Das Ausschaben wird so lange fortgesetzt, bis ein eigenthümlich knirschendes Geräusch anzeigt, daß das Instrument bis auf die Muscularis gelangt ist. Ueberschreitet die interstitielle Infiltration die Grenze der Mucosa gegen die Muscularis hin, oder handelt es sich wie beim puerperalen Uterus um Verfettung und Rückbildung, so werden leicht die oberen Muskellagen mit abgekratzt.

Die Ausschabung ist zu Ende, wenn die Curette nichts mehr zu Tage fördert; daß man tabula rasa machen kann, haben Leichenversuche gezeigt, aber ebenso sicher ist, daß trotz aller Vorsicht Inseln von Schleimhaut zurückbleiben können.

Neben der schon berührten Gefahr der Infection der Uterushöhle, der Möglichkeit des Platzens von Eitersäcken der Adnexa, besteht die Gefahr der Durchbohrung oder Durchstossung der Uteruswand mit dem Schabinstrument.

Wie oft dies vorkommt, zeigen die jährlich nicht so seltenen Veröffentlichungen, die ja nur einen kleinen Theil der vorgekommenen Fälle betreffen. Thatsache ist, daß dieses Unglück auch geübten und vorsichtigen Operateuren vorkam; trotzdem muß die Perforation des Uterus bei der Ausschabung als ein leider eben nicht immer ganz zu vermeidender Kunstfehler bezeichnet werden.

Dringt das Instrument plötzlich entgegen der vorher abgemessenen Länge auffallend weit ohne Widerstand ein, so liegt der Verdacht der Durchbohrung nahe; ein geübter Gehilfe kann es mit der aufgelegten Hand sofort erkennen; eventuell deuten auch Schmerzäußerungen der nicht narkotisirten Kranken darauf hin.

Ist die Durchbohrung vermuthet oder erkannt, so muß die Operation sofort unterbrochen werden, jegliche Ausspülung, Aetzung etc. ist streng zu vermeiden. Bei mäßiger Blutung tamponirt man leicht die Uterushöhle mit Jodoformgaze; nur selten wird es nöthig sein, deswegen die Exstirpatio ut. vagin. zu machen. Die Pat. kommt in's Bett, erhält Eisblase, bei Schmerzen Opium.

Nach der Ausschabung wischt man die Uterushöhle zuerst feucht, dann trocken aus und ätzt mit dicken Wattestäbchen mittelst Carbol-Alkohol (50%), Jodtinctur (20%), Chlorzink (20—30%). Ausstopfung der Uterushöhle ist nur nöthig bei starker Nachblutung, z. B. bei Endometritis post abortum, gewöhnlich wird nur ein Vaginaltampon für einige Stunden eingelegt.

Die frisch gesetzten Aetzschorfe sofort wieder abzuschaben, wie SCHRADER vorschlug, ist zwecklos, wenn man sich zur Regel macht, die Mucosa bis auf die Muscularis abzuschaben.

Die Ausschabung der Uterushöhle darf nicht ambulant gemacht werden; nach der Ausschabung ist 4—8tägige Bettruhe unter genauer Thermometerbeobachtung nöthig; die Involution des Uterus unterstütze ich durch Ergotingebrauch.

In der Nachbehandlung machte ich nie mehr als 1—2 Aetzungen, um eine gründliche Umstimmung der sich neu bildenden Mucosa zu erzielen, nicht vor dem 4. Tag und dann wieder am 8.—10. Tag. Es ist überflüssig und nachtheilig, dies einen um den anderen Tag zu wiederholen, wie dies von mancher Seite vorgeschlagen wird, um 10—30 Aetzungen zu machen; gerade wie auch für Behandlung der catarrhalischen Endometritis von SÄNGER vorgeschlagen wird, ist es richtiger, stärkere, aber seltene Aetzungen vorzunehmen. Vaginalausspülungen werden im Verlauf nur gemacht bei Fieberbewegungen oder bei übelriechendem Secret.

Treten üble Zufälle nach der Operation auf, die auf Peritonitis durch Infection oder Peritonitis durch Platzen eines Pyosalpinx entstanden, hindeuten, so ist die Exstirpatio uteri vaginalis, im letzteren Fall sammt den Adnexis, indicirt.

Bei richtiger Indicationsstellung und Vermeidung der Gefahren ist die Prognose der Operation und des Erfolges günstig.

Statistiken von Fällen einfacher Endometritis (mit Ausschluß der bei Myomen, nach Abort etc.), nach Abrasio längere Zeit beobachtet, liegen vor aus Basel (FEHLING), Halle (KALTENBACH), Würzburg (HOFMEIER), Paris (BOURREAU-DOLÉRIS).

Basel (Diss. VOGELBACH) ergab unter 101 Fällen (sämmtlich mindestens 1—6 Jahre post operationem beobachtet):

complete Heilung	in 69·2%	90·7%	der Fälle
Besserung und zeitweise Herstellung	in 21·5%		
Mißerfolg	in 10·7%	10·7%	

Bei 1/4 der Pat. traten noch 1 bis mehrere Schwangerschaften ein.

Halle (Diss. KEIL), (Beobachtungsdauer mindestens 1 Jahr):

Heilung	80 %	91·7%.
Besserung und vorübergehende Heilung	11·7%	
Mißerfolg	8·2%	

Würzburg (Diss. FISCHER) in 57 hieher gehörigen Fällen:

Heilung	in 32·0%	81%.
Besserung	in 49·0%	
Mißerfolg	in 19·0%	

BOURREAU (Thèse de Paris):

Heilung	in 63%	91·9%.
Besserung	in 28·9%	
Mißerfolg	in 9%	

Natürlich liegt in der Statistik eine gewisse Willkür, was als Heilung, was als Besserung aufgeführt wird; bemerkenswerth ist, daß Mißerfolge mit circa 10% sich mit Ausnahme der Würzburger Statistik gleich finden.

Genaue Auswahl der Fälle muß im Stande sein, diesen Procentsatz noch weiter herabzudrücken, besonders wenn man vermeidet, dieselbe Kranke 3—4mal in einem Jahr oder im Ganzen sogar 10—15mal auszuschaben; in solchen Fällen ist klar, daß diese Therapie als nutzlos einer anderen weichen muß.

Dann kommt die Castration oder die Exstirpatio uteri vaginalis in Betracht, erstere, wenn recidivirende Endometritis durch Myombildung bedingt ist, letztere, wenn begleitende schwere Metritis allen Heilversuchen getrotzt hat.

Bei der Klimaxnähe wird man mit diesen Operationen zurückhalten.

II. Endometritis colli.

Der Einfachheit halber rechne ich hiezu auch die den Cervicalcatarrh so häufig begleitenden echten Erosionen der Vaginalportion.

Die Behandlung ist verschieden, je nachdem es sich um einfachen Catarrh der Schleimhaut, Bildung von Erosionen handelt oder ob — wie häufig — das submucöse und musculäre Gewebe des Collum mitbetheiligt ist.

Ein diagnosticirter Cervixcatarrh soll immer örtlich behandelt werden; manchmal gelingt es, dadurch auch die Endometr. catarrh. zu heilen, jedenfalls ist der Versuch dazu immer rationell, da man sonst zu leicht Mikroben aus der Cervix in die Uterushöhle verpflanzt. Auch in der Schwangerschaft ist vorsichtige Behandlung eines Cervixcatarrhs mit Erosionen rationell, um der Endometritis decidualis vorzubeugen.

In erster Linie ordnet man Vaginalausspülungen an, bei frischen, nicht infectiösen Formen mit sterilem Wasser, Salz, Soda, Milch oder TAVEL'scher Lösung, bei infectiösen Catarrhen mit Sublimat, Lysol, Creolin, Kal. hypermangan. etc., bei chronischen Formen treten die Adstringentia, Alaun, Zinksulfat, Tannin, Borax, Theeaufguß etc. in Geltung.

Die Ausspülung mit 1—2 Liter Wasser soll liegend gemacht werden, auch hernach soll die Kranke noch 10 Minuten liegen, damit die arzneiliche Flüssigkeit mit der Portio in Berührung bleibt.

Dann paßt Aufpudern auf die im Speculum freigelegte und gereinigte Portio von Jodoform, Tannin, Salicylsäureamylum, Bismuth, Borsäure, Tannin. Das Pulver wird durch einen Tampon angedrückt gehalten.

Ist der Proceß mehr im Innern der Cervicalhöhle, so passen Aetzungen mit Wattesonde und denselben Flüssigkeiten wie für Endometritis. Bei Cervicalcatarrh sind zu starke Aetzungen des oberen Theils zu vermeiden, damit nicht eine Aetzstenose des Os internum entsteht. Selten ist es nöthig, den Canal durch Spaltung des äußeren Muttermundes sich zugängig zu machen.

Die hyperämische Vaginalportion, ebenso eine solche mit zahlreichen Ovulis Nabothi wird reichlich scarificirt, die Ovula eröffnet, danach wird ein Glycerintampon gegen die Portio angedrückt.

Das beste und rascheste Verfahren bei ausgebreiteten echten Erosionen der Portioschleimhaut ist Abschabung derselben mit scharfem Löffel, ebenso Ausschabung der Cervicalhöhle und danach, wenn die meist reichliche Blutung gestillt ist, energische Stichelung mit dem spitzen Paquelinbrenner. Die Ueberhäutung der Portio erfolgt sehr rasch auch ohne Bettruhe.

Ist neben dem Catarrh auch Hypertrophie des Collum, besonders des infravaginalen Theils vorhanden, so kommt die Excision der kranken Schleimhaut nach SCHRÖDER zur Ausführung; die Modification von BOUILLY, die ganze Schleimhaut 3 Cm. hoch abzutragen und nur in den seitlichen Commissuren eine schmale Brücke stehen zu lassen, ist nicht nachahmenswerth.

In anderen Fällen macht man die keilförmige Excision der Lippen, die zweifellos, wie zuerst MARTIN zeigte, durch die damit verbundene Ausschaltung von Gefäßen und reflectorische Verengerung anderer zur Rückbildung eines metritisch vergrößerten Uterus beiträgt. Diese Operationen sind der von TOUVENAINT empfohlenen Einspritzung von Creosot-Glycerin-Alkohol (aa.) in's Gewebe sicher vorzuziehen.

Die EMMET'sche Operation der Cervixrisse, ebenso die Lappentrachelorrhaphie SÄNGER's hat beim Cervicalcatarrh nur dann einen Zweck, wenn der Catarrh schon durch andere Mittel beseitigt ist; sonst ist die Keilexcision verbunden mit Anfrischung der seitlichen Risse vorzuziehen.

Sind die Operationen contraindicirt wegen Unmöglichkeit, den Uterus bei Adnexentzündungen abwärts zu ziehen, dann tritt auch hier kräftige Abrasio mit Stichelung durch Paquelin in Geltung.

Die Abtragung von Schleim- und fibrösen Polypen der Cervix ist die gewöhnliche mit Scheere oder Paquelin oder SCHULTZE'scher Löffelzange; vorsichtshalber wird danach ein Vaginaltampon behufs Blutstillung eingelegt.

Referate und literarische Anzeigen.

KRASKE (Freiburg i. B.): **Ueber die Luxation der Peroneussehnen.**

Die Luxation der Peroneussehnen ist eine seltene Verletzung. Die Angaben über deren Entstehung sind sehr ungenau und widersprechen sich. Nach den Erfahrungen K.'s („Centralbl. f. Chir.", 1895, Nr. 24) und nach den Leichenversuchen eines seiner Schüler, L. SCHNEIDER's, ist die Ansicht VOLKMANN's unwahrscheinlich, daß die Luxation stets nur bei heftigen Distorsionen des Fußgelenks zu Stande kommt, vielmehr trat an der Leiche die gewünschte Verletzung sofort ein, wenn der leicht suppinirte und plantarflectirte Fuß durch einen plötzlichen Zug an den Peroneusmuskeln in die extendirte und abducirte Stellung hineingerissen wurde. Auch die klinischen Erfahrungen zeigen, daß es im Wesentlichen die Muskelaction ist, welche die Sehnenluxation zu Stande bringt; nur in wenigen Fällen hatte eine stärkere Gewalteinwirkung stattgefunden, meist war die Verletzung bei einem Sprung aus mäßiger Höhe, beim Tanzen oder beim ruhigen Gehen auf ebener Erde erfolgt, und zwar offenbar immer dadurch, daß der Fuß, der nach innen umzukippen drohte, durch eine heftige Contraction der Wadenbeinmuskeln in der richtigen Stellung erhalten werden sollte. In den meisten Fällen handelte es sich um eine Verschiebung beider Peroneussehnen. Eine wesentliche Vorbedingung für das Eintreten der Sehnenluxation ist die Zerreißung des festen, die Fascien verstärkenden Bandstreifens, welcher als Retinaculum superius die Sehnen in der hinteren Furche des Knöchels festhält.

So leicht die Diagnose der Peroneusluxation ist, so schwierig und unsicher ist eine erfolgreiche Behandlung. In der Mehrzahl der Fälle wird die Luxation habituell. In diesen veralteten Fällen kann nur eine operative Behandlung von Erfolg sein. Bei einer seit einem Vierteljahre bestehenden habituellen Luxation beider Peroneussehnen ging K. in folgender Weise vor: Durch einen den Malleolus umkreisenden und einen zweiten vom hinteren Umfange des Knöchels nach der Mitte der seitlichen Calxfläche gehenden Schnitt wurden die Sehnen freigelegt und aus dem Malleolus ein längsverlaufender, $3^1/_2$ Cm. langer und $^3/_4$ Cm. breiter rechteckiger Periostknochenlappen gebildet, dessen Basis etwa $1^1/_2$ Cm. von der Malleolenspitze zu liegen kam. Dieser bandförmige Lappen wurde wie eine Binde bei Renversé rechtwinkelig umgeschlagen und, die äußere Periostfläche nach einwärts, mit seiner Spitze an das den Calcaneus bedeckende Gewebe befestigt. Die Hautwunde wurde vollständig darüber geschlossen. Das Resultat war ein vortreffliches. Nach 3 Wochen verließ der Kranke, gut gehend, die Klinik; 3 Monate nach der Operation konnte sich K. überzeugen, daß die Sehnen durch ein festes, fühlbares Retinaculum sicher an ihrem Platze gehalten wurde, ohne in ihrem Spiele gehindert zu sein. K. empfiehlt für jeden veralteten Fall von Sehnenluxation die Plastik des Retinaculums. Wenn aus irgend einem Grunde vom Malleolus ein Periostknochenlappen nicht zu gewinnen sei, so könnte man versuchen, das Material von der äußeren Fläche der Calx zu entnehmen.

Ba.

OTTO EFFERTZ: Studien über Hysterie, Hypnotismus und Suggestion.

Ein geistreicher Mann, dem das Wort zur Verfügung steht, theilt in dem vorliegenden Büchlein (Bonn 1894, Otto Paul) seine Erfahrungen über hypnotische Experimente mit, welche er mit einer hysterischen Pat. in Bonn unter der Leitung von Prof. W. KOCHS angestellt hat. Die philosophische Bildung, über welche der Verf. gebietet, bringt es mit sich, daß in seine Darstellung eine ganze Reihe von tiefgedachten Bemerkungen eingeflochten sind, welche allein hinreichen, um das Büchlein lesenswerth zu gestalten.

Man mag über Hypnose denken, wie man will, es ist sicher, daß auf so engem Raum nur selten eine so große Zahl von eigenen Beobachtungen zusammengefügt gefunden wird. Die an der Pat. beobachteten Erscheinungen nimmt der Verfasser wiederholt zum Anlaß, um seine Ansichten über die Deutung und Pathogenese derselben vorzutragen; so macht er den Leser im Anschlusse an die sensiblen Phänomene bei seiner Kranken mit seinen Anschauungen über die Anästhesie bekannt.

EFFERTZ führt in die Lehre von der Anästhesie den Begriff „Gefühl der Gefühllosigkeit" ein. Ein Tabiker, der zahlreiche anästhetische Stellen hat, fühlt Berührung, Temperatur und Schmerz gar nicht oder nur unvollkommen. Fragt man ihn aber nach seinem Leiden, so jammert er über seine Anästhesie („die Haut ist mir pelzig", „ich fühle meine Beine, meinen Kopf nicht"). Der Tabiker fühlt also, daß er nicht fühlt, er fühlt seine eigene Gefühllosigkeit; ähnlich klagen Apoplektiker nach Ueberstehen des Anfalles. Auf Grund derartiger Beobachtungen unterscheidet der Verf. zwischen dem Gefühl für die Außenwelt und dem Gefühle dieses Gefühles, also zwischen einem objectiven und einem subjectiven Gefühle; jedes dieser Gefühle kann unabhängig vom anderen lädirt sein. Hieraus ergeben sich vier verschiedene Zustände des Gefühles:

1. Objectives Gefühl normal, subjectives Gefühl normal (normaler Mensch).
2. Objectives Gefühl normal, subjectives Gefühl lädirt (Hysteriker).
3. Objectives Gefühl lädirt, subjectives Gefühl normal (Tabiker, Apoplektiker).
4. Objectives Gefühl lädirt, subjectives Gefühl lädirt (Paralytiker).

Der Paralytiker, bei dem beide Gefühlsqualitäten lädirt sind, fühlt seine eigene Gefühllosigkeit nicht, er fühlt nicht, daß er nicht fühlt; er zieht sich die mannigfachsten Verletzungen zu, ohne es zu wissen, und klagt niemals über Anästhesien, trotzdem sie sicher nachzuweisen sind.

Der Hysteriker verhält sich ähnlich wie der Paralytiker; auch er beklagt sich niemals über Anästhesien, auch wenn sich diese über große Gebiete und über alle Qualitäten erstrecken; zum Unterschiede von den Anästhesien der Tabiker, der Apoplektiker und der Syringomyelitiker macht die hysterische Anästhesie nicht berufs- und erwerbsunfähig. In der französischen Armee ist die Anzahl der Hysteriker und der hysterischen Anästhetiker sehr zahlreich, und es ist gewiß kein Zweifel, daß Mucius Scaevola und andere Heldengestalten des Alterthums anästhetische Hysteriker waren. Der hysterische Anästhetiker reagirt der Außenwelt gegenüber so geschickt wie ein Normalfühlender; die Tabiker, Apoplektiker und Syringomyelitiker reagiren der Außenwelt gegenüber mit einer dem Grade ihrer Anästhesie entsprechenden Ungeschicklichkeit. EFFERTZ meint nun, daß der hysterische Anästhetiker in der That fühle, und daß seine Anästhesie in der Gefühllosigkeit gegenüber seinem eigenen Gefühle bestehe.

Dementsprechend ist die Anästhesie in drei Gruppen zu trennen: die Tabiker und Apoplektiker nach dem Anfalle fühlen, daß sie nicht fühlen; die Paralytiker und die Apoplektiker während des Anfalles fühlen nicht, daß sie nicht fühlen; die Hysteriker fühlen nicht, daß sie fühlen. In die vierte Kategorie, also zu jenen Individuen, welche fühlen, daß sie fühlen, gehören die Menschen mit normaler Sensibilität.

Ueber den Zustand des objectiven Gefühles orientirt man sich, wenn man beobachtet, wie sich der Patient gegenüber der Außenwelt benimmt. Reagirt er normal, so ist das objective Gefühl intact; reagirt er nicht normal, so ist das Gefühl verletzt. Eine Simulation ist hier nicht leicht möglich.

Um sich über den Zustand des subjectiven Gefühles zu orientiren, muß man den Patienten ausfragen, und man ist demnach der Simulation ausgesetzt. Ist das objective Gefühl normal und behauptet der Patient Berührungen zu fühlen, so ist das subjective Gefühl normal; behauptet er aber, Berührungen nicht zu fühlen, so ist das subjective Gefühl lädirt. Ist das objective Gefühl lädirt und klagt der Patient darüber, so ist sein subjectives Gefühl normal; klagt er aber nicht darüber, so ist sein subjectives Gefühl verletzt.

Etwas Aehnliches findet man auch beim Auge; es gibt ein objectives und ein subjectives Sehen. Ein Strabote sieht mit dem aus dem Sehact ausgeschalteten Auge, das Auge reagirt und das Individuum stößt nicht an wie Derjenige, der ein Auge verloren hat; aber er sieht nicht, daß er sieht, weil er keine Doppelbilder sieht. Ein Hysteriker mit concentrischer Gesichtsfeldeinengung sieht, denn sonst würde er anstoßen, aber er beschwert sich nicht darüber, folglich sieht er nicht, daß er sieht. Ein Tabiker, dessen Gesichtsfeldeinschränkung viel geringer ist als die des Hysterikers, stößt überall an und empfindet die Gesichtsfeldeinengung sehr unangenehm, er sieht, daß er nicht sieht.

Geistvolle Unterscheidungen solcher Art finden sich an zahlreichen Stellen des Büchleins. Auch die Anordnung der hypnotischen Versuche ist von großem Interesse für Jeden, der sich mit den Phänomenen der Hypnose intensiver beschäftigt. Von allgemeinerem Interesse dürften aber die Schlußfolgerungen sein, zu denen der Verf. auf Grund seiner Studien kommt: „Die Hypnose ist ein artificieller und die geleitete Hypnose ist ein geleiteter epileptoider hysterischer Anfall; der epileptoide hysterische Anfall ist eine spontane und der nicht geleitete Anfall ist eine nicht geleitete Hypnose."

Dans cet ordre d'études, la question de preuve reste la question capitale, sagt CHARCOT. Der Verf. der vorliegenden Arbeit kann mit Recht das Verdienst in Anspruch nehmen, sich um die möglichst vollständige Ausschaltung der Möglichkeiten einer Täuschung bemüht zu haben, und deshalb ist seiner Arbeit ein bleibender Werth zuzusprechen.

W.

KUNO V. BUNGE: Zur Kenntniß der Hydrastis canadensis und ihrer Alkaloide.

BUNGE veröffentlicht in dem eben erschienenen 11. Hefte der von Prof. KOBERT herausgegebenen „Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat" (Stuttgart 1895) eine interessante Studie über das canadische Wasserkraut, dessen Gebrauch in den letzten Jahren allgemein geworden ist. Nach C. MOHR ist Hydrastis die in Amerika am meisten gebrauchte Arzneipflanze, von der in Cincinnati allein jährlich etwa 40.000 Pfund auf Fluidextract verarbeitet werden. Schon seit Langem waren das Berberin und das Hydrastin als Bestandtheile der Hydrastis bekannt; 1886 wurde durch POWER das Hydrastinin entdeckt und 1891 wurde durch E. SCHMIDT und seine Schüler das zwar 1873 von HALE gefundene, aber seither nicht studirte „Canadin" einer neuerlichen chemischen Untersuchung unterzogen.

BUNGE hat nun die über das Hydrastinin vorliegenden physiologischen Versuche wiederholt und das „Canadin", über dessen physiologische Wirkung bisher nichts bekannt war, in dieser Hinsicht untersucht. Nach seinen Ergebnissen wirkt das Hydrastinin auf rothe Blutkörperchen nicht zerstörend und läßt auch den gelösten Blutfarbstoff unverändert. Concentrirtere Lösungen des salzsauren Hydrastinins bewirken bei längerer directer Einwirkung eine Lähmung der peripheren Nerven und der quergestreiften Musculatur. In kleinen und mittleren Gaben steigert das Alkaloid die Leistungsfähigkeit des Froschherzens, in hohen Dosen erfolgt Lähmung; bei Warmblütern wird durch kleine und mittlere Dosen die Herzaction nicht beeinflußt, durch große Dosen aber der Vagus gelähmt. Der Blutdruck steigt nach Injection kleiner und mittlerer Dosen in Folge Reizung des Vasomotorencentrums in der Medulla oblongata an, die peripheren Gefäße werden durch kleine Dosen verengert und durch größere Gaben erweitert, die Nierengefäße durch alle Dosen hochgradig erweitert. Durch große Dosen scheint die Darmperistaltik erhöht zu werden; die Wehenthätigkeit wird nicht beeinflußt. Die tödtliche Dosis für die Katze beträgt 0·3 Grm. pro Kilogramm bei subcutaner Application. Hydrastinin tödtet durch Lähmung des Respirationscentrums.

Canadin löst die rothen Blutkörperchen außerhalb des Organismus unter Methämoglobinbildung auf, die aber im Thierkörper nicht auftritt. Auf niedere thierische Organismen wirkt das Canadin deletär. Am Froschherzen erzeugt es in kleinen Dosen eine Verlangsamung der Herzaction, in großen Dosen diastolischen Herzstillstand. Bei Kaltblütern erzeugt es kurz andauernde motorische Reizerscheinungen, die in allgemeine Paralyse übergehen; bei Warmblütern erzeugen kleine Dosen ein vorübergehendes Stadium der Depression, in großen Dosen Reizerscheinungen mit nachfolgender Lähmung. Canadin beeinflußt den Blutdruck nicht und hat deshalb an der Wirkung des Hydrastisextractes bei Uterusblutungen keinen Einfluß. Es ruft heftige Darmbewegungen und Durchfall hervor. Die tödtliche Dosis bei Katzen beträgt bei intravenöser Application 0·20—0·25 Grm. pro Kilo Körpergewicht; der Tod erfolgt durch Respirationslähmung. Fe.

Poliklinische Vorträge. Von **Prof. J. M. Charcot.** Uebersetzt von **Dr. Sigmund Freud**, Privatdocent an der Universität Wien. Lief. IV und V. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke.

Ein Buch CHARCOT's mit Worten der Empfehlung zu versehen, ist in Anbetracht des großen Ansehens, welches CHARCOT's Werke genießen, unnöthig. Die hier vorliegenden Leçons sind bereits vor 8 Jahren gehalten worden und doch athmen sie eine Frische und Ursprünglichkeit, deren Reiz in der meisterlichen Uebersetzung voll erhalten geblieben ist. Eine Uebersetzung so zu gestalten, daß sie sich wie eine Originalarbeit liest und dabei sich enge an die französische Ausgabe anschließt, ist eine schwere Aufgabe, und nur ein Autor, der, wie FREUD, über einen glänzenden Stil verfügt, konnte ihr gerecht werden. Mit der vorliegenden V. Lieferung ist der erste Band abgeschlossen; es ist zu erwarten, daß der zweite Band bald nachfolgen werde. Ir.

Feuilleton.

Die Ohrenheilkunde und die Wiener Spitäler.

Vor Kurzem brachte die „Wiener Med. Presse" eine Notiz, welche in ärztlichen Kreisen viel besprochen und auch von politischen Journalen übernommen worden war. In dieser Notiz wurde erzählt, daß ein Ohrenarzt einem weit draußen an der Peripherie unserer Stadt gelegenen k. k. Krankenhause seine unentgeltlichen Dienste anbot, welche von der Spitalsleitung mit Dank acceptirt, von der vorgesetzten Behörde jedoch ohne Dank abgelehnt wurden. Aus leicht zu errathenden Gründen enthalte ich mich einer jeden Kritik über diesen Vorgang. Der Sache selbst jedoch ist immerhin ein kleiner Vortheil erwachsen und darum komme ich hier auf sie zurück.

Eine offenbar amtlich inspirirte Correspondenz berichtete nämlich in Erwiderung auf die beregte Notiz, daß „die Errichtung von Ohrenabtheilungen in den k. k. Spitälern nur eine Frage der Zeit sei". Gewiß, es ist nur eine Frage der Zeit; denn für immer wird man der Erfüllung dieser dringenden Aufgabe nicht auszuweichen vermögen. Aber mir gellt ein specifisch österreichisches Wort in den Ohren, es lautet: „Wir können warten." Jedenfalls ist also der Versuch am Platze, durch eine kleine Anregung den trägen Schritt der Zeit einigermaßen zu beflügeln.

Will man den schrecklichen Anachronismus ganz erfassen, welcher sich in der Art und Weise kundgibt, wie noch heutzutage in der Mehrzahl der Wiener Spitäler Ohrenkrankheiten — man möchte fast sagen — wegwerfend tractirt werden, so muß man sich nur einen Augenblick den geradezu colossalen Aufschwung vergegenwärtigen, den die Ohrenheilkunde in den letzten vier Jahrzehnten erfahren hat. Das weiß man in allen civilisirten Ländern der Welt voll zu würdigen. Dort freut man sich, wenn ein Fachmann sich bereit erklärt, die schwere Last der Verantwortlichkeit seinen Schultern aufzubürden. Nur bei uns gilt die Otiatrie nach wie vor als das Stiefkind der medicinischen Wissenschaft, nur bei uns glaubt man oft, seiner Pflicht gegenüber dem Ohrkranken gerecht worden zu sein, wenn man ihm eine lauwarme Ausspritzung mit irgend einem indifferenten Theeaufgusse empfohlen hat. Ich vermeide es jetzt absichtlich, der Quelle nachzugehen, aus welcher diese Uebelstände entspringen. Aber sie müssen abgestellt werden, denn sie schreien zum Himmel.

Nun stelle man sich auch vor, was es für einen Menschen, dessen Existenzmöglichkeit einzig auf der zweckentsprechenden Zeitverwerthung beruht, zu bedeuten hat, wenn er dieses sein einziges Capital durch häufige Wanderungen von seinem entlegenen Wohnorte in ein Krankenhaus vergeuden soll, in welchem ihm allerdings eine sachgemäße Behandlung zu Theil wird. Schier möchte ich indessen dieses Bild idyllisch nennen im Vergleiche zu dem anderen, vulcanisch erschütternden, welches in uns durch die Vorstellung erzeugt wird, daß ein armes, ein Proletarierkind — und blos solche dürften ja die Kinderspitäler frequentiren —, dessen nicht allein höchstes, sondern ausschließliches Gut die Gesundheit ist, wegen mangelhafter oder irrationeller Behandlung eines Ohrleidens zeitlebens als tauber oder gar taubstummer Krüppel in der Welt umherirren soll. Da ist wohl der in Folge einer vernachlässigten Ohraffection eingetretene Tod als das relativ geringere Uebel anzusehen.

Wir denken, schon diese zwei Beispiele genügen, um es Jedermann klar zu machen, daß die Frage der Einführung ohrenärztlicher Ordinationen in sämmtlichen Spitälern Wiens von allen betheiligten Factoren als eine brennende erkannt werden müßte. Ja, ich gehe noch weiter und behaupte, daß sich für dieselbe auch die praktischen Aerzte in hohem Maße interessiren sollten. Ich will das sofort motiviren. Es wird kaum einen beschäftigteren Praktiker geben, zu dessen Clientel nicht auch Leute zählen, die im eingetretenen Falle nicht in der Lage sind, größere Auslagen zu bestreiten, an deren Schicksal er aber uneigennützigsten Antheil nimmt, ja, mit denen er durch eine innige, auf tiefwurzelnder

Hochachtung basirende Freundschaft verknüpft ist. Erkrankt nun ein Mitglied dieser Familie an einem Ohrleiden und steht dem Arzt im eigenen Bezirke eine tüchtige ohrenärztliche Kraft zur Verfügung — und jeder Bezirk hat doch mehr weniger ein Spital aufzuweisen — würde er es dann unterlassen, persönlich zu interveniren, und würde es ihm nicht willkommen sein, einer etwa nöthig gewordenen Operation beiwohnen zu können? Bei größeren Entfernungen jedoch hindert ihn oft daran die physische Unmöglichkeit, und dem Zwange gehorchend, entsagt er bekümmerten Herzens einem edleren Triebe. Man taxire diesen Ausspruch nicht als leere Phrase. Der wahrhaft tüchtige Arzt hat immer das Herz am rechten Fleck, und dieser Eigenschaft, nicht minder als dem Wissen, dankt er seine besten Erfolge.

Und noch Eines möchte ich hervorheben. In jedem Manne der Wissenschaft lebt der mächtige Drang nach Erweiterung seiner Kenntnisse. Dem Arzte sollten nach meiner Ansicht alle Spitäler — ganz einerlei, ob staatliche oder durch die allgemeine Wohlthätigkeit erhaltene — jederzeit zugänglich sein, und ich bin überzeugt, er würde jede freie Stunde darauf verwenden, Altes zu festigen und Neues hinzuzulernen. Dann erst würden die Krankenhäuser ihren vollen Zweck erfüllen. Die Humanität ist ein reizend schönes und wirksames Aushängeschild; glücklicherweise widerstrebt ihr aber keineswegs die Befriedigung der wissenschaftlichen Bedürfnisse externer Aerzte. So sonderbar diese Anschauung vorderhand noch klingen mag, der demokratische Zug der Gegenwart wird auch ihr zum Durchbruche verhelfen.

Und so wären wir hart vor dem Problem angelangt: „Was gehört dazu, um den Anforderungen einer modernen Zeit gerecht zu werden?“ Sehr wenig. Ein bischen Verständniß und eine ebenso bescheidene Dosis warmer Liebe zum Gegenstande. Die Leiter von Krankenanstalten sollten selbst nach solchen Mitgliedern ihres ärztlichen Stabes auslugen — die Auswahl ist ja in Wien nicht sehr groß — oder zumindest Einen nicht kurzer Hand abweisen, wenn er sich von freien Stücken meldet. Raummangel ist keine genügende Ausrede. Auch im kleinsten Spitale wird sich bei einigem guten Willen ein Zimmer ausfindig machen lassen, in welchem für ambulante Ohrkranke ordinirt würde, und kommt hin und wieder ein operativer Fall vor, so muß ihm auf der chirurgischen Abtheilung, die doch ein jedes Spital besitzt, ein Bett eingeräumt werden.

Das letztere ist eine Conditio sine qua non. Kein Ohrenarzt von berechtigtem Selbstgefühl wird es sich gefallen lassen, daß seine Fälle von einem anderen Ohrenarzte operirt werden. Darin liegt ja die ideelle Gegenleistung des Spitals, daß dem betreffenden Otiater ein reiches Material zur unbeschränkten Verfügung gestellt wird. Und wir rechnen nur mit Collegen, denen einzig und allein der ideale Zweck wissenschaftlicher Ausbeute vorschwebt. Darum sind wir auch der Meinung, daß Niemand in mehr als einem Spital die ohrenärztliche Praxis, welche bei einer halbwegs gewissenhaften Durchführung täglich wenigstens zwei Stunden in Anspruch nimmt, zu versehen hat. Schon die Rücksicht auf die Reputation unseres Specialfaches sollte eine „Cumulirung der Aemter“ verbieten.

Fällt nach den obigen Ausführungen der Ablehnungsgrund schon bei den kleinen Spitälen in sich zusammen, so gilt dies umsomehr von den großen k. k. Krankenhäusern. Und steht die Oberbehörde auf dem erhabenen Standpunkte, daß eine k. k. Anstalt eine unentgeltliche Dienstleistung nicht acceptiren kann, nun, so systemisire man irgend einen Betrag für die ohrenärztliche Ordination in den Staats Krankenanstalten. Es ist wohl kaum zu befürchten, daß sich die Sache an der starrsinnigen Refüsirung eines jeglichen Honorars von Seite der Ohrenärzte unrettbar zerschlagen würde. Wir hegen auch nicht den geringsten Zweifel, daß die Besetzung der Stellen, wenn wir einmal so weit sein werden, blos im Wege einer öffentlichen Ausschreibung und in ausschließlicher Würdigung der persönlichen Verdienste und Leistungen erfolgen werde. „Die Errichtung von Ohrenabtheilungen in den k. k. Spitälern ist nur eine Frage der Zeit.“ Wir wünschen dieser Zeit aus vollem Herzen rasch tragende Schwingen. EITELBERG.

Kleine Mittheilungen.

— Unter Zugrundelegung eines Materiales von 12.000 Fällen aus der Klinik und Privatpraxis Prof. SCHAUTA's hat Dr. JULIUS NEUMANN („Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.“, 1895) **die Bedeutung der postklimacterischen Genitalblutungen** studirt. Die in der Literatur hierüber vorfindlichen Angaben besagen, daß postklimacterische Blutungen bei einer großen Anzahl von Erkrankungen beobachtet worden sind, und zwar theils bei Störungen allgemeiner Natur, wie nervösen Zuständen mit vasomotorischen Veränderungen, Herzfehlern mit Stauungserscheinungen, theils bei localen Erkrankungen, wie Erosionen, Ulcerationen, Schleimhautpolypen, Carcinomen der Portio und des Corpus uteri und sarcomatös degenerirten Myomen. Unter den 12.000 Fällen fanden sich nun 1000, welche das 45. Lebensjahr bereits überschritten hatten. Diese 1000 Fälle theilen sich in zwei fast gleich große Gruppen, von denen die eine noch Menstruation aufwies, während die andere Hälfte seit mehr als einem Jahre nicht mehr menstruirte. In beiden Gruppen waren die Carcinome ungefähr in gleicher Anzahl ($^1/_6$ aller Fälle) vertreten, während die Myome in der ersten Gruppe 14%, in der zweiten nur 2·8% ausmachten. Ferner ergab sich eine Vermehrung der Prolapse auf das Doppelte im höheren Alter. Was nun das Verhalten der Genitalblutungen anlangt, so litten von den 500 Krankheitsfällen, bei welchen die Periode bereits erloschen war, 183 = 36·5% an Blutungen. Von diesen letzteren handelte es sich in mehr als der Hälfte der Fälle (54%) um Portiokrebs. Auffallend war ferner die große Zahl von Prolapsen (24), welche um diese Zeit Blutungen verursachten. Als sonstige, seltenere Ursachen von Spätblutungen haben sich ergeben: Corpuscarcinome, Schleimhautpolypen des Uterus, Kolpitis senilis, Myoma uteri, Ovarialcysten.

— GIRMUNSKI berichtet im „Wratsch“ (1895, Nr. 10) über seine Erfahrungen mit **Pilocarpininjectionen bei Erkrankungen des Mittelohres und des Labyrinths.** Er gelangt zu folgenden Schlüssen: Die Injectionen wirken nur in frühen Stadien von Labyrintherkrankungen, gleichgiltig, welchen Ursprunges die letzteren sind (syphilitisch, traumatisch oder secundär). In einem je früheren Stadium die Behandlung beginnt, desto aussichtsvoller ist sie. Bei veralteten Störungen im Bereiche des Labyrinths und bei den trockenen Mittelohrcatarrhen hat das Pilocarpin weder subcutan injicirt, noch direct in die Paukenhöhle gebracht, einen nennenswerthen Effect.

— Einen Fall von **Hyperpyrexie nach Atropininstillation** berichtete W. F. DEARDEN im „Br. med. journ.“ (1895, 22. Juni). Es handelte sich um ein einmonatliches Kind mit Trübungen der Cornea, bei welchem jedesmal nach Einträufelung einer schwachen Atropinum sulfuricum-Lösung sich bedeutendes Fieber einstellte, das bei Gebrauch von kalten Bädern oder Antipyreticis rasch wieder vorüberging. Man mußte bei dem sonst ganz gesunden Kinde an eine Idiosynkrasie gegenüber Atropin denken.

— Dr. CLARK berichtet („La sem. méd.“, 1895, Nr. 31) über die **Heilung eines Falles von Diabetes insipidus durch Nebennierenfütterung.** Der Fall betraf eine 39jährige Frau, welche C. jeden zweiten Tag vor dem Schlafengehen die Hälfte einer Nebenniere vom Schafe, geschabt und in Form eines „Sandwichs“ auf Brot gestrichen, nehmen ließ. Unter dieser Behandlung fiel die 24stündige Harnmenge, welche früher 18 Liter betragen hatte, auf 1500 Ccm. Der Allgemeinzustand besserte sich beträchtlich: Die Kranke, die sich früher kaum bewegen konnte, war nun im Stande, Märsche von mehreren Kilometern zu machen und ihren Haushalt zu besorgen. Mit dem Momente, da man diese Behandlung aussetzte, stieg die Harnmenge wieder, die Polydipsie und die Schwäche stellte sich wieder ein.

— Als **Strophulus infantum** wird eine Hautaffection des frühen Kindesalters bezeichnet, welche trotz ihres sehr häufigen Vorkommens bisher noch nicht viel Beachtung gefunden. Diese Vernachlässigung rührt wohl daher, daß die Affection zwar eine lästige Plage, aber doch keine bösartige oder alarmirende Krankheit darstellt. Das Leiden cursirt unter verschiedener Bezeichnung, Urticaria infantilis, Prurigo infantilis, Strophulus pruriginosus, Lichen

urticatus. BLASCHKO („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 11) hat den Namen Strophulus infantum gewählt, der auch den meisten Anklang gefunden zu haben scheint. Die Affection ist mit der Urticaria verwandt, aber doch keine echte Urticaria. Sie zeigt den Wanzenbissen ähnliche Papeln, die, bald einzeln, bald in Gruppen, mit Vorliebe auf Rumpf, Nates und Schenkeln vorkommen. In anderen Fällen finden sich, namentlich an den Fußsohlen und Handflächen, aber auch auf dem Rumpf, Blasen, die zur Verwechslung mit Pemphigus, Scabies oder Varicellen führen können, zu letzteren namentlich dann, wenn die Affection im Anschluß an echte Varicellen auftritt. Das Leiden entwickelt sich außer nach diesen, häufig auch nach Masern, nach der Vaccination und im Zusammenhang mit der Dentition (Zahnpocken, feu de dents, red gum). HUTCHINSON verlegt die Ursache der Affection in die Haut selber, Andere suchen den primären Anstoß im Magendarmcanal. Nach der Auffassung von B. handelt es sich um eine Erkrankung des Blutes, bezw. der Blutgefäße, wofür auch schon der Umstand spricht, daß das Leiden meist mit einer mehr oder weniger hochgradigen Anämie verbunden ist. In Folge der Erkrankung reagiren dann die Gefäße, besonders der Haut, schon auf die leichtesten Reize hin, aus welchen Organen immer diese durch die Blutbahn zugeführt werden mögen, mit multiplen, in der Haut localisirten Entzündungsprocessen. Die Behandlung hat sich zunächst gegen die Grundursache (Anämie, Magendarmerkrankungen) zu richten. Gegen das Hautleiden selber sind die altbewährten Mittel, Schwefel und Theer, die besten. Die Kinder sollen außerdem kühl schlafen und sich viel im Freien aufhalten. Am wirksamsten ist aber Luftwechsel (Land- oder Seeaufenthalt).

— Die von mehreren Autoren gezeigte Thatsache, daß durch die Tamponade des Rectums die prävesicale Peritonealfalte eine starke Verschiebung nach oben erfahre, und daß weiters der bei voller Blase nach unten tretende Fundus vesicae durch Füllung des Mastdarms gehoben werde, diese Thatsache suchte W. MANASSE („D. med. Woch.", 1895, Nr. 24) **zur Behandlung der Prostatahypertrophie** praktisch zu verwerthen. Es galt nur, einen Mastdarmtampon zu construiren, der ohne Schaden von den Pat. ähnlich dem Uteruspessar bei Retroflexio uteri getragen werden konnte und der im Stande war, jene gefürchtete Senkung des hinteren unteren Blasensegmentes auszugleichen. Der zu diesem Zwecke benutzte Mastdarmtampon besteht aus einem sehr weichen, circa 25 Cm. langen Gummischlauche, um welchen circa 1 Cm. von der abgestumpften offenen Spitze ein dünner Gummibeutel angebracht ist, der außer Communication mit dem Gummischlauch steht. In den unteren Theil des Gummiballons führt ein dünner Gummischlauch, vermittelst dessen man den Ballen mit Luft oder Flüssigkeit beliebig anfüllen kann. Die Weichheit des Materiales, die eine Verletzung der Mastdarmschleimhaut ausschließt, sowie die Möglichkeit des Entweichens von Flatus sind die Vorzüge dieses sehr einfachen Instrumentes. Die Einführung desselben geschieht nach einem Reinigungsklystier, indem man den gut geölten Gummiballon, aus welchem man vorher die Luft ausgedrückt hat, langsam in's Rectum vorschiebt, bis er mit seinem unteren Theil den unteren Rand der Prostata erreicht. Jetzt wird durch eine gewöhnliche Spritze so viel Glycerin eingespritzt, als zur prallen, aber nicht forcirten Dehnung des Tampons nöthig ist, worauf der zuführende Schlauch durch einen Quetschhahn geschlossen wird. Vor der Herausnahme des Instrumentes muß man natürlich das Glycerin wieder herauslaufen lassen. Was nun die Wirkungsweise dieser Behandlung betrifft, so ist dieselbe eine dreifache: Erstens kann nach Einführung des Ballons durch die Hebung und Ausgleichung des hinter der Prostata gelegenen Blasensegmentes der gesammte Urin den Katheter passiren. Dadurch bildet das kleine Instrument ein wichtiges Unterstützungsmittel für die einzig rationelle Behandlung der Prostatahypertrophie, die auf einer rechtzeitig und mehr oder weniger dauernd ausgeführten künstlichen Entleerung des Urins + Residualharn, beruht. Die zweite und wichtigste Wirkung des Tampons besteht aber darin, daß durch den stetigen elastischen Druck auf die Prostata selbst die erweiterten Venen vor Ueberfüllung geschützt werden. Diesen congestiven Zuständen entspringen bekanntlich die nächtlichen Schmerzen der Prostatiker und auch die schweren intercurrenten Attaquen mit acuter Harnverhaltung. Drittens endlich verhindert der öfters und längere Zeit eingeführte Tampon eine Distension der Blase auf mechanische Weise, indem durch ihn das Blasenvolumen verkleinert und das Harnbedürfniß bei geringerer Füllung der Blase hervorgerufen wird.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

IV.

Ueber Endometritis.

v. WINCKEL (München), Ref.

I. Die Aetiologie der Endometritis.

Nachdem die neuere Forschung immer mehr Klarheit über die Erreger der Endometritis gebracht hat, kann füglich die Aetiologie zur Grundlage der klinischen Darstellung gemacht werden. Von diesem Standpunkte aus lassen sich unterscheiden:

I. Die einfachen, bisher nicht als bacteriell erkannten Endometritiden.

1. in Folge von Circulationsstörungen,
2. a) durch Infection,
   b) durch Allgemeininfection bewirkte,
3. die Endometritis post abortum und decidualis,
4. die Endometritis exfoliativa.

II. Die eitrigen bacteriellen Endometritiden.

a) durch Spaltpilze:

5. die gonorrhoische,
6. die tuberculöse,
7. die durch Strepto- und Staphylococcen bewirkte (Bacterium coli),
8. die saprophytische,
9. die diphtheritische,
10. die syphilitische;

b) durch Sproßpilze entstanden:

11. die Endometritis blastomycetica;

c) durch Protozoën entstanden:

12. die Amöben-Endometritis.

Zu den nicht bacteriellen Endometritiden in Folge von Circulationsstörungen gehört der einfache Uteruscatarrh, der in jedem Lebensalter entstehen kann, wenn bei starker Congestion der Rückfluß des venösen Blutes aus dem Uterus gehindert wird, was schon in der Kindheit durch unzweckmäßige Kleidung, mangelhafte Reinhaltung der Genitalien, hartnäckige Obstipation, durch directe Reize, wie Einkriechen von Würmern in die Vagina, durch Reiben der äußeren Genitalien, endlich durch Anomalien der Blutmischung (perniciöse Anämie, Chlorose, Leukämie) bewirkt werden kann. Im späteren Leben kommen Störungen der Menstruation und Secretion, meist die Folgen verkehrter körperlicher und geistiger Erziehung, die Nichterfüllung der natürlichen Bestimmung der weiblichen Sexualorgane, die zahlreichen Läsionen im Puerperium, Lageveränderungen des Uterus, Neoplasmen in Betracht. Endlich gehören hieher die Fälle von oophorogener Endometritis und diejenigen bei Erkrankungen entfernter Organe (Blasen-, Nieren-, Darmerkrankungen, Leberaffectionen, Malaria, Herz-, Lungen-, Schilddrüsenleiden, Scorbut, Purpura, hämorrhagische Diathese).

Die durch Intoxication bewirkte Endometritis bei Verbrennungen und Vergiftungen zeichnet sich durch ihren hämorrhagischen Charakter aus, welcher im ersten Falle mit einer Verstopfung der Gefäße durch vermehrte Bildung von Blutplättchen, im zweiten Falle mit fettiger Degeneration der kleinsten Arterien zusammenhängt. In ihrem Wesen noch nicht ganz aufgeklärt ist die

in verschiedenen Formen auftretende Endometritis bei acuten Infectionskrankheiten (Cholera, Rückfalltyphus, Pneumonia crouposa, Typhus abdominalis, Masern, Scharlach, Influenza).

Die einfache Endometritis bei vor- und frühzeitiger Schwangerschaft ist durch das gänzliche oder theilweise Zurückbleiben der Decidua bedingt, durch deren Reiz es zu einer Endometritis deciduae polyposa kommen kann, die sogar den Grund zu habituellem Abort abgeben kann. Nach KÜSTNER entwickeln sich sehr häufig aus zurückgebliebenen Deciduainseln Adenome.

Bei Endometritis exfoliativa, bei welcher die abgestoßenen Membranen nur aus der entzündeten, hie und da leicht hämorrhagischen Uterusmucosa bestehen, kommt es nie zu eiteriger Infiltration. In der Zwischenzeit, nach Abstoßung der einen Membran bis zur Bildung der anderen, besteht oft kaum eine Spur von Ausfluß. v. W. steht auf dem Standpunkt, daß es sich hiebei immer um locale entzündliche Processe und nicht um nervöse Störungen handle.

Ein Ueberblick über die Ursachen der einfachen Endometritis läßt erkennen, daß unsere Kenntniß noch eine recht mangelhafte ist, daß aber in vielen Fällen die bacterielle Natur derselben fast mehr als wahrscheinlich und ihr Nachweis nur noch eine Frage der Zeit ist.

Unter den acht als Ursachen der bacteriellen, purulenten Endometritis angeführten Unterarten ragen die gonorrhoische und die Streptococcen- und Staphylococcen-Endometritis dadurch hervor, daß sie am häufigsten vorkommen. Die Endometritis gonorrhoica kommt vom frühesten bis in's späteste Lebensalter vor; ihre Erreger behalten durch Jahre eine ungeschwächte Virulenz. Die Angaben über die Häufigkeit der gonorrhoischen Infection beim Weibe schwanken zwischen 12 und 30% aller kranken Frauen. Ihr häufigster Sitz ist die Urethra (85 bis 100%), dann die Cervix (37—47%), die Tuben (33%), die Uterusschleimhaut (50%?), die Scheide (40·4%), die Vulva (12—25%); die Gonococcen dringen in jede Art von Epithelien ein, sie gelangen durch die Uteruswand oder auf dem Wege der Schleimhaut bis zum Bauchfell, durch das Bindegewebe und die Lymphgefäße in's Blut. Die Gonococcen können auch außerhalb des menschlichen Organismus und in verschiedenen Flüssigkeiten die nöthigen Lebensbedingungen finden.

Nach Besprechung der Endometritis tuberculosa, welche primär recht selten vorkommt (relativ am häufigsten an den Tuben, seltener im Uteruskörper, sehr selten im Collum und noch seltener in der Scheide), geht v. W. auf die Endometritis septica puerperalis über, deren häufigste Erreger Streptococcen sind, während die Staphylococcen hiebei eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Die Streptococcen kommen in allen Theilen der puerperalen und nicht puerperalen Uterusmucosa zur Ansiedlung, sie wandern durch die Wand des Uterus und durch die Tuben zum Peritoneum, verbinden sich manchmal mit Staphylo- und Diplococcen, viel seltener mit Tuberkelbacillen, und zeigen grosse Virulenzverschiedenheiten je nach dem Ort der Einimpfung, der Menge der Coccen, der Widerstandsfähigkeit des Organismus und der Beschaffenheit derjenigen Mikroorganismen, welche bereits vorhanden waren. Bei ²/₃ aller fiebernden Kreissenden ist das Fieber auf die Streptococceninvasion zurückzuführen. Erstgebärende, ferner durch Blutungen, operativ beendigte oder besonders lang dauernde Geburten Erschöpfte sind zur Infection besonders disponirt. Dagegen spielt die Constitution und auch das Alter keine Rolle. Wohl aber begünstigen schon vor der Geburt bestandene Erkrankungen, namentlich die Gonorrhoe und Allgemeinerkrankungen die Ansiedlung der Streptococcen. — In neuester Zeit ist als eiter- und entzündungserregender Pilz auch für die puerperalen Erkrankungen das Bacterium coli commune erkannt worden.

Nach Besprechung der ungleich selteneren Endometritis saprophytica (durch Fäulnißbacterien bedingt), der Endometritis diphtheritica (Streptococceninfection), der Endometritis syphilitica, der durch den Soorpilz erzeugten Endometritis und endlich der von DORIA beschriebenen durch Amöben verursachten Endometritis chronica grandularis cystica geht v. W. auf die Beantwortung der Frage über, wann, wie und wo die Mikroorganismen in die weiblichen Genitalien gelangen.

Schon beim ungeborenen Kinde besteht die Möglichkeit des Eindringens von Entzündungserregern (durch die Spermatozoen, auf dem Wege der Blutbahn, durch das Fruchtwasser). Während der Geburt kann die Infection von der Cervicalmucosa oder von der Vagina aus geschehen; ferner bei Beckenendlagen durch Instrumente oder durch den untersuchenden Finger. Im kindlichen Alter kommen die gemeinsame Benützung von Badewannen und Badeschwämmen, die directe Uebertragung besonders durch Masturbation, versuchte Nothzucht in Betracht. Im Pubertätsalter spielen unzweckmässiges Verhalten während der Menstruation, chronische Ostipation, Masturbation, die Chlorose und Anämie junger Mädchen eine wichtige Rolle in der Entstehung von Uterincatarrhen. In den Fortpflanzungsjahren des Weibes kommen dann die aus den sexuellen Rapporten sich ergebenden Factoren zur Geltung, wie die so beliebten Hochzeitsreisen, ferner lange Zeit vergebliche Cohabitationsversuche, Impotenz des Mannes, dann Ansteckung seitens gonorrhoischer, syphilitischer, tuberculöser Männer durch den Coitus; außerdem alle Momente, welche eine Conception verhüten sollen, wie der Coitus interruptus, kalte und andere Injectionen unmittelbar nach der Cohabitation; schädliche Einwirkungen zur Hervorrufung eines Abortes; Zurückbleiben von Eihaut- und Placentarresten nach Aborten; weiterhin die Unterschlagung des Wochenbettes nach denselben. In zweiter Reihe stehen dann jene Infectionen, welche bei Untersuchung der Sexualorgane Schwangerer, Kreissender und Nichtschwangerer durch die Hände, Instrumente und Apparate von Sachverständigen bewirkt werden; endlich die sogenannten Selbstinfectionen bei acuten Infectionskrankheiten und anderweitigen Anomalien. Nach dem Aufhören der Menses ist durch die Altersveränderungen des Gewebes, durch die Abnahme des Schlusses der Vulva und durch eine Reihe anderer Factoren eine gewisse Prädisposition für die Mikrobeninvasion gegeben. Endlich ist ein gewisser Einfluß der Beschäftigung der Frauen auf das Zustandekommen der Endometritis nicht zu verkennen, und schließlich: „Die Versäumniß der allerwichtigsten Pflicht der jungen Mutter, ihr Kind selbst zu stillen, rächt sich unzählige Male durch die mangelhafte Rückbildung des Uterus, die ungenügende Neubildung seiner Schleimhaut, zu starke Menses und erst einfache, später purulente Catarrhe." Ba.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VIII.

Ueber die Resultate der Operationen bei angeborenen Hüftgelenksverrenkungen.

HOFFA (Würzburg): Das Resultat der Operationen bei angeborenen Hüftgelenksverrenkungen wird erst nach längerer Zeit ein völlig zufriedenstellendes durch consequent fortgesetzte Massage und Gymnastik. H. hat die Operation bisher 112mal ausgeführt, darunter 9mal mit künstlicher Pseudarthrosenbildung bei Erwachsenen mit doppelseitiger Luxation. In neuerer Zeit hat H. unter Annahme des LORENZ'schen Vorschlages, keinen Muskel mehr zu durchschneiden, seine Schnittführung geändert. Er schneidet am vorderen Rande des Trochanter major entlang, durchtrennt die Fascia lata und dringt zwischen Tensor fasciae latae und dem M. glutaeus medius direct gegen die Pfanne vor.

LORENZ (Wien) hat sein Verfahren bisher an 150 Fällen erprobt. Dasselbe setzt sich aus zwei Hauptmomenten zusammen: 1. Herabholen des dislocirten Schenkelkopfes in das Niveau der Pfanne, 2. Einpflanzung des reducirten Kopfes in die vertiefte Pfanne. Bezüglich der Durchführung des ersten Punktes warnt L. vor der Tenotomie wegen des leicht eintretenden Shocks des Nervus cruralis. In 7 Fällen hat er Lähmung des Unterschenkels beobachtet. Diese vermeidet man sicher, indem man das Herabholen des Schenkelkopfes durch allmälige maschinelle Schraubenextension bewirkt. Selbst

bei Verkürzungen von 5—6 Cm. kann man auf diese Weise die Extension im Verlaufe einer halben Stunde erzielen. Die besten Chancen geben Kinder bis zu 4 Jahren und selbst ältere Kinder bis zu 8 Jahren ergeben häufig bei dieser Behandlung noch gute Resultate. Bei einseitiger Luxation und noch gut erhaltenem, nicht abgeschliffenen Schenkelkopf kann selbst bis zum 20. Jahre die Reposition gelingen. Besteht doppelseitige Luxation, so ist bei allen Patienten unter 10 Jahren die Operation nothwendig, und zwar zunächst einseitig; erst nach gelungener Operation der einen Seite ist die zweite vorzunehmen. Der Haupterfolg beruht in der Nachbehandlung, welche die Neigung zur Abductionsbeugecontractur, namentlich bei Kindern über 6 Jahren, verhüten muß.

HEUSNER (Barmen) empfiehlt die Operation nur in Fällen von doppelseitiger Luxation und bei besonders auffallenden Störungen, während er im Allgemeinen ein Freund der orthopädischen Behandlung ist. Zur Herunterziehung des Kopfes benutzt er mit Heftpflastermasse bedeckte Filzplatten. Die von ihm verwendeten Apparate verfolgen die Tendenz, bei den Kindern mit angeborener Hüftluxation, bei denen der Schwerpunkt des Körpers hinter die Hüftachse verlegt ist, das Becken aufzurichten und den Schenkelkopf gegen die Pfanne anzudrücken.

MIKULICZ (Breslau): Wenngleich die vorgestellten Fälle erfreuliche Resultate aufweisen, so sind die Erfolge doch nicht immer gleichmäßig und es bleiben häufig Beweglichkeitsbeschränkungen zurück. Selbst die günstigsten Operationsfälle lassen sich nicht mit den Resultaten der unblutigen Reduction vergleichen. M. hat mit dem von ihm angegebenen Verfahren 6 Fälle geheilt, und zwar derart, daß wieder vollkommen normale Verhältnisse eingetreten sind. Jedenfalls ist bei Kindern von 3—4 Jahren das unblutige Verfahren der Reduction zu versuchen. M.'s Apparat ist auch bei Kindern unter einem Jahre anwendbar.

SCHEDE (Hamburg) tritt ebenfalls für das unblutige Verfahren bei jungen Kindern ein. Bei einer 3—4jährigen Behandlung gelingt die Reposition vollständig und liefert später vorzügliche Resultate, selbst bei Kindern bis zu 10 Jahren. Das günstige Resultat der orthopädischen Behandlung ist eben nur eine Frage der Zeit.

TRENDELENBURG (Bonn) bezeichnet als Ursache des schlechten Ganges bei angeborener Hüftgelenksluxation nicht die Atrophie des M. glutaeus medius, sondern die abnorme Zugrichtung des Muskels.

HOFFA (Würzburg) hat die Tenotomie fast verlassen und wendet nur noch die Extension nach LORENZ an. H. ist nach seinen Erfahrungen zu der Ueberzeugung gekommen, daß selbst die beste orthopädische Behandlung niemals einen vollkommenen Erfolg gewährt.

MIKULICZ (Breslau) erwidert auf die Frage SCHEDE's, warum er bei den Kindern nur des Nachts seinen Apparat angewendet habe, die ersten behandelten Kinder seien für einen portativen Verband zu jung gewesen. Der günstige Erfolg habe ihn veranlaßt, auch ältere Kinder Nachts in dem Apparat liegen zu lassen. Bei doppelseitiger Luxation hat er durch das Verfahren bisher nichts erreicht.

LORENZ (Wien) anerkennt die günstige Wirkung einer frühzeitigen orthopädischen Behandlung bei ganz jungen Kindern. In neuerer Zeit hat er allerdings ein 12jähriges Mädchen behandelt, welches den HESSING'schen Apparat 9 Jahre hindurch Tag und Nacht ohne den geringsten Erfolg getragen hat. Warum MIKULICZ nach der Reduction des Kopfes eine maximale Außenrotation vornimmt statt einer leichten Innenrotation behufs Hineindrücken des Kopfes in das Acetabulum, ist nicht einzusehen.

MIKULICZ (Breslau) beabsichtigt nur eine geringe Außenrotation. Bei den geheilten Fällen füllt der Kopf die Pfanne völlig aus.

—r.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 12. Juni 1895.

Vorsitz: Docent Dr. M. HERZ.

Dr. A. FOGES stellt eine Pat. vor, bei welcher durch die Explorativlaparotomie eine **gleichmäßige Hyperplasie der Wand des ganzen Magens** und eine geringe **Pylorusstenose** constatirt wurden.

Die 46jährige Pat. gibt an, früher stets gesund gewesen zu sein; seit einem Jahre leidet sie an sehr häufigem Aufstoßen, Druckgefühl in der Magengegend; Heißhunger wechselt mit Appetitlosigkeit ab. Die Kranke, welche ziemlich rasch abmagerte, bemerkte vor etwa einem halben Jahre in der Magengegend eine querverlaufende Geschwulst, welche leicht beweglich und nicht druckempfindlich war. Ueber die Wachsthumsverhältnisse derselben vermag Pat. keine genauen Angaben zu machen. In den letzten Wochen soll das Körpergewicht zugenommen haben.

Bei ihrer Aufnahme in's Rudolfinerhaus am 9. Mai 1895 bot Pat. folgenden Status:

Knochenbau ziemlich kräftig, Musculatur schlaff, Pan. adipos. gering. Gesichtsausdruck frisch, die Conjunctiven blaß. Herz und Lungen zeigen ganz normale Verhältnisse. Leberdämpfung beginnt am unteren Rand der 6. Rippe und reicht bis zum Rippenbogen, nach links bis zur linken Parasternallinie. Kein Milztumor. Durch die ziemlich schlaffen Bauchdecken ist im Epigastrium ein fast vollkommen quergestellter, zwei Querfinger rechts von der Mittellinie beginnender, bis unter den linken Rippenbogen (Mamillarlinie) verlaufender Tumor palpabel. Derselbe entspricht seiner Configuration nach etwa dem Colon transversum, ist 3 Querfinger breit, zeigt mäßige Beweglichkeit in sagittaler Richtung und ist von glatter Oberfläche und derber Consistenz. Die Percussion ergibt gedämpft tympanitischen Schall. Das Abdomen bietet sonst normale Verhältnisse. Kein Ascites.

Im Harn ist nichts Pathologisches nachweisbar.

Im Mageninhalte ist weder freie Salzsäure, noch Milchsäure vorhanden.

Im Mai wurde die Explorativlaparotomie vorgenommen (Prim. GERSUNY). Es zeigte sich nun, daß der genannte Tumor der Magen selbst ist, dessen Volumen ziemlich verringert ist und dessen Wand sich überall derb anfühlt. Es bestehen zahlreiche Netzverwachsungen und Adhäsionen an die untere Leberfläche.

Nach deren Lösung kann der pylorische Theil vorgezogen werden, welcher an seinem Peritonealüberzug weiße, glänzende, strahlige Streifen aufweist. Der Pylorus gerade für die die Duodenalwand einstülpende Fingerkuppe durchgängig. Es wird nun zum Zwecke einer eventuellen Resection hart hinter dem Pylorus das Duodenum an seiner Vorderfläche durch eine quere Incision eröffnet.

Während die Wand des Duodenums vollständig normal erscheint, zeigt der ganze Magen eine gleichmäßige, etwa $^3/_4$ Cm. betragende Verdickung der Muscularis. Bei der gleichzeitigen Abtastung der inneren und äußeren Wand ist nirgends ein Tumor fühlbar; die Schleimhaut erscheint stark in Falten gelegt, welche die mäßige Pylorusstenose zu vermehren geeignet sind. Zur Behebung derselben wird nach der Methode HEINECKE-MIKULICZ eine 3 Cm. lange Längsincision, den früheren Querschnitt kreuzend, gemacht und in sagittaler Richtung vereinigt. Die Muscularis des Magens erschien makroskopisch auf dem Querschnitt stellenweise wie von Bindegewebe durchsetzt.

Der Wundverlauf war normal; in der ersten Woche erhielt Pat. täglich 3 Nährclysmen und schluckweise verdünnte kalte Milch, in der zweiten Woche flüssige Kost. Pat. fühlt sich sehr wohl, hat großen Appetit und ist von dem lästigen Aufstoßen und Druckgefühl vollständig befreit. Die Untersuchung des Mageninhaltes, welche 3 Wochen nach der Operation vorgenommen wurde, ergab das vollständige Fehlen der freien Salzsäure und Milchsäure. Der Tumor erscheint bei der Palpation kaum verändert, nur seine Resistenz ist verringert.

Nachdem Redner die klinischen, differential-diagnostisch wichtigen Verhältnisse dieses Falles besprochen, hebt er die Möglichkeit einer der concentrischen Hypertrophie des Herzens analogen Veränderung der Magenwand hervor; es wäre denkbar, daß bei mäßiger Pylorusstenose ein muskelstarker Magen derartig hyperplasirt; doch sei in der ganzen Literatur kein solcher Fall beschrieben. Es könnte sich auch um eine chronische sklerosirende Gastritis, um ein diffuses Lymphosarkom oder subepitheliales Carcinom handeln, wofür zwar nicht der makroskopische Befund und der Verlauf, aber die chemische Untersuchung des Mageninhalts sprechen würden.

Dr. Richard Heller stellt einen Fall aus der Reihe der verschiedenen Erkrankungen, denen Caisson-Arbeiter, die bei hohem Atmosphärendrucke arbeiten, unterworfen sind, vor, und bemerkt dies nur vorläufig, ohne Aeußerung über die Erkrankung selbst, nachdem diese Gegenstand einer bereits längeren Beobachtungsreihe ist, die an der III. med. Klinik von Dr. W. Mayer und ihm gemacht werden.

Ein 33 Jahre alter, bisher völlig gesunder Arbeiter, der bereits seit 2. Februar im Caisson arbeitet, erkrankt am 10. d. M. plötzlich bald nach Verlassen des Caissons ohne vorausgegangenes Trauma mit heftigen Schmerzen im linken Arm, die zugleich mit einer sehr bedeutenden ödematösen, gleichmäßigen Schwellung desselben einhergehen. Da diese Form seltener frisch zur Beobachtung kommt, nachdem die Symptome zumeist innerhalb weniger Tage schwinden und direct auf die Arbeit im Caisson zu beziehen sind, so glaubt Redner die Vorstellung des Falles im Hinweis auf seinerzeitig eingehendere Mittheilungen für berechtigt.

Dr. Rud. Neurath demonstrirt ein $5^1/_2$ Monate altes Kind mit **colossalem Hydrocephalus chron.** Der Schädelumfang betrug im Alter von 3 Monaten 45 Cm., vor 3 Wochen 61 Cm., jetzt $63^1/_2$ Cm., der Hydrocephalus scheint daher noch in Zunahme begriffen zu sein. Charakteristisch erscheint neben den verdünnten, stellenweise papierdünnen Knochen, den weit klaffenden Nähten, dem Geäste ausgedehnter, bis federkieldicker Venen, den fast horizontal stehenden Ohrmuscheln noch die Verdrängung der Bulbi nach abwärts, soweit, daß die Unterlider fast ganz die Corneae decken. Von functionellen Symptomen zeigt der Fall eine Paraparese der in extremer Auswärtsrotation gehaltenen oberen Extremitäten, mit Anästhesie derselben, sowie des Thorax; außerdem zeitweise auftretende tonische Contraction der Musculatur beider Beine; diese Erscheinungen, sowie Amaurose und Taubheit bestehen nach Angabe der Mutter erst seit wenigen Wochen. Der Augenspiegelbefund zeigt kein deutliches abnormes Verhalten des Fundus. Gewicht des Kindes $7^1/_2$ Kgrm.

Die Chancen für das Gedeihen des Kindes bei exspectativem Vorgehen und die nach etwaiger Punction dürften sich nach Ansicht des Vortr. die Wage halten.

(Fortsetzung des Protokolles folgt.)

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll).

Sitzung vom 28. Mai 1895.

Urbantschitsch stellt vier Fälle vor:

Der erste Fall demonstrirt den in einzelnen Fällen äußerst günstigen Einfluß der Hammerextraction für die Gehörsfunction auf das secundär erkrankte andere Ohr. Der 34jährige Pat. litt seit seinem 14. Lebensjahre an linksseitiger Otorrhoe, welcher sich nach 10jährigem Bestande zunehmende Schwerhörigkeit der rechten Seite hinzugesellte. Die dagegen versuchten Behandlungen blieben erfolglos und Pat. hörte schließlich am rechten Ohre nur mehr auf 2—3 Schritte scharfe Flüstersprache. Am 5. Februar 1891 wurde behufs Heilung der linksseitigen Atticuseiterung der, nebenbei bemerkt, gesund befundene Hammer extrahirt, worauf die Eiterung in kürzester Zeit bedeutend abnahm und nur mehr in ganz minimalem Grade bis heute noch fortbesteht. Nach der Operation blieb functionell das linke Ohr ebenso untauglich wie früher, wogegen das rechte Ohr bereits am Tage nach der Operation eine auffallende Hörverbesserung nachweisen ließ (Flüstersprache auf 4 Schritte), welche in den folgenden Tagen sich bis auf 10 bis 12 Schritte für scharfe Flüstersprache hob und jetzt, nach Verlauf von 4 Jahren, auf derselben Höhe sich befindet.

Der zweite Fall betrifft ebenfalls eine Hammerextraction, bei welcher die angestrebte Hörverbesserung für das bessere Ohr zwar ausblieb, wohl aber den Effect hatte, daß der starke Schwindel sistirte und die bis dahin continuirliche Gehörsabnahme keine weiteren Fortschritte machte. Bemerkenswerther als dies jedoch ist die an Stelle des extrahirten Hammergriffs in der Membran entstandene callöse Narbe, welche dem Uneingeweihten ganz den Eindruck eines Hammergriffes macht.

Der dritte vorgestellte Patient zeigt eine aus dem rechten Gehörgang hervorragende, das Lumen desselben ganz erfüllende, knochenharte höckerige Geschwulst, welche sich von oben, vorn und unten mit der Sonde umgreifen und bis gegen die Paukenhöhle verfolgen läßt, nach h. u. dagegen mit der Gehörgangswand verwachsen ist und sich bis in den Proc. mast. verfolgen läßt. Diese Exostose besitzt, wie eine vom Gehörgang aus versuchte Abmeißelung zeigte, Elfenbeinhärte. Die Geschwulst wird demnächst operirt und das Operationsergebniß später mitgetheilt werden.

Als vierten, letzten Fall stellte U. ein benignes Neoplasma der linken Ohrmuschel vor, dessen Sitz am Helixrand am Uebergang in den Lobulus sich befindet, durch Fingerdruck sich verkleinern läßt, circumscript und an der Knorpelbasis verschieblich und in seinem verkleinerten Zustande von derber Consistenz ist. Alkoholgenuß, Gemüthsaffect und Kälteeinwirkung bewirken eine bis über nußgroße Anschwellung der sonst haselnußgroßen Gefäßgeschwulst. Ueber die Natur der demnächst zu operirenden Geschwulst wird U. in der nächsten Sitzung berichten.

A. Politzer: Eine seltene Form von Exostose des äußeren Gehörgangs. (Mit Demonstration des betreffenden Präparates.)

P. weist zunächst darauf hin, daß trotz der keineswegs seltenen klinischen Beobachtungen von Exostosen im äußeren Gehörgange doch nur wenige Sectionsbefunde bekannt sind von Fällen, die während des Lebens genau beobachtet wurden.

P. ist in der Lage, das Präparat eines 69jährigen Gelehrten zu demonstriren, den er seit mehr als 30 Jahren zu wiederholten Malen zu beobachten Gelegenheit hatte. Schon bei der ersten Untersuchung fand P. rechts die äußere Ohröffnung durch eine vom hinteren oberen Rande derselben ausgehende knochengelbe Exostose verlegt, deren vorderer unterer freier Rand die gegenüberliegende Gehörswand unmittelbar berührte. Ueber die Entstehung dieser Exostose konnte Pat. nichts angeben und ließ sich auch nicht feststellen, ob er früher an Otorrhoe litt. Das störendste Symptom war die Schwerhörigkeit, welche theils durch die Exostose selbst, theils durch Ansammlung von Cerumen- und Epidermismassen hinter der Exostose bedingt war.

Nach Entfernung dieser Massen mittelst dünner, in den Gehörgang eingeschobener Röhrchen, welche wiederholt in Zwischenräumen von 4—5 Jahren vorgenommen wurde, ist merkliche Hörverbesserung und eine bedeutende subjective Erleichterung erzielt worden. Auf eine operative Entfernung der Exostose wollte Pat. nicht eingehen. Vor mehreren Jahren wurde Vortr. Pat. von Herrn Dr. Teleki wieder vorgestellt, mit der Angabe, daß seit mehreren Tagen äußerst heftige Schmerzen und ein übelriechender Ausfluß sich eingestellt hätten. Es gelang auch diesmal, durch Einschieben dünner Drainröhrchen zwischen Exostose und Gehörgangswand die putrid zersetzten, bräunlichgelben Epidermismassen auszuspülen und die bedrohlichen Symptome zum Schwinden zu bringen.

Nach dem vor 2 Jahren an Marasmus erfolgten Tode wurde P. gemäß der letztwilligen Verfügung des Verstorbenen gestattet, den Gehörgang behufs wissenschaftlicher Untersuchung herauszunehmen. Das demonstrirte Präparat zeigt nun folgende Veränderungen: Vom hinteren oberen Rande der Eingangsöffnung des knöchernen Gehörganges geht eine $1^1/_2$ Ctm. lange und 1 Ctm.

breite, etwas höckerige Exostose aus. Sie erscheint von der Schläfebeinschuppe und dem Planum mastoid. durch eine seichte Furche begrenzt. Nach Entfernung der Weichtheile und der vorderen unteren Gehörgangswand findet man das Lumen des Gehörgangs von einer braungelben grieslichen Epidermismasse angefüllt, welche sich durch eine kleinlinsengroße Perforationsöffnung am Trommelfelle bis in die Trommelhöhle erstreckt. Nach Entfernung dieser Massen zeigt sich der Gehörgang stark erweitert, der Margo tymp. über der SHRAPNELL-schen Membran in der Ausdehnung einer Linse defect, der Grund des Defectes von einer dünnen eingesunkenen Narbe ausgefüllt, welche den Hammer-Amboßkörper unmittelbar berührt. Die obere Gehörgangswand ist bis auf einen kleinen Knochensaum, welcher den oben erwähnten Defect begrenzt, durch Druckusur zerstört, und führt die Lücke in eine mehr als kirschkerngroße, glattwandige Höhle, welche zum Theile schon in den Bereich des Warzenfortsatzes fällt. Diese ist an ihrer Kuppe zackig durchbrochen, und führt die Lücke unmittelbar in das ebenfalls mit grieslicher Epidermis erfüllte Antrum mastoid. Die Innenseite der Exostose erscheint etwas ausgehöhlt, wodurch der vordere Rand stumpfkantig hervortritt. Die Basis der Exostose geht nach innen einerseits in eine stumpfe Kante über, welche die Gehörgangswand von der großen Höhle oberhalb des Gehörganges trennt, andererseits geht sie in diese Höhle selbst über. Der Warzenfortsatz ist vollständig eburneisirt. Der obere Trommelhöhlenraum und ein Theil des Antrum sind von neugebildetem Bindegewebe ausgefüllt, der mittlere und untere Trommelhöhlenraum frei, Labyrinth und Canalis acusticus unverändert.

In der Epikrise des Falles hebt P. hervor, daß die Exostose höchstwahrscheinlich einer früheren Otorrhoe ihre Entstehung verdankt und daß die Knochendefecte am Gehörgange und zum Theile auch im Warzenfortsatze durch die Retention der Epidermidalmassen entstanden sind. Die Perforationsöffnung im Trommelfelle und die gleichzeitige Durchlöcherung der geschilderten Knochenhöhle gegen das Antrum waren günstige Momente für die Ausstoßung der Epidermismassen im Mittelohre gegen die Räume des äußeren Gehörganges. Daß durch eine frühzeitige Abmeißelung der Exostose die Entstehung der Knochendefecte im Schläfebeine hintangehalten worden wäre, ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 25. April 1895.

v. ROSTHORN demonstrirt **zwei nach W. A. FREUND's Methode glücklich operirte Fälle von Blasenscheidenfisteln schwerster Art.**

Der 1. Fall betraf eine 30jährige Fabriksarbeiterin, bei welcher nach schwerer spontaner Geburt (verengtes rachitisches Becken) eines ausgetragenen todten Kindes im Verlaufe des fieberlosen Wochenbettes Incontinentia urinae aufgetreten war. Befund bei der Aufnahme auf die Klinik: Bis an die Afteröffnung reichender vernarbter Dammriß; Prolapsus der Blasenschleimhaut in die klaffende Vulva, von der Harnröhre nur ein $1^1/_2$ Cm. langes Stück erhalten; vollkommener Defect der vorderen Scheidenwand, so daß Blasenhöhle und Scheidenrohr einen gemeinsamen, an die Beckenwand fixirten Raum bildeten. Operation am 16. März d. J., bei welcher zur Deckung des großen Defectes die Fistelränder auf das herauspräparirte und herabgezogene Collum uteri angenäht wurden. Glatter Verlauf. Schon nach einigen Tagen konnte die Kranke nach kurzen Zwischenräumen unter starkem Drange geringe Harnmengen spontan entleeren. Gegenwärtig ist die Frau, trotzdem der Sphincter vesicae vollkommen zerstört war, continent.

Der 2. Fall ist eine 28jährige Magd, an welcher Prof. SCHAUTA im September 1889 nach mißlungenem Versuche, die Fistel zu schließen, die Kolpokleisis ausgeführt hat. Im December 1891 kam sie unter pyämischen Erscheinungen mit schwerer Cystitis auf die Klinik des Vortr., wo der durch die Kolpokleisis bedingte Scheidenverschluß gespalten werden mußte. Nach mehreren mißlungenen Versuchen, die Kolpokleisis wieder herzustellen, wurde auch hier das aus der Narbenmasse herauspräparirte Collum uteri zur Deckung des Blasendefectes verwendet. Heilung vollkommen glatt, Incontinenz beseitigt, Capacität der Blase gering.

CHIARI demonstrirt **ein Präparat von multiplen Exostosen.** Dasselbe stammte von einem 4jährigen, an Meningitis tuberc. verstorbenen Mädchen. Die Knochenauswüchse saßen an sämmtlichen Knochen des Körpers mit Ausnahme der Schädelknochen, waren mit Knorpel überzogen und müssen daher als Exostoses cartilagineae bezeichnet werden. Da keine Spur von Rachitis oder Lues nachzuweisen war, so sind diese Exostosen als eine reine Wachsthumsanomalie aufzufassen. Bemerkenswerth ist das jugendliche Alter des Individuums.

v. JAKSCH: Krankendemonstration.

1. Ein mittelst permanenter Drainage nach BÜLAU geheilter Fall von Pyopneumothorax, betreffend eine 33jährige Taglöhnerin, welche im December v. J. mit den Erscheinungen einer linksseitigen Lungeninfiltration und eines Exsudates auf die Klinik kam. Nach einer Aspirationspunction wurden $1^1/_2$ Liter steriler Eiter entleert. Wegen aufgetretenem Pyopneumothorax wurde am 9. Januar permanente Drainage gemacht und 1 Liter stinkenden Eiters entleert. Im weiteren Verlaufe entleerten sich noch mehr als 2000 Ccm. Eiter. Jetzt sind alle Erscheinungen des Pyopneumothorax und der Infiltration geschwunden, der Eiterabfluß hat aufgehört, die Wundöffnung ist bis auf eine kleine Fistel geheilt, das Körpergewicht hat um 11 Kgrm. zugenommen. — v. JAKSCH berichtet noch über andere Fälle von Heilung der Empyeme mit der BÜLAU'schen Methode und empfiehlt dieselbe wegen ihrer Einfachheit auf's Wärmste.

2. Ein Fall von puerperalem Tetanus. Die 23jähr. Fabriksarbeiterin wurde am 11. April mit Placenta praevia auf der Hebammenklinik aufgenommen, woselbst sie tamponirt und nach Geburt eines Mädchens am 19. April gesund entlassen wurde. Am 20. April traten Schmerzen in Wangen, Hals, Rücken und Kreuz und Krämpfe beim Sprechen ein, und bei ihrer Aufnahme am 24. April zeigte sie das Symptomenbild eines schweren Tetanus. Weder Tetanusbacillen noch Tetanusgift konnten nach den bekannten Methoden KITASATO's im Scheidensecrete, Cervicalschleime, Colostrum und Blut gefunden werden; da aber gleichzeitig auf der Hebammenklinik ein zweiter Fall mit den ausgesprochenen Erscheinungen von Tetanus vorgekommen ist und bei diesem im Lochialsecrete Tetanusbacillen nachgewiesen wurden, so konnte bei dem demonstrirten Falle an der Diagnose kein Zweifel sein. Der Pat. wurden deshalb in 5stündigen Intervallen 11 Injectionen von je 0·2 Grm. TIZZONI's Antitoxin injicirt. Dieselben hatten auf das Fieber keinen Einfluß, vielmehr ist dasselbe trotzdem etwas gestiegen und schwankt zwischen 38° und 39°. Ein geringer Effect der Injectionen zeigte sich insofern, als Pat. den Mund ein wenig öffnen kann, die Schlingkrämpfe geringer sind und die anfallsweisen Krämpfe, sowie der Opisthotonus etwas nachgelassen haben. Die Prognose bleibt trotzdem eine sehr zweifelhafte. (Pat. ist am 28. April nach Verbrauch von 3·6 Grm. Antitoxin gestorben. Ref.)

3. Ein Fall von acuter Tetanie bei einem 20jährigen Schustergehilfen, der seit Januar 1894 an Krämpfen litt und bei seiner Aufnahme am 26. März d. J. Temperatursteigerungen bis 38·4° zeigte. Die anfänglich sehr heftigen Krämpfe, welche auch durch Druck auf die Nervenstämme ausgelöst werden konnten, schwanden allmälig, ebenso das TROUSSEAU'sche Phänomen und die Temperatursteigerung, und nur die erhöhte mechanische Erregbarkeit ist gegenwärtig vorhanden.

4. Zwei Fälle von Tabes dorsalis, welche durch besondere Eigenthümlichkeiten ausgezeichnet sind. Bei dem einen besteht seit einem Jahre rechtsseitige Facialisparalyse und vor 14 Tagen ist eine tabische Spontanfractur des rechten Schenkelhalses aufgetreten. Bei dem zweiten Falle ist totale rechtsseitige Oculomotoriuslähmung und CHARCOT'sche Arthropathie am linken Kniegelenk vorhanden.

Ferner demonstrirte v. JAKSCH einen Fall mit den charakteristischen Symptomen der Syringomyelie (trophische Störungen am rechten Handgelenke, zahlreiche Keloide an den oberen Extremitäten, linksseitige Hemiatrophie der Zunge, Tabes spastica an den unteren und Thermanästhesie an den oberen Extremitäten), einen Fall von Polyneuritis und endlich einen Fall von Icterus mit hämorrhagischer Diathese. z.

Notizen.

Wien, 29. Juni 1895.

(Wiener medicinische Facultät.) Zum Decan für das Studienjahr 1895/96 wurde Prof. Dr. JULIUS WAGNER R. v. JAUREGG gewählt.

(Die Erkrankungen der Caisson-Arbeiter.) In der Nähe Wiens werden gegenwärtig die Vorarbeiten für einen Winterhafen der Donau nächst Nußdorf vorgenommen, und wurde schon vor Monaten mit der Fundirung von Pfeilern begonnen, die das Schleusenwerk tragen sollen. Diese Arbeiten werden unter Wasser in sogenannten „Caissons" oder großen Taucherglocken ausgeführt, aus welchen das Wasser behufs Trockenlegung der Fußsohle durch comprimirte Luft ausgepreßt wird. In diesen von comprimirter Luft erfüllten Glocken befinden sich etwa 20 Arbeiter unter einem Luftdruck von zuweilen mehr als 2 Atmosphären. Je weiter die Arbeiten fortschreiten, d. h. je tiefer die Arbeiter in die Sohle des Flusses eindringen, desto mehr steigt der Luftdruck, und thatsächlich traten erst nach mehrmonatlicher Arbeit die ersten Erkrankungen auf, welche, wie aus den Krankenvorstellungen des Dr. R. HELLER in der „Gesellschaft der Aerzte" (s. Nr. 24 d. Bl.) und im „Wr. med. Club" (s. die vorliegende Nummer) hervorgeht, erst nach dem Verlassen der Caissons, zumeist nach einer Viertel- bis einer Stunde plötzlich sich einstellten, so daß die Annahme gerechtfertigt ist, nicht der erhöhte Luftdruck, sondern die Druckverminderung nach dem Verlassen der Caissons sei die Ursache der Erkrankungen. Diese Annahme findet in den in der Klinik v. SCHRÖTTER gemachten Beobachtungen und in dem Obductionsbefunde eines 31jährigen, früher vollkommen gesunden Arbeiters, dessen Leiche Blutüberfüllung und Oedem der Lunge als Todesursache zeigte, ihre Stütze. Nun sind wohl Einrichtungen getroffen, die einen allmäligen Uebergang der Arbeiter aus den Caissons in's Freie ermöglichen sollen, dieselben scheinen jedoch ihrem Zwecke nur unvollkommen zu entsprechen, da sie nur einem geringen Theile der Arbeiterschaft der Caissons die gleichzeitige „Ausschleusung" ermöglichen. Die Arbeiter, welchen die Zeit des Ein- und Ausschleusens in die Arbeitszeit nicht eingerechnet wird, beeilen sich, den Caisson zu verlassen und setzen sich dadurch Gefahren für ihre Gesundheit und ihr Leben aus, deren Tragweite ihnen unbekannt ist. Es muß daher als dringlich bezeichnet werden, die Bauleitung zu verhalten, die Zeit der Ein- und Ausschleusung in die Arbeitszeit einzurechnen, die Arbeiter über die ihnen drohenden Gefahren bei voreiligem Verlassen der Caissons zu belehren, für permanenten ärztlichen Dienst zu sorgen und nur solche Caissons in Verwendung zu ziehen, welche mit den bewährtesten Vorrichtungen für entsprechende Ein- und Ausschleusung der Arbeiter versehen sind. Die Entsendung des Professors der Hygiene an der Wiener Universität, Dr. MAX GRUBER, der im Auftrage des Obersten Sanitätsrathes an Ort und Stelle Informationen einholen wird, dürfte wohl eine rasche und thatkräftige Intervention der Sanitätsbehörden zur Folge haben.

(Cholera-Prophylaxe.) Durch die internationale Sanitätsconferenz in Dresden wurden die allgemeinen Grundsätze festgestellt, nach welchen beim Ausbruche der Choleraepidemie die nothwendigen Sanitätsmaßregeln unter thunlichster Schonung des internationalen Verkehres von den betheiligten Staaten getroffen werden sollen. Die Feststellung der besonderen Maßnahmen hinsichtlich des Verkehres an den Grenzen von Nachbarstaaten beim Auftreten der Cholera nahe der Grenze wurde besonderen Vereinbarungen derselben überlassen. Gleichwie Oesterreich-Ungarn die Initiative zur Dresdener Conferenz gegeben, so ist es auch mit der Einleitung von Verhandlungen zur Regelung der in Cholerazeiten zu ergreifenden Sanitätsmaßnahmen im Grenzverkehre mit Nachbarstaaten vorangegangen. In den letzten Tagen fand im Ministerium des Aeußern zu diesem Zwecke eine Conferenz zwischen Vertretern Oesterreich-Ungarns und Rußlands statt, welche auf Grund der während der letzten Choleraepidemie in Rußland und Galizien gewonnenen Erfahrungen eine vollkommene Uebereinstimmung hinsichtlich aller Maßnahmen erzielte, die beim Auftreten der Cholera nächst der russisch-österreichischen Grenze die möglichst zuverlässige Einschränkung derselben bei thunlichster Schonung des Grenzverkehres zu garantiren geeignet sind.

(Der niederösterreichische Landessanitätsrath) hat sich dahin ausgesprochen, daß die Impfung und Wiederimpfung im Wege der Gesetzgebung und unter Einführung der obligatorischen Impfpflicht geregelt werde.

(Auszeichnungen.) In Anerkennung verdienstlicher Leistungen bei Abwehr und Bekämpfung der Cholera in den Jahren 1893 und 1894 wurden verliehen: Der Orden der eisernen Krone III. Classe den Landes-Sanitätsreferenten: Dr. ROBERT SCHÖFL in Brünn, Dr. BASIL KLUCZENKO in Czernowitz und Dr. FERDINAND ILLING in Troppau; das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens dem inspicirenden Amtsarzte Dr. SALOMON SPITZER in Brünn; der Titel eines kaiserlichen Rathes den inspicirenden Amtsärzten Dr. JOSEF BARZICKI und Dr. ZDZISLAUS LACHOWICZ in Lemberg, dem Bezirksarzte I. Classe Dr. STEFAN KURFÜRST in Mährisch-Weißkirchen; das goldene Verdienstkreuz mit der Krone den Bezirksärzten Dr. CARL WERNER in Sniatyn, Dr. GUSTAV BIELANSKI in Krakau, Dr. ALOIS LÖWY in Nisko, Dr. HANS KAAN in Mistek und Doctor HERMANN TITTINGER in Kotzman. Der Ausdruck der Allerh. Zufriedenheit wurde bekannt gegeben: Dem außerordentlichen Mitgliede des Landes-Sanitätsrathes für die Bukowina, Regimentsarzte Doctor LUDWIG KAMEN in Czernowitz, den Bezirksärzten Dr. LEOPOLD GETZLINGER in Wiznitz und Dr. EUGEN MANDYBUR in Gurahumora, dem Gemeindearzte Dr. LEO PIETROWSKI in Waszkoutz und dem Doctoranden der Medicin LEON KOBYLANSKI. — Dem praktischen Arzte Dr. ALOIS SPÄNGLER in Steyr ist in Anerkennung seiner vieljährigen verdienstlichen ärztlichen und humanitären Wirksamkeit der Titel eines kaiserlichen Rathes verliehen worden.

(Der Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien) wird am 4. und 5. October d. J. eine Wanderversammlung in Prag abhalten. Anmeldungen zu Vorträgen und Demonstrationen sind bis längstens 8. September an Prof. ARNOLD PICK in Prag zu richten.

(Unter Collegen.) Kürzlich hat das Landgericht in Essen a. R. einen Arzt wegen Erpressung an einem Collegen zu einem Monate Gefängniß verurtheilt. In Kupferdreh prakticirte seit 18 Jahren der Dr. B., der eine große Clientel besaß und namentlich an allen Instituten Anstellung erhalten hatte. Als Dr. A. sich 1890 in Kupferdreh niederließ, fand er nur sehr wenig Beschäftigung und suchte deshalb bei der Krankencasse Anstellung zu finden. Da aber Dr. B. diesen Posten zur Zufriedenheit der Betheiligten ausfüllte, so hatte Dr. A. vorderhand keine Aussicht, an dessen Stelle zu treten. Nun erfuhr Dr. A. zufällig, daß Dr. B. eigentlich gar kein Doctor sei, sondern nur das Staatsexamen bestanden habe. Diesen Umstand suchte er nun zu seinem Vortheile zu benutzen. Er schrieb an Dr. B., er wolle die ihm bekannt gewordene Thatsache fernerhin geheim halten, wenn er, Dr. B., auf seine Stelle bei der Orts- und Bahnkrankencasse verzichte. Dr. B. antwortete, er sei bereit, auf die Ortskrankencasse zu verzichten. Als Dr. A. hierauf erwiderte, das genüge ihm nicht, entschloß sich Dr. B., von jeder Concession an ihn Abstand zu nehmen. Nun zeigte Dr. A. seinen Collegen wegen unberechtigter Führung des Doctortitels an. Das Schöffengericht verurtheilte denselben zu einer Geldstrafe, konnte aber das Verbot der weiteren Führung des Titels nicht aussprechen, da derselbe nachträglich schnell das Doctorexamen bestanden hatte. In der erwähnten Zuschrift des Dr. A. erblickte das Landgericht die Drohung mit einer Anzeige, als einem Uebel, in dem erwirkten Verzicht des Dr. B. auf die Ortskrankencasse die Erlangung eines Vermögensvortheiles. — Gegen dieses Urtheil hat Dr. A. Revision eingelegt.

(Verbotene Cosmetica.) Die Sanitätsbehörden haben die Erzeugung und den Vertrieb von „Eau de Lys" wegen seines Quecksilbergehaltes, von „Flora Hair Milden" als bleihältig (beide vom Droguisten GROLICH in Brünn in Vertrieb gesetzt), ferner des salpetersaures Silberoxyd enthaltenden Haarfärbemittels „Krinochrom" (des J. BERTHOL in Berlin) und der „Myrrhen-Crème" (BRODY in Kremsier) verboten.

(Die Zahl der Medicin Studirenden) betrug im Wintersemester 1894/95 in Wien 1881, Berlin 1220, München 1168, Würzburg 779, Leipzig 754, Prag 612, Freiburg 466, Erlangen 465, Greifswald 381, Zürich 316, Straßburg 316, Breslau 297, Innsbruck 282, Kiel 251, Halle 249, Bonn 245, Genf 233, Tübingen 233, Heidelberg 225, Marburg 225, Königsberg 221, Bern 212, Göttingen 207, Jena 190, Basel 162, Gießen 142, Rostock 110, Lausanne 108.

(Statistik.) Vom 16. bis inclusive 22. Juni 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6297 Personen behandelt Hievon wurden 1383 entlassen; 152 sind gestorben (9 90% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k Statthalterei als **erkrankt gemeldet**: An Diphtheritis 65, egyptischer Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 26, Scharlach 94, Masern 306, Keuchhusten 89. Wundrothlauf 28, Wochenbettfieber 2, Mumps 12, Influenza 1. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 659 Personen **gestorben** (— 4 gegen die Vorwoche).

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Baccelli F., Studien über Malaria. Autoris. deutsche Ausgabe. Berlin 1895, S. Karger.

Landau R., Geschichte der jüdischen Aerzte. Berlin 1895, S. Karger.

Kaliski F., Therap. Vademecum. Berlin 1895, S. Karger.

Lenhartz H., Mikroskopie und Chemie am Krankenbette. II. verm. Aufl. Berlin 1895, J. Springer.

Heinsheimer F., Entwicklung und jetziger Stand der Schilddrüsenbehandlung. München 1895, J. F. Lehmann.

Katzenstein M., Ueber secundäre Veränderungen der Organe bei Rachendiphtherie. München 1895, J. F. Lehmann.

Gautier M. und **Renault F.,** Formulaire des spécialités pharmaceutiques. Paris 1895, J. B. Baillière & fils.

Loewy A., Untersuchungen über Respiration und Circulation. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Pizzighelli G., Anleitung zur Photographie. VII. Aufl. Halle a. S. 1895, W. Knapp.

Lang E., Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. 1. Abth. II. umgearb. u. erweiterte Aufl. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Wolff F., Ueber den Einfluß des Gebirgsklimas auf den gesunden und kranken Menschen. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Wiederhold, Nervenschwäche, ihr Wesen u. ihre Behandlung. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Kleen E., Handbuch der Massage. Uebersetzt von Dr. G. Schütz. II. verm. Aufl. Leipzig 1895, G. Thieme.

Joseph M., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. verm. Aufl. 1. Theil: Hautkrankheiten. Leipzig 1895, G. Thieme.

Schlesinger H. und **Becker H.,** Grundzüge der Ernährung des gesunden und kranken Menschen. Frankfurt a. M. 1895, H. Bechhold.

Wiesengrund B., Die Elektricität. Frankfurt a. M. 1895, H. Bechhold.

Příbram A., Grundzüge der Therapie. Berlin u. Prag 1895, H. Kornfeld.

Schaffer K., Suggestion und Reflex. Jena 1895, G. Fischer.

Pfeiffer L., Die Protozoen als Krankheitserreger. Nachträge. Jena 1895, G. Fischer.

Haug R., Die Grundzüge einer hygienischen Prophylaxe der Ohrentzündungen. Jena 1895, G. Fischer.

Schäffer O., Atlas und Grundriß der Lehre vom Geburtsact und der operativen Geburtshilfe. III. Aufl. München 1895, J. F. Lehmann.

Forel A., Der Hypnotismus. III verb. Aufl. Stuttgart 1895, F. Enke.

Knoblauch A., Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur. Stuttgart 1895, F. Enke.

Herz M., Kritische Psychiatrie. Wien, Leipzig, Teschen 1895, K. Prochaska.

Thomas E., Hygiene der Kindheit. Uebersetzt von Dr. F. Schmey. Frankfurt a. M. 1895, J. Alt.

Schreiber E. Cl., Arzneiverordnungen mit besonderer Berücksichtigung billiger Verschreibungsweise. III. Aufl. Frankfurt a. M. 1895, J. Alt.

Liermann W., Ueber die Entwicklung und den heutigen Stand der mechanischen Behandlung der tuberculösen Hüftgelenksentzündung. Frankfurt a. M. 1895, J. Alt.

Abel K., Die mikroskopische Technik und Diagnostik in der gynäkologischen Praxis. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Wegele C., Die physikalische und medicamentöse Behandlung der Magen- und Darmerkrankungen. Jena 1895, G. Fischer.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Nr. 27. Sonntag den 7. Juli 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Therapie der Osteomalacie.

Von **Dr. W. Latzko** in Wien. *)

M. H.! Gestatten Sie, daß ich Ihnen über die an einer größeren Reihe genau beobachteter Osteomalaciefälle erzielten therapeutischen Erfolge kurz berichte.

Die Anzahl der von mir behandelten und bis heute in Evidenz gehaltenen Fälle beträgt 70. Wenn ich von den senilen, den nach meiner Anschauung eine eigene Gruppe bildenden, im Climacterium einsetzenden und endlich allen jenen Osteomalacien absehe, die nach dem 1. Juni 1894 in meine Behandlung traten, so verbleibt ein vollkommen gleichartiges, nach allen Richtungen vergleichbares Material von 36 Fällen, das den folgenden Ausführungen zu Grunde liegt.

Von diesen 36 Fällen habe ich zwei aus absoluter Indication während der Geburt am normalen Schwangerschaftsende nach PORRO operirt. Ein Fall ist vollständig geheilt, der zweite zeigt einige schmerzhafte Druckpunkte, erfreut sich aber sonst einer vollkommenen Gesundheit.

Einen Fall habe ich castrirt. Es trat langsame Besserung ein, doch erfolgte Recidive nach einem Jahr. Unregelmäßiger Phosphorgebrauch erzielte mäßige Besserung. Pat. geht jetzt an Krücken, während sie vorher im Rollstuhl gefahren werden mußte. Seit $1^1/_2$ Jahren bestehen günstige äußere Verhältnisse.

Zwei Fälle sind spontan ausgeheilt. Der eine ist 1 Jahr lang über das Climacterium hinaus. Seit der 11. Entbindung vor 15 Jahren fortschreitende Besserung, die durch eine viermonatliche, durch künstlichen Abortus beendete Schwangerschaft nicht unterbrochen wurde. Pat. hält sich seit 12 Jahren für vollkommen geheilt; doch blieb immer allgemeine Schwäche zurück. Derzeit ist das Skelet vollkommen fest und unempfindlich; die 52 Jahre alte Frau ist trotzdem marastisch, seit einem Jahre mit geringen Unterbrechungen an's Bett gefesselt. Der zweite Fall erkrankte in der 6. Schwangerschaft, mit deren Aufhören der Proceß ausheilte. Sie ist bisher nicht wieder gravid geworden.

*) Vortrag, gehalten auf dem VI. Congresse der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Wien.

Drei Fälle wurden nur mit Chloroformnarkose behandelt. Es sind dies die Fälle 2, 5 und 6 aus meiner Arbeit „Ueber den Einfluß der Chloroformnarkose auf die Osteomalacie" [1]), auf die ich hiemit verweise.

28 Fälle sind mit Phosphor behandelt worden. Im Anfang erhielten die Pat. die STERNBERG'sche Dosis von circa 0·004 täglich. (Phosph. 0·05 ad Ol. jec. asell. 50·0, täglich 1 Kaffeelöffel = 4 Grm.). Später ging ich unter dem Eindruck einer letalen Vergiftung auf schwächere Lösungen über und erhielten die Kranken 0·0012—0·0024 täglich. Vom November 1893 bis December 1894 ordinirte ich, wo die materiellen Verhältnisse dies gestatteten, nur Phosphor in Gelatinekapseln à 0·001, 1—3 Stück täglich. Doch hat sich diese zwar bequeme, aber theuere Medication schon deshalb nicht bewährt, weil sich in Oel gelöster Phosphor in Gelatinekapseln nicht hält. Die meisten Pat., die im Jahre 1894 zur Behandlung kamen, sind in Folge dessen in ihrer Genesung zurückgeblieben.

Seit December 1894 verschreibe ich gleichmäßig Phosphor 0·06 ad Ol. jec. asell. 100·0 und steigere nach 2 bis 3 Monaten, wo die Besserung nicht ohnedies glatt fortschreitet, auf 0·08, eventuell 0·1 ad 100·0 Ol. jec. asell., täglich 1 Kaffeelöffel. Dies entspricht Dosen von 0·0024, 0·0032, 0·004 Phosphor pro die. Die Steigerung der Dosen hat ihre Begründung in der schon von WEGNER angegebenen Gewöhnung an das Mittel.

Von den 28 Phosphorfällen fallen zunächst zwei außer Betracht; ein Fall, der an Phosphorvergiftung starb, und eine Frau, die am 17. Februar 1894 in meine Behandlung trat, sich aber trotz wiederholter Mahnung der Medication immer wieder entzog.

Von den übrigen 26 durchwegs ambulatorisch oder häuslich behandelten Frauen sind 15 geheilt, 10 wesentlich gebessert und 1 ungeheilt.

[1]) „Wiener klin. Wochenschr.", 1894.

Geheilt nenne ich, wie der pathologische Anatom, eine Osteomalacie dann, wenn das Skelet vollkommen consolidirt und dementsprechend nicht mehr druckempfindlich erscheint. Gänzliche oder theilweise Wiederherstellung der Gehfähigkeit sind hiebei immer, gänzliche oder theilweise Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der Regel zu beobachten. Immerhin gibt es Fälle, in denen trotz vollständiger Festigkeit und Unempfindlichkeit des Knochensystemes die vorhandene Cachexie bestehen bleibt, in denen die durch die hochgradige Kyphose gesetzten Veränderungen am Circulations- und Respirationsapparat irreparabel sind, in denen veränderte Schwerpunktsverhältnisse und Atrophie gewisser Muskelgruppen Geh- und Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen.

Von den 15 geheilten Fällen besitzen 4 ein absolut verengtes Becken; einer von diesen Fällen ist seither an Herzparalyse gestorben, und wurde die vollkommene Consolidation des Skelettes durch die Section bestätigt. 6 Fälle besitzen ein typisch osteomalacisches, wenn auch nicht absolut verengtes, 5 Fälle ein nur wenig oder gar nicht verändertes Becken. Doch zeigt die Mehrzahl der letzteren mehr oder weniger hochgradige Skeletveränderungen, die in einem Kleinerwerden der Frauen ihren Ausdruck finden. Die Fälle der 2. und 3. Gruppe haben durchwegs volle Geh- und Arbeitsfähigkeit erlangt.

Die 10 wesentlich gebesserten Fälle stehen derzeit noch in Behandlung; bei fast allen ist die Besserung eine fortschreitende und es erscheint die Hoffnung berechtigt, daß wenigstens die Mehrzahl in einigen Monaten geheilt sein wird. Unter diese Gruppe fallen die Kranken aus dem Jahre 1894, die mit Phosphor in Gelatinekapseln behandelt wurden, dann mehrere Pat., die unter besonders ungünstigen Verhältnissen leben.

Von den gebesserten Fällen besitzen 2 ein absolut verengtes, 7 ein typisch osteomalacisches, wenn auch nicht absolut verengtes und einer ein annähernd normales Becken.

In einem Falle endlich machte der osteomalacische Proceß trotz Phosphortherapie und relativ günstiger äußerer Verhältnisse Fortschritte. Dieser Fall ist zur Castration bestimmt.

Die Betrachtung der hier mitgetheilten Fälle läßt unter allen Umständen den Schluß zu, daß auch die vorgeschrittensten Fälle von Osteomalacie der Phosphortherapie zugänglich sind. Die von Sternberg an die erfolgreiche Behandlung vier schwerer Osteomalacien geknüpfte Folgerung, daß wir in der Phosphortherapie ein verläßliches Heilmittel gegen Osteomalacie besitzen, hat sich voll und ganz bewahrheitet.

Eine specielle Besprechung verlangt das Verhältniß zwischen Schwangerschaft und Phosphortherapie. Daß die ungünstige Wirkung der Schwangerschaft den günstigen Einfluß einer während derselben eingeleiteten Phosphorbehandlung ganz paralysiren kann, habe ich zweimal gesehen. Ebenso kann eine kaum vollendete Heilung des osteomalacischen Processes durch eine neuerliche Schwangerschaft zunichte gemacht werden, wie ich dies einmal beobachtete. [2]) Ob hier die Exacerbation auch eingetreten wäre, wenn die Frau weiter Phosphor genommen hätte, läßt sich aus den bisherigen Erfahrungen nicht entscheiden. In einer Reihe von Fällen aber, in denen die Heilung schon eine Zeit lang bestand, hatten die folgenden Schwangerschaften, besonders bei gleichzeitigem Phosphorgebrauch, keine oder nur eine unwesentliche Exacerbation zur Folge.

Der Satz Fehling's, daß die conservativ behandelten Fälle besonders gern recidiviren, hat also nur beschränkte Berechtigung, besonders bei Beherzigung des von Gelpke empfohlenen Grundsatzes, mit der Behandlung der Osteomalacie nicht früher aufzuhören, bevor der letzte Rest von Druckempfindlichkeit verschwunden ist. Wenn Fehling sich zur Stütze seiner Behauptung auf den Fall I Sternberg's beruft, der angeblich nach vollständiger Heilung unter dem Einfluß der nächsten Schwangerschaft hochgradig recidivirte, so genügt, es auf die Publication Sternberg's und das beigeschlossene Sectionsprotokoll des nach Porro verstorbenen Falles hinzuweisen, wo nichts Derartiges zu lesen steht. Das in die Sammlung des pathologisch-anatomischen Institutes eingereihte Becken des Falles zeichnet sich durch seine Solidität und Schwere ganz besonders aus.

Aus der Literatur wären hier noch der durch v. Winckel in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft demonstrirte Fall Scheuse und der Fall I von Weber heranzuziehen, die beide nach conservativer Heilung Schwangerschnft ohne Exacerbation durchmachten. Neuestens hat Fischer einen analogen Fall nach Phosphorheilung berichtet.

Stellen wir nun die durch Phosphortherapie an ganzen Osteomalaciereihen durch Sternberg und mich erzielten Erfolge denen gegenüber, die durch andere conservative Behandlungsmethoden erreicht wurden, so ergibt sich, daß weder durch Leberthran, China, Eisen, Pulvis Hassii, dem Fehling noch am meisten Vertrauen schenkt, noch durch Soolbäder oder Chloroformnarkose Aehnliches erreicht wurde oder zu erreichen ist. Was speciell das aus Calc. carb., Calc. phosph., und Fe. carbon. zusammengesetzte Pulvis Hassii betrifft, so dürfte dessen Wirkung wohl auf die Phosphorsäure zurückzuführen sein, die ebenso wie phosphorige Säure in 800 bis 1000facher Dosis nach Wegner eine ähnliche Wirkung auf den Knochen entfaltet, wie Phosphor.

Wenn trotzdem der Phosphor ganz allgemein mit den erwähnten Mitteln in einen Topf geworfen und gleich diesen von Fehling in seiner letzten Arbeit zur symptomatischen Behandlung der Osteomalacie empfohlen wird, durch die es im Verein mit kräftiger Ernährung, Wohnungs-, eventuell Ortswechsel, Vermeiden von Stillen manchmal gelingt, die Krankheit Jahre lang aufzuhalten, selbst zu heilen, so kann die Ursache nur daran liegen, daß die Phosphortherapie, um Erfolg zu versprechen, mit genügend großen Dosen, consequent, eventuell auch mehr als 1 Jahr lang durchgeführt werden muß, daß diesen Bedingungen aber nur von wenigen Autoren genügt wurde.

Einzig v. Winckel zieht aus der Publication der 4 Fälle Sternberg's die Consequenzen und nennt die Phosphortherapie neben der Castration. Alle anderen Autoren verhalten sich gegen erstere, gelinde gesagt, mißtrauisch. Die durch Phosphor erzielten Erfolge sind ihnen zu wenig verläßlich, die Castration die sicherste Therapie der Osteomalacie. Fehling, Löhlein, Velits, dann Heitzmann, R. v. Braun, Polgar und Freiherr v. d. Busche-Haddenhausen sind Vertreter dieser Anschauung.

Ich halte die mit der Phosphortherapie erzielten Erfolge für nicht genügend spruchreif, um percentuelle Heilungsberechnungen anzustellen; das wird die Zukunft bringen. Auch eine wesentliche Aenderung der Indicationsstellung bei Osteomalacie wird kaum aus denselben resultiren; die Indicationsstellung ist ja bisher schon bei fast allen Autoren eine außerordentlich conservative — in der Theorie nämlich. Praktisch drängten die Mißerfolge mit den als gleichwerthig betrachteten medicamentösen Behandlungsmethoden immer wieder zur Castration.

Eines steht aber nunmehr fest; wenn Fehling, Schauta, v. Winckel, Löhlein etc. die Castration empfahlen, „wenn die anderen Behandlungsmethoden versagten", so wird man nunmehr an Stelle der beliebigen „anderen Behandlungsmethoden" die Phosphortherapie setzen müssen. Die Castration bei Osteomalacie, die als erstes verläßliches Mittel gegen Osteomalacie uns in die Hand gegeben zu haben, Fehling's unvergängliches Verdienst ist, wird dann nur außerordentlich selten indicirt erscheinen.

---

[2]) S. Latzko, Ueber den Einfluß der Chloroformnarkose etc. (l. c.), Fall 9.

Ueber Erkältungen.

Von **Dr. Adolf Bäumel** in Eger.

Die Frage der Aetiologie der verschiedenen Krankheiten, die Aerzte und Laien von jeher so vielfach interessirte, hat in den letzten Decennien eine wesentliche Förderung durch die bacteriologische Forschung erfahren. Für viele Krankheiten wurden Mikroorganismen als Krankheitserreger nachgewiesen oder doch mit Bestimmtheit als solche bezeichnet, und noch ist des Suchens und Findens pathogener Mikroorganismen kein Ende. Wollen wir uns auch die Thatsache nicht verhehlen, daß in dieser Richtung Irrthümer und Uebertreibungen vorkamen und noch vorkommen, daß manches anscheinend definitive Resultat der modernen bacteriologischen Forschung durch deren weiteren Fortschritt noch rectificirt werden wird, so steht doch fest, daß wenigstens im Allgemeinen die Richtung unserer Zeit in dieser Frage keine fehlerhafte ist, daß zum mindesten die große Mehrzahl der ärztlichen Forscher wie der Praktiker sie nicht dafür hält. Die wenigsten Aerzte zweifeln z. B. an der Existenz und pathogenen Bedeutung des Tuberkelbacillus, an der parasitären Entstehungsweise der Polyarthritis; wenn aber ein Patient, der an diesem Leiden erkrankt ist, die Anschwellung seiner Gelenke mit einer Erkältung in Zusammenhang bringt, dann meint der Arzt oft, uneingedenk seiner bacteriologischen Ueberzeugung: Das kann schon sein. Was ist nun eigentlich die Ursache, eine Erkältung oder ein Mikroorganismus? Und was ist denn eigentlich eine Erkältung?

In den Vorlesungen und Lehrbüchern der allgemeinen Pathologie vermissen wir gewöhnlich eine präcise Definition dessen, was wir unter einer Erkältung verstehen sollen und in den Lehrbüchern der speciellen Pathologie und Therapie erfahren wir darüber nicht viel mehr. Wohl heißt es in dem Abschnitte „Aetiologie" bei sehr vielen Krankheitsformen: „als Ursachen werden angeführt: Erkältungen u. s. w.", doch äußern sich die Autoren darüber, ob diese Angabe auch den Thatsachen entspreche, entweder gar nicht, oder recht reservirt, und erst im Abschnitte „Therapie" oder „Prophylaxe" will es uns scheinen, daß der Autor die Erkältung als pathogenetischen Factor anerkenne, denn dort begegnen wir dann gewöhnlich dem Passus: „Man bewahre also den Patienten vor Erkältungen" oder doch zum mindesten einen sehr ähnlich klingenden, ohne daß es uns auch bei ziemlich aufmerksamer Lectüre gelungen wäre, zu entdecken, in welcher Weise eine Erkältung gerade nach dieser Richtung krank machend wirke, welche die pathologischen oder anatomischen Veränderungen sind, die die Erkältung hervorruft.

Die Frage nach der Natur der Erkältung bewegt sich bereits nach Jahren und da wird es Niemandem verwunderlich erscheinen, daß ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur eine Aufklärung über diese Frage gesucht habe; so habe ich denn auch in einem größeren Sammelwerke den Artikel „Erkältung" aufgesucht und dort auch auf ungefähr vier Druckseiten manch Schönes und Wahres gefunden, jedoch keine Definition dessen, was wir unter Erkältung zu verstehen haben. Und doch ist der Autor jenes Artikels ein gelehrter Universitätsprofessor, der eine Definition nicht unterlassen hätte, wenn sie hätte gegeben werden können, und hätte sich nicht mit der Feststellung begnügt, die Erkältung sei „zunächst nur ätiologischer Begriff".

Wäre es nicht vielleicht klarer, wenn wir, anstatt mit dem mystischen Begriffe der Erkältung zu operiren, uns darauf beschränken würden, was wir mit physikalischen Mitteln wahrnehmen und mit physikalischen Gesetzen erklären können? — Wir würden uns dann vielleicht sagen, daß der Einfluß niederer Temperaturen auf den menschlichen Körper sich nach zwei Richtungen geltend machen kann, und zwar:

1. Durch das Hervorrufen a) dauernder anatomischer Veränderungen (Erfrierung ganzer Organe oder einzelner Gewebepartien); b) vorübergehender Störungen in der Vertheilung des Blutes im Körper, hervorgerufen durch partielle Beschränkung der Blutzufuhr zu gewissen betroffenen Körpertheilen.

2. Durch vermehrte Abgabe von Körperwärme an das umgebende, niederer temperirte Medium.

Ich glaube, wir könnten hiedurch so ziemlich Alles erklären, was noch vielfach der Erkältung als ätiologischem Momente in die Schuhe geschoben wird und es könnte vielleicht dieser Begriff, der so sehr viel Verwirrung in unsere ätiologischen, prophylactischen und curativ-therapeutischen Ansichten gebracht hat und zum Theile noch bringt, bei Seite geschoben werden, gewiß nicht zum Nachtheile einer unbefangenen wissenschaftlichen Forschung und auch nicht zum Nachtheile der gesunden und kranken Menschheit.

Denken wir nur einmal darüber nach, was diese landläufige Krankheitsursache Alles auf dem Gewissen hat, so werden wir wenig Krankheitsformen und kaum ein Organ an unserem Körper finden, die nicht fallweise als durch die Erkältung hervorgerufen, beziehungsweise als afficirbar durch dieselbe bezeichnet würden. Ich will nicht einmal jene Fälle im Auge behalten, wo z. B. ein verschämter Gonorrhoiker seine Cystitis oder Arthritis gonorrhoica auf recht wohlfeile Weise aus einer Erkältung entstehen läßt; sie sind mehr komischer Natur und nur als Symptom dessen werthvoll, wie sehr die Volksmeinung von der Omnipotenz dieses Agens durchdrungen ist, und wir müssen uns gestehen, nicht ohne Hinzuthun der Aerzte. Halten wir aber eine kleine elective Rundschau über die Erkrankungen der verschiedenen Organe, so finden wir, wenn wir am Kopfe beginnen, gleich bei der Nase eine Erkrankung, die als classischer Typus der Erkältungskrankheiten angeführt wird, die Coryza. Die Engländer nennen den Schnupfen cold, er ist ihnen also die Erkältungskrankheit κατ' ἐξοχήν, jenes Leiden, das am häufigsten durch Erkältung zu Stande kommt, und sie geben damit einer Ueberzeugung Ausdruck, der sich das Gros der Laienwelt und zum mindesten ein sehr wesentlicher Theil der Aerzte anschließen.

Und doch finden wir bei genauerem Zusehen, daß bei vielen Schnupfen — und mit bei den hartnäckigsten — die Gelegenheit der Erkältung den Patienten nicht bekannt ist, wenn sie auch nicht im Geringsten daran zweifeln, daß der Schnupfen durch Erkältung veranlaßt wird und nur nach einer solchen entstehen kann. „Wenn ich nur wüßte, wo ich mich so erkältet habe!" kann man häufig genug hören; dann freilich wäre das Gewissen der Erkältungsfanatiker beruhigt. Thatsächlich kommt es ja häufig genug vor, wenn wir barfuß oder mit recht dünnen Strümpfen bekleidet aus dem warmen Bette auf den kühlen Fußboden steigen, oder wenn unser Schuhwerk die Feuchtigkeit der Straße nicht mehr abzuhalten vermag, daß wir in der Nase eine gewisse Feuchtigkeit verspüren, ähnlich wie zu Beginn eines Schnupfens, aber schon nach sehr kurzer Zeit ist dieses Feuchtigkeitsgefühl wieder verschwunden. Was ist denn geschehen? Unsere Körperoberfläche hat an einer Stelle, die daran nicht gewöhnt ist, eine plötzliche Abkühlung erfahren, es hat eine Störung im Caliber der Blutgefäße des betroffenen Körpertheiles stattgefunden, das Gleichgewicht im Blutdrucke wird durch die Hyperämie eines anderen Organes (in unserem Falle der Nasenschleimhaut) wieder hergestellt, die größere Blutfülle bedingt eine gesteigerte und qualitativ veränderte Secretion des Nasenschleimes; wenn aber unser Körper normale Widerstandskraft besitzt, vollkommen gesund ist, dann tritt sehr rasch eine Restitutio ad integrum ein, cessante causa cessat effectus. Anders ist es bei einem kranken Organismus oder wo die Schleimhäute durch häufigere Entzündungen gegen die kleinste Gleichgewichtsstörung empfindlich geworden, dort restituirt sich der normale Zustand sehr langsam, oft überhaupt nicht ganz, deshalb die leichte Exacerbation auf den geringsten Reiz, auf Wind, Staub, Infection und Erkältung. Bei gesunden Leuten zeigt die Coryza denselben Typus, wie

irgend eine andere Infectionskrankheit, man ist im Incubationsstadium gegen Temperaturdifferenzen wie gegen andere Schädlichkeiten empfindlicher als sonst, und so wird man häufig in die Lage kommen, eine empfindlichere Abkühlung zu constatiren, ohne daß man berechtigt wäre, das, was nach der Infection (Beginn der Erkrankung) erfahren wurde, für dessen Ursache anzusehen.

Ich möchte nicht zu ausführlich werden, obzwar sich über diese Frage bei jeder einzelnen Erkrankung recht viel sagen ließe, sei es eine Angina, eine Laryngitis, eine Pneumonie, eine Pleuritis u. s. w., bei allen Krankheiten ist das Publicum und auch zahlreiche Aerzte geneigt, als Ursache eine Erkältung anzunehmen, oder wenn sie das zeitliche Aufeinander derselben und der Erkrankung nicht eruiren können, doch zu supponiren.

Ich möchte nur noch eine Erkrankungsform anführen, bei der es für eine große Ketzerei gilt, an Erkältung als deren Ursache nicht zu glauben, und das ist der Muskelrheumatismus.

Ich meine zunächst, daß unter diesem Namen verschiedene Erkrankungen subsumirt werden, die nicht viel mehr mit einander gemein haben, als das Symptom der Muskelschmerzen; wir machen es uns aber recht bequem und nennen jedes Leiden, das mit Muskelschmerzen einhergeht, zunächst einen Muskelrheumatismus, schon mit dem Namen die rheumatische, i. e. durch Erkältung entstandene Natur des Uebels feststellend. Die Lehrbücher constatiren, daß anatomische Veränderungen nicht gefunden werden, daß als Ursache Erkältung angeführt werde und nur einige neuere Forscher meinen, sie persönlich hielten eine Entstehung durch die Einwirkung niederer Lebewesen nicht für ausgeschlossen; die Auskunft ist auch recht dürftig. Ich muß mir schon erlauben, hier meine eigene Ansicht über das Zustandekommen und die Natur dieses Uebels auszusprechen und diese geht zunächst dahin: Wenn durch das, was man Erkältung zu nennen pflegt, überhaupt Krankheiten entstehen können, dann ist dies bei gewissen Fällen des Rheumatismus der Muskeln der Fall. Diese Organe liegen ziemlich oberflächlich im Körper und der schwache Schutz, den die Haut, das subcutane Bindegewebe und die Fascien gegen äußere thermische Reize gewähren, lassen es möglich erscheinen, daß ein scharfer, kalter Luftstrom, der eine circumscripte Partie eines durch Arbeitsleistung ermüdeten und höher temperirten Muskels trifft, an dieser Stelle krankmachend wirken kann. Mehr als die Möglichkeit möchte ich auch hier nicht concediren, schon die Wahrscheinlichkeit begegnet ganz erheblichen Bedenken, von denen ich nur wenige anführen möchte.

Wir sind es doch gewöhnt, zu sehen, daß excessiv hohe Temperaturen local die gleichen Wirkungen hervorrufen, wie excessiv tiefe, zum mindesten innerhalb gewisser Grenzen; nun müssen wir zu unserem Erstaunen sehen, daß, wenn wir uns vom Temperaturoptimum des menschlichen Organismus (selbst wenn wir die Innentemperatur des Körpers als Basis annehmen) so weit nach aufwärts bewegen, als davon abwärts die Temperatur jener Luft liegt, die bei plötzlichem Einwirken krankmachend wirken soll, eine Wirkung höchstens auf die äußere Decke ausgeübt wird. Gehen wir aber, indem wir eine größere Widerstandskraft gegen erhöhte Temperaturen, als gegen herabgesetzte annehmen, bis zu jenen Graden, die bestimmt als schädlich zu betrachten sind, so bemerken wir, daß bei der Einwirkung sehr heißer Gase, Dampfes oder siedenden Wassers wohl eine Dermatitis verschiedenen Grades entstehen kann, ohne daß jedoch die unter der betroffenen Haut gelegene Musculatur irgendwie durch den thermischen Reiz mußte gelitten haben.

Wir müssen auch darüber staunen, daß die Muskelrheumatismen nahezu regelmäßig nur bei Leuten anzutreffen sind, die ein gewisses Alter bereits überschritten haben (unter 30 Jahren sehr selten) und können doch kaum annehmen, daß jüngere Individuen etwa viel vorsichtiger wären, als ältere, oder durch sonst irgend welche besondere Umstände umso vieles seltener jenen Schädlichkeiten ausgesetzt würden, die geeignet sind, eine Erkältung herbeizuführen.

Wollen wir aber alle Bedenken unterdrücken und meinetwegen annehmen, die menschliche Musculatur empfände einen sogenannten Luftzug erst in einem gewissen Entwicklungsstadium als pathogene Noxe, so können wir uns die Wirkung desselben auch nicht anders vorstellen, denn als eine local congelative.

Es thut mir sehr leid, daß mir das Materiale und die sonstigen Behelfe nicht zu Gebote stehen, dieser Frage histologisch näher zu treten, würde mich aber glücklich schätzen, wenn durch diese Zeilen die Anregung dafür geboten würde, daß irgend ein wissenschaftliches Institut diese Verhältnisse nochmals und mit vermehrter Aufmerksamkeit untersuchte. Vielleicht würde dann aus den Lehrbüchern der Passus verschwinden: Anatomische Veränderungen finden sich nicht. Der Begriff einer anatomisch nachweisbaren Läsion hat sich ja in den letzten Jahrzehnten umso Vieles geändert, die Methoden sind umso Vieles feiner, die Instrumente präciser geworden. Ich glaube, es müßten sich Veränderungen finden, vielleicht in einzelnen Muskelfasern, vielleicht — und das ist mir viel wahrscheinlicher — im Perimysium, in jenen Bindegewebsbildungen, die die Muskelfasergruppen niederer oder höherer Ordnung umschließen.

(Schluß folgt.)

Ueber Darmatonie.

Von **Dr. S. Federn** in Wien.

(Fortsetzung.)

Ich will noch etwas über die acuten Diarrhöen bemerken: auch diese rühren häufig von geringen Kothansammlungen im Darme her, werden aber auch oft durch fehlerhafte Ingesta oder vielleicht auch durch Erkältungen veranlaßt, und bei jedem acuten Darmcatarrh sollte es der Arzt sich zur Regel machen, den Darmcatarrh nicht für geheilt zu erklären, wenn kein Stuhl erfolgt, sondern bis normaler, regelmäßiger Stuhl wieder täglich abgesetzt wird; dies scheint eigentlich selbstverständlich, wird aber in der Praxis nur zu oft übersehen; der Laie, in der Furcht vor der Wiederkehr der Diarrhoe, bleibt bei der adstringirenden Diät, und solche Fälle geben dann Anlaß zur Darmatonie oder es tritt nach der Verstopfung wieder Diarrhoe ein und es entwickelt sich ein stets recidivirender Darmcatarrh, welcher aber nicht nothwendige Folge der ursprünglichen Krankheitsursache, sondern der irrthümlichen Behandlung ist; eine genaue, tägliche Untersuchung des Dickdarmes schützt am sichersten vor diesem Fehler.

Heute setze ich hinzu, daß die Ursache, warum ein acuter Darmcatarrh sich zu einem chronischen entwickelt, fast stets in der Anwendung der Adstringentien und Opiate liegt; diese rufen Verstopfung hervor, und auf diese Weise bildet sich, wenn das Individuum nur etwas dazu geneigt, das erste Stadium, die Darminsufficienz aus, welche gerade in solchem Falle sehr gerne gleich in das dritte — die partielle Darmatonie — übergeht. Nach meiner Erfahrung hat man fast nie nöthig, adstringirend zu behandeln. Wenn Sie vom Anfang an Irrigationen von Camillenthee geben und, selbst wenn der Pat. im Laufe des Tages 15—20 Stühle hat, nicht adstringiren, so wird sich die Diarrhoe bald mäßigen, ja Sie werden sehr bald in die Lage kommen, den Stuhlgang befördern zu müssen, und wenn dieses durch die Irrigationen nicht gelingt, leichte Abführmittel verabreichen. Ich weiß, daß es schon heute viele Aerzte gibt, die gleich im Beginn jedes acuten Darmcatarrhes Abführmittel reichen, um die alten, zersetzten Massen wegzuschaffen, und dieses ist gewiß viel besser als Opiate und Adstringentien; wenn aber der Darmcatarrh 2 bis

3 Tage andauert, so ändern sie die Therapie und stopfen; das Resultat wird sich dann wohl gleich bleiben. Für die Richtigkeit einer Therapie des acuten Darmcatarrhes kann wohl nur der Erfolg sprechen; wenn ich Ihnen berichten kann, daß ich seit 12 Jahren höchstens 4mal ein Adstringens oder Opiat beim Darmcatarrh verschrieben habe, wobei ich die Zahl viel eher übertreibe als unterschätze, und daß sich in dieser Zeit in meiner Praxis kein chronischer Darmcatarrh entwickelt hat und kein acuter auch nur bedenklich geworden ist, so kann das wohl nicht einem Zufall zuzuschreiben sein. Ich habe diese Therapie in jedem Alter angewendet, bei Säuglingen, wie bei Greisen; ich wurde erst in der vorigen Woche zu einer 80jährigen Dame gerufen, welche bereits 10 Stühle gehabt hatte, ihre Umgebung drängte sie, DOWER'sches Pulver zu nehmen, sie wartete aber, bis ich kam. Ich verordnete ihr Camillenirrigation und rieth ihr, mich zu rufen, wenn es schlechter würde; ich wurde nicht gerufen, und die Frau erholte sich in 2 Tagen. Ich gab ihr nur den Rath, darauf zu sehen, daß sie täglich Stuhl habe.

Ich hatte auch in dieser ganzen Zeit keinen Fall von Cholera infantum. Dies kann Zufall sein, da ich keine bedeutende Kinderpraxis habe, es kann aber auch die Folge sein, weil ich selbst im Sommer bei Säuglingen nie stopfe. Ich habe die Richtigkeit meiner Therapie nur empirisch begründet, erlauben Sie mir aber auch meine theoretischen Gründe anzuführen. Sie haben gewiß Alle, so wie ich, die Erfahrung gemacht, daß bei allen stärkeren Diarrhoen die Stühle abnorm penetrant riechen. Die blos säuerlich riechenden Mischstühle sind noch die unschuldigsten. Dieser penetrante Geruch weist auf abnorme Zersetzungen im Darme hin, und man hat im letzten Decennium vielfach versucht, den Darm zu desinficiren. Ich halte dies für ein fruchtloses Beginnen; es ist so, als wenn wir ein großes Feuer durch eine Klystierspritze löschen wollten, denn die Vermehrung der Bacterien geht so rasch vor sich, und der geringste Rest zersetzter Fäces inficirt die neuen, daß wir unmöglich mit unserer Desinfection nachkommen können. BAUMANN glaubte noch, daß Calomel den Darm als Antisepticum desinficire; wir wissen aber heute, daß die Aetherschwefelsäuren im Harne nur dann durch Calomel abnehmen, wenn es abführend wirkt; wir können die Zersetzungen im Darm nur vermindern oder schnell vernichten, wenn wir stark abführend wirken, und darum scheint es in den meisten Fällen von Diarrhoe rationell, zu purgiren und nicht zu stopfen.

Ich gehe nun zur Behandlung des chronischen Darmcatarrhes über. Sie wissen alle, meine Herren, daß dieser die wahre Crux medicorum bildet; als Beweis kann dienen, das die verschiedensten Curen dagegen empfohlen werden; alle möglichen Medicamente, Purgantien, Adstringentien, Thermen, Kaltwassercuren, Schwefelbäder, Karlsbad, Arsen, Argent. nitric., Klystiere jeder Art. Sie alle, sowie ich, haben solche Fälle kennen gelernt, denen nicht beizukommen war; seit ich aber erkannt habe, daß der chronische Darmcatarrh auf Darmatonie, und zwar in der Regel auf partieller Darmatonie beruht, ist mir kein Fall vorgekommen, der nicht gut geworden wäre; ich spreche natürlich vom idiopathischen chronischen Darmcatarrh, und schließe die Fälle aus, die auf tuberculösen Geschwüren, Syphilis, wie ich einen Fall gesehen habe, und anderen Dyskrasien beruhen. Wie Sie wissen, gibt es viele Fälle von chronischem Darmcatarrh, bei welchen die Diarrhoe abwechselnd mit Verstopfung auftritt; es gibt aber auch solche, wo nie Verstopfung eintritt, die Diarrhoe wechselt höchstens mit normalem Stuhle oder auch dieser tritt nur ausnahmsweise ein; ebenso wechselt die angebliche Ursache der Diarrhoe; Diätfehler, Verkältungen, Aufregungen werden als Gelegenheitsursachen angegeben, aber diese Schädlichkeiten sind nur die Veranlassung der Diarrhoe, die Ursache liegt in der partiellen Darmatonie, und die Behandlung bleibt die gleiche.

Bevor ich Ihnen einzelne Fälle aufzähle, muß ich mich etwas ausführlicher über den Zustand, den ich partielle Darmatonie nenne, aussprechen; ich verstehe darunter jenen Zustand, wo man bei der Percussion des Dickdarmes an einer und derselben Stelle desselben immer — selbst nach vorangegangener Entleerung einen gedämpften bis leeren Schall bekommt; auch hier dürfen Sie nur schwach percutiren, sonst kann Ihnen selbst nach großer Uebung die Differenz entgehen; dennoch sind ausgesprochene Fälle von partieller Darmatonie am meisten geeignet, sich von dem Nutzen der Percussion zu überzeugen und diese zu erlernen. Ich stelle mir vor, daß der Koth an dieser Stelle fest an der Wand haftet und der Darm sich um den Inhalt contrahirt. Die Gründe für diese Auffassung habe ich bereits vor 4 Jahren in meiner Arbeit mitgetheilt und unterlasse daher die Wiederholung; ich kann nur sagen, daß mir die weitere Beobachtung meine Auffassung nur bestätigt hat.

Was die Behandlung des chronischen Darmcatarrhes betrifft, so verbiete ich vor Allem jede verstopfende Diät, Reis, Chocolade, selbst starker russischer Thee und rother Wein darf nicht getrunken werden, ebenso meide ich alle Speisen und Gemüse, die viel Koth machen, also Amylacea und grüne Gemüse, dagegen erlaube ich leichte Compote, besonders Aepfel; die Hauptbehandlung besteht aber in der Faradisation des atonischen Darmes und zwei, auch mehrmaligen Camillenklystieren (mehrmalige nur, wenn die Diarrhoe mit Schmerzen verbunden ist), und ich kann Sie versichern, daß bei diesem Regime die Diarrhoen immer seltener werden und mit dem Aufhören der Dämpfung schwinden, so daß ich zum Schlusse immer die Verstopfung, aber nicht die Diarrhoe zu bekämpfen habe, wo dann in der Regel die Eingießungen nicht ausreichen und ich noch Purgantien geben muß. Es hat eben der Reiz des atonischen Darmstückes aufgehört und die Insufficienz des Darmes macht sich geltend.

Ich werde Sie mit der Aufzählung der zahlreichen Fälle nicht ermüden, die ich im Laufe der Jahre mit Erfolg behandelt habe; ich werde nur einzelne Fälle berichten, die solange gedauert hatten, und bei denen so viel schon angewendet worden war, daß sie gewissermaßen zu mir schon ohne Hoffnung auf Genesung kamen. So wurde von Professor MOSETIG ein Herr zu mir geschickt, der seit 5 Jahren einen Darmcatarrh hatte, der in der Regel mit heftigen Koliken und Unwohlsein auftrat; er war bereits 4mal ohne Erfolg in Karlsbad, und hatte auch die verschiedensten Behandlungen erfolglos angewendet; als leidenschaftlicher Jäger war ihm das Leiden besonders auf der Jagd widerwärtig, weil er auf dem Anstand keinen Augenblick sicher war; fast hoffnungslos kam er zu mir, um mich zu consultiren, ob ich ihm helfen könne.

Bei der Untersuchung fand ich eine nicht mehr als einige Centimeter breite Stelle, die gedämpft und etwas empfindlich war; ich machte daher Hoffnung auf Heilung und nach fünfwöchentlicher Behandlung verlor sich die Dämpfung und Empfindlichkeit, es ging ihm immer besser und er blieb auch in der Folge gesund, solange ich noch etwas von ihm hörte.

Eine ihm bekannte Dame, die Frau eines unserer ersten Industriellen, hatte seit einem Jahre einen sehr schmerzhaften Darmcatarrh, sie mußte zeitweise jede Nacht 4—6mal unter heftigen Schmerzen zu Stuhl gehen, und der gestörte Schlaf, wie die strenge Diät mit dem Darmcatarrh hatten sie sehr heruntergebracht; nachdem die Frau trotz verschiedener Curen und Mittel statt besser immer schlechter wurde, erklärte man das Leiden als nervöses und schickte sie nach Abbazia: dort wurde das Uebel nicht besser, und nach ihrer Rückkehr consultirte sie mich; es war derselbe Zustand, wie ich ihn schon angegeben — partielle Atonie über einem größeren Theil des Querdarmes: sie wurde unter der schon angegebenen Behandlung gesund.

Ein Juris Doctor, seit vielen Jahren an Darmcatarrh leidend, war schon 5mal in Karlsbad, hatte die verschiedensten Specialisten consultirt und strenge nach den Anordnungen gelebt, ohne daß irgend eine Behandlung ihn geheilt, ja auch nur entschieden gebessert hätte; im Gegentheile merkte er, daß sein Allgemeinbefinden, seine Stimmung und seine Arbeits-

lust darunter leiden. Er wurde durch ungefähr 9 Wochen behandelt, und so viel ich bis heute weiß, ist er gesund geblieben. Ich bemerke, daß in allen diesen Fällen mit der Beseitigung des Darmcatarrhes eine Stuhlträgheit eintrat, die ich beheben musste.

Ich will nur noch 3 Fälle anführen, bei welchen das Uebel von Jugend auf bestand; die Pat. waren aus vermögenden Häusern und es war Alles bereits angewendet worden, was ihnen von einer Autorität gerathen wurde, aber alle wurden erst nach Behebung der partiellen Darmatonie und dem gänzlich geänderten Regime gesund.

Noch einen Fall bei einem Knaben will ich erwähnen, weil er auf die Entwicklung der Neurasthenie ein Licht werfen kann. Ein sonst ganz gesunder 10jähriger Knabe, der keine Spur von Neurasthenie zeigte, acquirirte einen Darmcatarrh (im Sommer 1893) und wurde von einem sehr bewährten Kinderarzt behandelt; die Diarrhoe trat meistens in der Nacht auf, und der Knabe magerte in Folge der gestörten Nachtruhe und des Uebels ab; nach den gebräuchlichen Methoden wurde er ganz ohne Erfolg behandelt, die Diarrhoe cessirte einige Tage, um dann wieder aufzutreten, und da der Zufall wollte, daß die Diarrhoe durch einige Zeit gewöhnlich recidivirte, wenn der Vater seine Familie auf der Sommerfrische besuchte, wurde vom Arzte die Aufregung des Kindes über den Besuch des Vaters als Ursache der Diarrhoe gehalten, und das Leiden für ein nervöses erklärt. Obwohl der Darmcatarrh auch in der Stadt fortbestand, wo die erwähnte Ursache wegfiel, blieb der Arzt bei dieser Meinung, und man konnte nach gewöhnlicher Auffassung darin einen Grund dafür finden, weil in der Familie schwere nervöse Leiden vorhanden waren.

Als ich mit dem behandelnden Arzte das Kind sah, fand ich in der linken Hälfte des Colon transversum partielle Atonie; der Darm wurde faradisirt, alle Adstringentien weggelassen, die Diät, wie schon besprochen, geändert, und nach 2 Monaten war das Kind gesund und ist bis heute gesund geblieben.

Ich zweifle nicht, daß der Knabe, wenn seine partielle Darmatonie nicht behoben worden wäre, den Darmcatarrh behalten und neurasthenisch geworden wäre, wodurch die Ansicht des Arztes scheinbar gerechtfertigt worden wäre, aber nur, weil man die Wirkung für die Ursache genommen hätte.

Bevor ich die Besprechung des Darmcatarrhes verlasse, muß ich jene Diarrhoe besprechen, welche eines der gefürchtetsten Symptome der Tuberculose bildet. Sie finden in den Lehrbüchern und in Vorträgen über diese Krankheit eine Unzahl von Mitteln gegen dieses Symptom; bei jedem neuen Adstringens wird rühmend hervorgehoben, daß es auch gegen die Diarrhoen der Tuberculose wirksam ist. Meine Herren, ich habe schon seit Langem die Furcht vor solchen Diarrhöen verloren; erst sub finem vitae, wo überhaupt nichts zu fürchten und zu hoffen ist, sind sie die Folge tuberculöser Geschwüre, sonst sind sie fast immer die Folge von Darminsufficienz oder partieller Darmatonie und müssen nach demselben Principe behandelt werden; ich habe in meiner Arbeit über partielle Darmatonie [2]) angeführt, daß diese eine wichtige Complication der Tuberculose sei, ich habe ihre Bedeutung nur in ihrem Einfluß auf Appetit und Verdauung gesucht, heute verstehe ich es besser; die partielle Darmatonie ist erstens die häufigste Quelle der Diarrhoen, und wir beseitigen die letzteren, wenn wir die erste beheben, und dazu müssen wir die schon oben angeführte Therapie: Camilleneingießungen, Darmfaradisation, bei der geringsten Verstopfung Abführmittel, anwenden. Wenn mich etwas von der Richtigkeit meiner Auffassung überzeugt, so war es der Erfolg bei der Tuberculose; ich möchte diesen ein Experimentum crucis nennen, da doch meine Behandlung den Anschauungen der Schule geradezu entgegengesetzt war; ich weiß, wie ich im Anfange unter dem Einfluß der herrschenden Lehre trotz des objectiven Befundes der Percussion zaghaft von der gewohnten Behandlung abging, bis ich endlich, durch den Erfolg ermuthigt, immer sicherer wurde und ganz der, wie mir schien, einzig rationellen Anschauung folgte. Ich werde Ihnen keine Krankheitsgeschichten erzählen; ich habe nur einzelne Tuberculöse behandelt, deren Prognose ungünstig schien; aber was könnten auch solche Erfolge bei einer Krankheit beweisen, wo nur große Zahlen maßgebend sind. Sie können mir aber glauben, meine Herren, daß der Erfolg der geänderten Behandlung selbst in den ungünstigen Fällen auffällig war, der Appetit wurde besser, der Patient fühlte sich wohler und auch das Fieber nahm ab, weil auch der Darm neben dem Proceß in der Lunge das Fieber beeinflußte.

Ich wollte nichts über den Blutdruck sprechen, aber nachdem ich die Tuberculose berührt habe, muß ich der Vollständigkeit wegen anführen, daß gerade bei der Tuberculose der Blutdruck durch den Darm in hohem Grade beeinflußt wird, und der Verlauf der Tuberculose wieder durch den Blutdruck; Sie kennen den wechselnden Verlauf der Tuberculose, wie selbst bei ungünstigeren Fällen kürzere, auch längere Zwischenperioden der Besserung eintreten; solche Perioden treten aber nach meinen Beobachtungen nur bei niedrigem Blutdrucke ein, und demnach können Sie den Einfluß der partiellen Darmatonie, welche vor Allem den Blutdruck bestimmt, auf den Verlauf der Tuberculose ermessen. Ich war schon oft vor das schwierige Dilemma gestellt, was ich vorziehen soll, den Kranken in ein besseres Klima zu schicken oder ihn lieber nicht der Ueberwachung des Darmes zu entziehen; in der Regel hatte ich es nicht zu entscheiden, denn die Angehörigen fürchteten spätere Vorwürfe, wenn der Pat. in Wien bliebe, und eine Heilung konnte ich ja nicht versprechen; ich gebe aber nicht die Hoffnung auf, den Gesammtverlauf der Tuberculose günstiger zu beeinflussen, wenn ich den Kranken von Anfang an behandeln kann, wozu ich in den letzten Jahren nur in einem Falle Gelegenheit hatte, der trotz ungünstiger Prognose eines competenten Consiliarius günstig verlief. (Schluß folgt.)

[2]) S. Federn, Ueber partielle Darmatonie und ihre Beziehung zu Morbus Basedowii und anderen Krankheiten. „Wr. Klinik", 1891, pag. 81 u. ff.

Referate und literarische Anzeigen.

J. Lévai (Budapest): Die Vereinfachung der Wundbehandlung in der Praxis.

L. übt, wie er in der „Pest. med.-chir. Presse" (1895, Nr. 24) berichtet, seit 4 Jahren eine den Verhältnissen der Arbeiter-Krankencassen angepaßte Methode der Wundbehandlung aus, in welcher der mechanischen Reinigung der Verletzungen bei vollständiger Beseitigung der Antiseptica der größte Werth beigemessen und die Asepsis lediglich zur Reinigung der Hände, der Instrumente und der Umgebung der Wunde verwendet wird. Zum Verbande wird im gewöhnlichen Sinne reine Watte (oder Mull), zur Bespülung der Wunden filtrirtes Leitungswasser verwendet. Bei Operationen im Hause der Kranken wird Wasser zweifelhaften Ursprunges abgekocht.

Die ambulanten Kranken werden in einem ad hoc eingerichteten, geweißten Zimmer behandelt und operirt, dessen Fußboden mit Oelfarbe gestrichen ist. — L.'s Statistik bezieht sich auf 10.114 Kranken, von welchen 322 operirt wurden. Von diesen konnte Heilung per primam in 194 Fällen erwartet werden, wovon in 14 Fällen die Heilung per granulationem erfolgte. Wundinfection entstand in einem einzigen Falle in Folge arger Vernachlässigung durch den Pat.

Um die „Selbstbehandlung" der Wunden nach Verletzungen zu verhindern, wurde in solchen Fällen ein Deckverband angelegt, welcher vor Ablauf einer Woche nicht abgenommen werden durfte.

Unter 388 derartig behandelten Fällen heilten bei 71 die Wunden unter einem einzigen Verband. Den mit größeren gequetschten Wunden Behafteten rieth L. an, die Wunde zu Hause mit 3 Liter Wasser, welchem ein wenig Kochsalz zugegeben wird, Früh und Abends

zu waschen, nachher mit Mull und Watte zu bedecken. Einigen verabreichte er auch 5proc. Borvaselin, mit welchem die Mullschichte eingestrichen wurde, um auf diese Weise die Wunde nicht aufzureiben. Unter den 388 Verletzungen heilten (die oben erwähnten 71 nicht eingerechnet) 290 glatt, und nur 27 Verletzte mußten ihre Arbeit wegen Verschlechterung des Zustandes einstellen, wonach meistens eine schnelle Heilung erfolgte. Diese Erfolge ermuthigten den Autor, bei 1334 folgenden Fällen auch nur mit salzigem Wasser die Wunden zu bespülen. Das Resultat war ein sehr befriedigendes, nachdem 947 ganz glatt (ohne Reaction) und sehr schnell zuheilten, bei 370 sich etwas Eiterung zeigte und nur bei 17 entzündliche Reaction aufgetreten ist.

Sehr viele Patienten meldeten sich erst nach längerer Spitalsbehandlung bei dem Autor, um ihre Verletzung hier endlich zur Heilung zu bringen. Bei diesen Gelegenheiten konnte er recht oft die Beobachtung machen, daß die mit Antisepticis behandelten Wunden inficirt sind oder ihre Heilung eine sehr langsame ist, weil man in dem blinden Vertrauen zu den antiseptischen Mitteln die peinlichste Reinhaltung der Wunden außer Acht gelassen hatte. Wenn man solchen Verwundeten anordnet, daß sie einigemal im Tage mit einfachem Leitungswasser die Wunde abspülen, erzielen sie eine auch den Verwundeten auffallende schnelle Heilung.

Auch bei schon inficirten Wunden hält Autor die antiseptischen Mittel für unnöthig; zum Beweise führt er seine 616 Fälle an, bei denen die phlegmonösen Entzündungen durch Oeffnen der Wunde und durch Ableiten des Eiters oder der Jauche, nachher durch Abspülung mit einfachem Leitungswasser, eventuell mit kochsalzigem Wasser, die besten Erfolge zeigten.

Aus seinen Erfahrungen zieht L. folgende Schlüsse:

1. Die Infection der Wunden hängt nicht allein von den Mikroorganismen, sondern von äußeren Umständen, von der Qualität der Wunde, recht oft von der individuellen Disposition des Verwundeten ab; die Wunden sind in der Privatpraxis weniger der Infection ausgesetzt, als in den Spitälern.

2. Das Wesen der Wundbehandlung besteht in der Privatpraxis, wie auch bei Operationen in den Spitälern neben der technischen Gewandtheit und Fürsorge zur Abführung des Secrets und der nöthigen Ruhe in der mechanischen Reinigung der Verletzungen; die sog. Antisepsis ist vollständig zu beseitigen, die Asepsis nur insofern zu berücksichtigen, als selbe zur Reinigung der Hände des Operateurs, der Instrumente und der Umgebung der Wunde es erfordert.

In „gewöhnlichem" Sinne reine Verbandmittel, gewöhnliches reines Leitungswasser entsprechen vollständig den Anforderungen der Privatpraxis.

3. Auf diese Weise wird die Wundbehandlung ungemein vereinfacht und verspricht die besten Erfolge, zumal wenn selbe mit dem Princip des Conservativismus verbunden ausgeführt wird.

4. Was speciell die Arbeiterpraxis anbelangt, so hält Autor die Selbstbehandlung der Verletzten, wenn der Arzt sie nicht täglich verbinden kann, für gerechtfertigt; man muß die Verletzten mit reinen Verbandmitteln versehen und ihnen anordnen, daß sie sich mit Leitungswasser (eventuell abgekocht) gründlich baden. Diese Behandlung führt auch zum Ziel und ist bei Arbeitern geboten, welche einmal oder sehr selten zum Chirurgen kommen können.

A.

W. Janowski (Warschau): **Ein Fall von Parotitis purulenta, hervorgerufen durch den Typhusbacillus.**

Der Typhusbacillus als alleiniger Urheber der Eiterung in verschiedenen Organen und Geweben ist bereits wiederholt nachgewiesen worden. Doch findet sich in der Literatur kein Fall von eitriger Parotitis dieses Ursprunges. J. hatte Gelegenheit („Centralbl. f. Bact. u. Par.", 1895, Nr. 22), einen derartigen Fall auf dem Sectionstische zu sehen und genau zu untersuchen. Der Befund im Darme ließ einen Abdominaltyphus erkennen, welcher etwa 2 bis 3 Monate vor dem Tode abgelaufen war. Die rechte Parotis war stark vergrößert, gleichmäßig mit Eiter infiltrirt und enthielt mehrere, etwa hasel- bis walnußgroße Eiterhöhlen. Die genaue bacteriologische Untersuchung ergab absolut reine Culturen des Typhusbacillus. Diesen Fall betrachtet J. in dreierlei Hinsicht als bemerkenswerth: Erstens ist es der erste in der Literatur bekannte Fall von ausschließlich durch den Typhusbacillus hervorgerufener Parotitis purulenta. Zweitens wurde durch die bacteriologische Untersuchung die bei der Section gestellte, auf kürzlich durchgemachten Typhus lautende Diagnose vollständig bestätigt, obgleich klinische Beweise dafür fehlten. Drittens liefert der Fall einen neuen Beweis dafür, wie verhältnißmäßig spät und langsam sich die posttyphöse, nur durch den Typhusbacillus verursachte Eiterung entwickelt.

s—s.

Franz Neugebauer (Warschau): **Einige Worte über die somatologische und diagnostische Bedeutung der menschlichen Gangspuren oder Ichnogramme.**

Der Gang des Menschen hängt nicht allein von den physischen Bedingungen der verschiedensten Art ab, von dem Gewichte des Menschen, der Art der Vertheilung desselben auf den Rumpf, die Extremitäten etc., und der Art der Belastung, sondern in nicht minder hohem Grade von der auf den Gang verwendeten Aufmerksamkeit, von dem Zwecke des Ganges, individuellen Eigenthümlichkeiten und von Angewohnheiten, sowie von dem augenblicklichen Gesundheitszustande des Individuums. Ein und dasselbe Individuum hinterläßt je nach den begleitenden Umständen verschiedene Gangspuren; die Verschiedenheit hängt ab von der für den Gang verbrauchten Zeit, von der Schnelligkeit und von der eigenthümlichen Beschaffenheit des Ganges, von der beim Gehen verbrauchten Muskelkraft und von etwaigen gleichzeitigen Beschäftigungen des Körpers und des Geistes. Dennoch besitzen die Gangspuren eines jeden Menschen eine gewisse diagnostische Bedeutsamkeit, die nicht nur für die medicinische Diagnose, sondern auch für anthropologische Studien und in forensischer Beziehung werthvoll ist. Neugebauer faßt nun seine Erfahrungen in dieser Beziehung in einem interessanten Vortrage (Sammlung klinischer Vorträge, 1895, Nr. 126) zusammen; er bezeichnet mit dem Ausdrucke Ichnogramm die Spur des gesammten Ganges und mit dem Ausdrucke Pelmatogramm den Abdruck der einzelnen Fußsohle. Zur Aufnahme der Gangspur werden die Fußsohlen energisch mit Carminpulver eingerieben, am besten mit dem Handteller, während das Individuum auf einem Stuhle sitzt. Sodann läßt man die Person aufstehen und auf einen aus straff gespanntem Papier gefertigten Läufer treten, worauf der Gang beginnt. Die einzelnen Abdrücke werden mit einem farbigen Bleistifte contourirt und zur Aufbewahrung mit arabischem Gummi oder mit Spirituslack fixirt. Während des Ganges muß die Aufmerksamkeit der Versuchsperson durch ein Gespräch vom Gehen abgelenkt werden; eine Dame darf ihre Röcke nicht erheben. Nach dieser Methode hat auch schon der bekannte französische Nervenpathologe Gilles de la Tourette die Gangspur bei den verschiedensten Nervenerkrankungen aufgenommen, und es ist zu erwarten, daß die von Neugebauer angeregte diagnostische Verwerthung der menschlichen Gangspuren gute Früchte tragen werde.

W.

Der Stoffwechsel des Kindes von der Geburt bis zur Beendigung des Wachsthums, meist nach eigenen Versuchen dargestellt. Von **Wilhelm Camerer.** Tübingen 1894, H. Laupp.

In dem vorliegenden kleinen Buche bringt der Verf. eine zusammenhängende Darstellung und Verarbeitung des umfangreichen Materiales, welches er in mühevollen Stoffwechseluntersuchungen größtentheils an seinen eigenen fünf Kindern seit dem Jahre 1876 gewonnen und in den verschiedenen Jahrgängen der „Zeitschrift für Biologie", des „Jahrb. für Kinderheilkunde" und des „Correspondenzblattes des württ. ärztl. Vereines" niedergelegt hat. Seine Arbeit wird auf diese Weise zu einer Darstellung des gesammten kindlichen Stoffwechsels nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft und erscheint um so verdienstvoller, als eine umfassende Bearbeitung des Gegenstandes seit Vierordt's Physiologie des Kindesalters (1881), die heute schon mancherlei Ergänzung und Berichtigung bedarf, von anderer Seite nicht geliefert worden ist. Wer da weiß, wie mühe-

voll und zeitraubend Stoffwechseluntersuchungen überhaupt sind, zumal für einen in amtlicher Stellung befindlichen Landarzt mit beschränkter Arbeitszeit, dem zum größten Theile jene Hilfsmittel mangeln, die den Laboratorien an den Stätten der Wissenschaft zu Gebote stehen, wird die Arbeit CAMERER's in den vorliegenden exacten Untersuchungen nach ihrem wahren Werthe zu würdigen vermögen. Die Kinder wurden zur Ermittlung des Wachsthums fortwährend genau gemessen und gewogen, an den Versuchstagen jede Speise, jede Urin- und Kothentleerung gewogen und gemessen, die Perspiratio insensibilis ermittelt, Analysen der hauptsächlich gebrauchten Speisen ausgeführt, resp. der Wassergehalt, der Stickstoff- und Fettgehalt derselben bestimmt, weiters wurde für jeden einzelnen 24stündigen Urin der Harnstoffgehalt, vom dritten Versuchsjahre an auch der Gesammtstickstoff und die Asche des Harns bestimmt und für den Koth Bestimmungen des Wasser- und Stickstoffgehaltes, des Aetherextractes und der Asche ausgeführt. CAMERER hat sich in der That ein großes Verdienst um die Wissenschaft erworben und die in seinen Untersuchungen niedergelegten Resultate werden dauernden Werth für die Lehre vom kindlichen Stoffwechsel behalten.

In dem eng bemessenen Raume dieser Besprechung ist es nicht am Platze, den Untersuchungen CAMERER's im Einzelnen nachzugehen. Wir wollen an dieser Stelle blos eine bis in die allerneueste Zeit viel discutirte Frage von principieller Bedeutung aus der Lehre vom kindlichen Stoffwechsel herausgreifen, die durch die Untersuchungen C.'s nunmehr endgiltig entschieden erscheint, die gangbare Lehre nämlich vom „Stickstoffdeficit der Säuglinge". Während beim Erwachsenen aller Stickstoff der Zufuhr, welcher nicht im Körper aufgespeichert wird, im Harn und Koth wieder nachzuweisen ist, sollte dies, jener Lehre zufolge, beim Säugling nicht der Fall sein, sondern eine beträchtliche Menge Stickstoff auf anderen noch unbekannten Wegen ausgeschieden werden. C. zeigt nun, daß diese Lehre heute nicht mehr aufrecht erhalten werden kann: denn 1. ist es höchst unwahrscheinlich und durch keine weitere Beobachtung auf dem Gebiete des Stoffwechsels unterstützt, daß ein so fundamentaler Proceß, wie die Zersetzung des zugeführten Eiweiß, beim Säugling anders verlaufen sollte, als beim Erwachsenen. 2. Sobald Harn und Koth getrennt und sicher aufgefangen werden können, verschwindet das Stickstoffdeficit vollständig, ob nun die Nahrung aus einfacher oder aber aus gemischter Kost besteht.

Der aufmerksame Leser wird noch eine Reihe weiterer wichtiger Thatsachen und eine Fülle nützlicher Belehrung überhaupt in dem kleinen Buche finden, dessen eingehendes Studium den Freunden exacter Forschung sowohl, wie dem Kinderarzte insbesondere hiemit auf das Angelegentlichste empfohlen sein mag.

Druck und Ausstattung lassen Nichts zu wünschen übrig.

UNGER.

Feuilleton.

Medicinisch-Philosophisches.

Der Autoritätenglaube ist ein altes Uebel in der medicinischen Wissenschaft, und das Wort BACON'S, daß der Entwicklung der Medicin hauptsächlich zwei Hindernisse, die Autoritäten und die Systeme, gegenüberstehen, gilt noch heute zu Recht. Auf keinem wissenschaftlichen Gebiete wird soviel in verba magistri geschworen, wie auf dem der ärztlichen Kunst, und in keinem wissenschaftlichen Fache wird so viel auf Kosten der Autorität gesündigt, wie eben in der Medicin.

Es ist gut, daß sich das Laienpublicum durch den Glanz eines berühmten Namens gar leicht bestechen läßt und daß der Autoritätendienst der ärztlichen Praxis keinen Schaden bringt. Aber sonderbar muthet es immerhin den denkenden Laien an, wenn er Autoritäten mit dem ganzen Gewichte ihrer Persönlichkeit gegen einander auftreten sieht, und wenn er merkt, daß das ganze Rüstzeug der Wissenschaft zu persönlichem Kampfe verwendet wird. Dann kann es auch nicht fehlen, daß die Tagespresse sich auf die Seite des einen oder anderen Kämpfers stellt, und zu guterletzt muß sich der Hausarzt darum kümmern, welche Zeitungen in den zu seiner Clientel gehörenden Familien gelesen werden, damit er ja nicht gegen die Meinung des betreffenden Leibblattes verstoße.

Der Geist der Medicin ist offenbar nicht so leicht zu fassen, wie Herr Mephisto meinte; es ist heute nicht mehr so leicht wie ehedem, daß man es gehen lasse, wie's Gott gefällt. Seitdem jedes illustrirte Blatt einen ärztlichen Sprechsaal hat und jedes Familienjournal in seinem Briefkasten medicinische Rathschläge gibt — ganz abgesehen von den medicinischen Artikeln des Conversationslexikons — steht der Arzt bei seiner Behandlung unter steter Controle des Laien; und es soll vorgekommen sein, daß man den behandelnden Arzt mit Berufung auf dies und das zur Anwendung von dem und dem sozusagen gezwungen hat. — —

Ein berühmter Mediciner meinte einmal, daß der Fortschritt der Medicin immer nur zurückführe; man komme immer auf Altes und Bekanntes zurück; im Streite der wechselnden Meinungen erringe nicht immer das Wahre, sondern oft das Glänzende den Sieg, und was vom Glanze der Autorität sein Licht erhalte, das werde als richtig angesehen.

Im steten Wechsel kreist die Zeit. Es ist das Schicksal der meisten Ideen, daß man so lange mit ihnen arbeitet, bis sie sterben, und es ist das Unglück der meisten Entdeckungen auf medicinischem Gebiete, daß sie so lange ausgeschrotet werden, bis sie aus der Mode kommen und den Meteoren gleichen, welche strahlend am Horizonte aufsteigen, um nach kurzem Laufe in das ewige Nichts hinabzusinken.

Es braust ein Sturmwind durch den Wald; es knattert in allen Zweigen, und Ast auf Ast fällt gebrochen zu Boden. Die medicinischen Errungenschaften der letzten Jahre, welche man als festes Besitzthum der Wissenschaft ansah, werden wackelig, und Niemand vermag zu denken, was die nächste Zeit uns für Ueberraschungen bringen wird. Der gewaltige Streich, welchen MOEBIUS gegen die wissenschaftliche Elektrotherapie führte, ist nicht parirt worden, und die ätiologische Bedeutung des Cholerabacillus, die man gegen alle Anfeindungen fest glaubte, ist bedenklich in's Schwanken gerathen; nun, welches Haupt steht noch sicher, wenn solche Häupter fallen? Ein geistvoller Forscher hat eine Ehrenrettung der Homöopathie versucht, und es ist nicht unmöglich, daß die vielverlästerte Lehre HAHNEMANN's wieder ein wissenschaftliches Mäntelchen umgehängt erhält, ein „alter Teufel im modernen Kleid".

Die Ereignisse der letzten Zeit haben uns gezeigt, daß der absolute Skepticismus die besten Köpfe beherrscht, und daß jede neue Therapie dem energischen Widerstreben der nihilistischen Richtung begegnen wird. Die Geschichte der Medicin lehrt uns auf jeder Seite, daß das ärztliche Handeln einer steten Aenderung unterworfen ist; was gestern noch für wahr und unanfechtbar gegolten hat, ist heute verpehmt und verachtet, morgen wird es mit milderen Augen betrachtet und übermorgen wieder zu neuem Triumphe hervorgeholt. Unser geistvoller BILLROTH, der die glückliche Gabe besaß, kräftige Worte münzen zu können, meinte, daß man ärztliche Anschauungen nicht so leicht wechseln dürfe, wie einen enge gewordenen Rock; Vielen, die ihre alten Ansichten über Bord werfen, würde ihr ärztliches Schiff zu leicht werden und mit ihnen in ein unsicheres Hin- und Herschwanken gerathen; er vertheidigt deshalb den ärztlichen Conservatismus, der am Alten so lange als möglich festhält, und vom Neuen nur das Sichergewordene aufnimmt. Aber was ist sicher? Haben wir es nicht selbst erlebt, wie in der Chirurgie das letzte Vierteljahrhundert von der LISTER'schen Antiseptik zur Aseptik fortgeschritten ist und uns endlich zur offenen Wundbehandlung zurückgeführt hat, und wie wir auf einem langen, aber sehr lehrreichen Umwege zur alten Methodik zurückgekehrt sind und als Gewinn der langen Reise nur das Princip der strengen Reinlichkeit und ein gewisses Vertrauen auf die Erfolge des Messers mitgebracht haben? Und kehren wir in der Syphilisbehandlung, nachdem wir alle möglichen Quecksilberverbindungen zu subcutanen Injectionen benützt haben, nicht allmälig zur alten ehrwürdigen Inunctionscur zurück?

Es ist nicht zu verwundern, wenn die alten Aerzte nicht gleich mitthun, sondern sich reservirt verhalten und abwarten wollen, bis sich die jungen Heißsporne die Finger verbrannt haben. Freilich verlieren sie dadurch ein gut Theil ihres Ansehens; man nennt sie veraltet, theilnahmslos, fortschrittsfeindlich und übersieht, daß sie nur in Folge ihrer vielen Erfahrung und ihrer vielen Enttäuschungen nicht gleich Evoë rufen, wenn sie eine Weintraube sehen.

Man vindicirt jeder neuen Schule und jeder neuen Ansicht das Recht, umgestaltend zu wirken und die Anschauungen eines ganzen Zeitalters zu reformiren. Die jungen Weltstürmer vergessen, daß es einer langen Arbeit bedarf, bis sich die Traditionen einer uralten Wissenschaft den neuen Anforderungen anpassen können und bis man für das Neue den rechten, dauernden Ausdruck gefunden hat. Freilich wäre im Interesse einer raschen Entwicklung zu wünschen, daß die Anpassung nicht gar zu lange dauere; aber es hängt mit der Natur des Menschen zusammen, der die Gewohnheit seine Amme nennt und sich vom Liebgewordenen nur schwer trennt. Difficile dedicisse senes quod juvenes tamquam certissimum addidicerant, sagte GRAAF von den Gegnern der HARVEY'schen Kreislaufslehre. Und ohne die Alten fortzuarbeiten, wäre ein gewaltiger Verlust für die Wissenschaft, denn die Lebenserfahrung der Alten ist uns ein guter Wegweiser auf dem Wege, den wir zu gehen haben, und wir könnten sie nur schwer entbehren.

„Das Schicksal legt Nacht um uns und reicht uns nur Fackeln für den nächsten Weg, damit wir uns nicht betrüben über die Klüfte der Zukunft und über die Entfernung des Ziels," klagt JEAN PAUL. Seien wir zufrieden, daß wir wenigstens für den nächsten Weg eine Lichtquelle besitzen; unsere Aufgabe soll es sein, diese Lichtquelle zu verstärken und ihren Lichtkreis zu erweitern.

Fe.

Kleine Mittheilungen.

— Dr. W. BROCK berichtet in den „Ther. Monatsh." (Juni 1895) über seine an der Klinik SENATOR in Berlin angestellten Versuche **über directe Galvanisation des Magens und Darms.** Von Magenerkrankungen kamen nur solche mit sensiblen Reizerscheinungen (Magenneurosen), von Darmleiden nur Fälle von atonischer Obstipation zur Behandlung. Zur directen Galvanisation des Magens bediente sich B. der von M. EINHORN angegebenen und von EWALD modificirten Magenelektrode. Die EINHORN'sche verschluckbare Magenelektrode besteht aus einem 1 Mm. dicken, den Leitungsdraht enthaltenden Gummischlauch, welcher in einer vielfach durchlöcherten Hartgummikapsel endigt. Der leitende Metalldraht reicht nicht bis zu dieser Fensterung, sondern taucht nur in das Wasser ein, welches durch Trinken von 1—2 Glas Wasser vor dem Verschlucken der Elektrode dem Magen einverleibt wurde. Die EWALD'sche Modification, welche das Steckenbleiben im Oesophagus verhindern soll, besteht darin, daß der Ueberzug des Leitungsdrahtes so dick gemacht wird, daß der Durchmesser Charrière Nr. 13 entspricht und die Wanddicke $1^1/_2$ Mm. beträgt, so daß die Elektrode mit Sicherheit in den Magen dirigirt werden kann. Diese Magenelektrode wird nun, nachdem Pat. 2 Glas lauwarmen Wassers getrunken, eingeführt und mit dem negativen Pol des galvanischen Apparates verbunden. Die Anode wird neben der Lendenwirbelsäule aufgesetzt, die Stromstärke beträgt 15—20 M.-A., die Dauer der Sitzung 5 Minuten. Von 13 Fällen von Magenneurose (welche Verf. des Näheren beschreibt) zeigten 2 Heilung, 6 Besserung; in 5 Fällen wurden die Beschwerden nur vorübergehend oder gar nicht beeinflußt. Unter den letzteren Fällen befanden sich allerdings solche, welche mit ihren Complicationen von vornherein wenig Aussicht auf Erfolg boten. Als fast allen Fällen gemeinsam ergab sich der Umstand, daß zu Beginn der Behandlung ein kürzeres oder längeres Stadium der Besserung eintritt, das aber noch nicht definitiv, sondern von Verschlechterung gefolgt ist. Dieses Verhalten, welches sich mehrere Male wiederholen kann, findet sich sowohl bei den erfolglos behandelten, als auch bei den schließlich günstig verlaufenden Fällen. Im Allgemeinen kann B. aus seinen Beobachtungen den Schluß ziehen, daß sich die directe Galvanisation als wirksam gegen nervöse Magenbeschwerden erweist; zwar reagiren nicht alle Fälle auf dieselbe, und die reagirenden nicht alle in gleicher Weise, doch scheint die Zahl der Erfolge größer zu sein, als die der Mißerfolge, und jedenfalls ist sie groß genug, um der Methode einen Platz in der Therapie der Magenneurosen zu sichern. — Zur Galvanisation des Darmes bediente sich B. der ROSENHEIM'schen Mastdarmelektrode. Dieselbe besitzt eine vollständige, auch das innere Ende umschließende, hier aber vielfach durchlöcherte Kautschukhülle; der nach außen durch einen Hahn verschließbare Hohlraum des Kautschukrohres dient dem Eingießen von physiologischer Kochsalzlösung in den Mastdarm; nur durch letztere wird der galvanische Strom der Darmwand zugeleitet, so daß eine Aetzwirkung ausgeschlossen ist. Diese Elektrode wird in den Mastdarm eingeführt und nach Eingießung von circa 200 Ccm. physiologischer Kochsalzlösung und Schluß des Hahnes mit dem negativen Pole der galvanischen Batterie verbunden. Die Anode in Form einer großen Plattenelektrode kommt auf das Epigastrium. Stromstärke 15—20 M.-A., Dauer der Sitzung 5 Minuten; häufige Wendungen. Von 13 behandelten Fällen können 4 als Mißerfolge, 5 als vorübergehende, 4 als längerdauernde Heilungen angesehen werden. Besonders eclatant war ein Fall von 6—7 Jahre dauernder Verstopfung, die sich continuirlich steigerte, schließlich zu einer Enteritis membranacea führte und welche durch 3malige Galvanisation geheilt wurde, ein Effect, der noch nach 7 Monaten fortbestand. In einem analogen Fall wurde eine seit 6 Jahren bestehende Verstopfung in 3 Sitzungen behoben. Als Folgerungen für die Praxis ergibt sich, daß nicht nur die definitiven Heilungen zur Verwendung der inneren Mastdarmgalvanisation auffordern. Auch wo sich nur während der Dauer der Behandlung der Stuhlgang regelmäßig erhält, wird der Praktiker dieses Mittel zur Vermeidung innerer Abführmittel willkommen heißen, ein Mittel, mit dem wohl nur die Bauchmassage an Wirksamkeit concurriren kann.

— Dr. DREWS in Hamburg hat das vor Kurzem als Stypticum empfohlene **Tannigen bei Darmkrankheiten des Kindesalters** in Anwendung gezogen. Bezüglich des neuen Mittels selbst verweisen wir auf unsere frühere Mittheilung [1]) über dasselbe. D. hat das Mittel („Allg. med. Central-Ztg.", 1895, Nr. 35 u. 36) in 55 Fällen von Enteritis und Gastroenteritis acuta, subacuta und chronica, Cholera infantum, Enteritis membranacea und Enteritis follicularis versucht. Das Mittel wurde stets gerne genommen, da es völlig geruch- und geschmacklos ist, und zeigte in keinem Falle eine ungünstige Wirkung auf den Appetit oder die Magenfunctionen. Die Dosis betrug durchschnittlich 3—4mal täglich 0·2—0·3, bei Kindern über $^1/_2$ Jahr 3mal täglich eine Messerspitze voll entweder in Wasser oder in Milch. Das Tannigen zeigte sich bei den meisten Fällen bedeutend wirksamer als die bisher angewandten Mittel. Es empfahl sich aber, das Tannigen auch nach Beseitigung der direct catarrhalischen Erscheinungen noch eine Zeit lang (2 bis 3 Tage) weiter zu geben. D. faßt seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen: „Für die Darmkrankheiten der Kinder ist das Tannigen ein ausgezeichnetes Medicament, da es dieselben in kurzer Zeit zur Heilung bringt durch die adstringirende, antiputride und antibacterielle Kraft der Gerbsäure, und außerdem vor vielen anderen Mitteln noch die Vorzüge hat, geruch- und geschmacklos zu sein, den Appetit und die Magenfunctionen intact zu lassen und selbst bei längerem Gebrauch völlig unschädlich und doch ein wirksames Obstipans zu sein. Auch ist der Umstand, daß es, weil unschädlich, als Schachtelpulver messerspitzenweise verordnet werden kann, ein besonders für die minder begüterten Patienten nicht zu übersehender Vortheil". [2])

— Prof. BINZ empfiehlt in der „D. militärärztl. Zeitschr." (1895, Nr. 4) **gegen Hitzschlag** subcutane Injectionen von Chinin:

Rp. Chinin. bimuriat. . . . . 1·00
solve in
Aq. dest. . . . . 32·0
Filtra.

Hievon ist eine PRAVAZ'sche Spritze voll (= 0·25) Chinin subcutan zu injiciren und die Injection eventuell zu wiederholen.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1894, pag. 1575.

[2]) Dieser „nicht zu übersehende Vortheil" dürfte doch mit Hinblick auf den Preis des Mittels (1 Grm. = 20 Kreuzer) ein recht problematischer sein. Ref.

— **Gegen Insectenstiche** empfiehlt sich:

Rp. Liq. ammmon. caust. . . . . 7·0
Collodii . . . . 3·0
Acid. salicyl. . . . . 0·3
S. Einige Tropfen dieser Lösung werden auf die afficirte Stelle applicirt.

— Ueber die **Operation der Unterschenkel-Varicen nach Trendelenburg** berichtet G. Perthes auf Grund eines Beobachtungsmateriales von 41 Fällen in der „D. med. Woch." (1895, Nr. 16). Bekanntlich hat Trendelenburg vor 4 Jahren die Unterbindung und Durchschneidung der Vena saphena magna bei Unterschenkelvaricen empfohlen. Die Operation läßt sich leicht ohne Narkose ausführen, da hiefür die locale Infiltrationsanästhesie besonders geeignet ist. Die Technik ist außerordentlich einfach: ein längs der Saphena verlaufender Schnitt, Unterbindungsstelle handbreit über dem Condylus internus. In 13 von 41 Fällen wurde außer dem Stamme der Saphena noch eine zweite größere Vene unterbunden. Die Nachbehandlung besteht in etwa dreiwöchentlicher Bettlage, Hochlagerung des Beines und einer täglich erneuerten exacten Flanelleinwicklung. Die Ulcera cruris varicosa kamen rasch nach der Operation zur Heilung; nur 5mal mußte bei größeren Geschwüren Excision vorgenommen werden. Bezüglich der Frage der Dauerheilung haben sich 32 Fälle bei der Revision als dauernd geheilt erwiesen. 9mal kamen Recidive zur Beobachtung, 2mal in Folge deutlicher Regeneration des Stammes der Saphena, 7mal in Folge Erweiterung anderer Aeste. Eine Wiederholung der Unterbindung ist möglich und kann auch von Erfolg begleitet sein. Die Methode hat vor der Madelung-schen Exstirpation der Varicen die außerordentliche Geringfügigkeit des Eingriffes voraus. Erstere verhindert zwar Neubildung von Varicen an der Operationsstelle, beseitigt aber nicht die abnormen Druck- und Circulationsverhältnisse. Im Gegensatz dazu muß die Unterbindung und Durchschneidung der Saphena magna als ein rationelles Verfahren angesehen werden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

V.

Ueber Endometritis.

v. Winckel (München), Referent:

II. Die Symptomatologie der Endometritis.

Die Symptome der Endometritis lassen sich betrachten als solche am Krankheitsherde, an den Nachbarorganen und als allgemeine Erscheinungen.

Von den Symptomen am Krankheitsherde kommen in Betracht die functionellen (Störungen der Secretion, der Menstruation, der Conception, der Gravidität, des Partus und des Puerperiums) und die nutritiven (Veränderungen in der übrigen Uteruswand, in Tuben, Ovarien, Vagina und Beckenbindegewebe).

Die normale Beschaffenheit des Secretes kann in Bezug auf Menge, Farbe, Consistenz, Geruch, Zusammensetzung und Entleerung pathologisch sein. Viele Fälle von Endometritis (bei Dysmenorrhoe, Sterilität, mit irradiirten und reflectirten nervösen Symptomen) zeigen überhaupt keinen Ausfluß. Andererseits kann die Absonderung sehr beträchtlich sein. Die Secretion unterliegt oft beträchtlichen Schwankungen, ist aber in der Regel vor und nach der Menstruation stärker als in der Zwischenzeit. Bezüglich der Farbe findet man z. B. bei der gonorrhoischen Endometritis alle Verschiedenheiten (anfangs ein helles, fast farbloses, dann leicht röthliches, dann grünliches, resp. grünlichgelbes, blaugraues, rahmgelbes, chromgelbes, darauf ein milchiges und schließlich wieder ein fast glashelles Secret). Die chronisch-catarrhalischen Endometritiden der jungen Mädchen zeigen fast immer das helle glasige, höchstens leicht milchige Secret. Die Consistenz variirt zwischen dünn und zähschleimig, festsitzend. Je größer das Quantum, umso geringer ist meist die Consistenz. Das Secret ist meist geruchlos, kann aber auch durch Zersetzungsvorgänge übelriechend, ja stinkend werden. Letzteres ist oft durch gasbildende Mikroben schaumig. Bezüglich des Ortes der Secretion steht es heute fest, daß, wenn auch bei der Gonorrhoe die Cervicalmucosa die Hauptrolle spielt, bei allen übrigen Arten der Endometritis auch die Körpermucosa bei der Lieferung des Secretes in hervorragender Weise theilnimmt. Ebenso variabel wie die Secretionen sind auch die genitalen Blutabgänge bei der Endometritis. Weder der Grad der Blutungen, noch der Verlauf sind für irgend eine Art der Endometritis charakteristisch; sie können bei allen Formen vorkommen und sind nur nach dem Grad der Erkrankung verschieden; sie sind in späteren Stadien derselben hartnäckiger, heftiger, länger dauernd. Man sollte daher aufhören, nach einem so variablen Symptom eine bestimmte Art von Endometritis als hämorrhagische zu bezeichnen. Die Schmerzen bei der Endometritis sind je nach den Ursachen verschieden. Sie können wehenartig, kolikähnlich sein bei Spannung des Uterus und behindertem Secretabfluß. Bei Endometritis exfoliativa wird der Schmerz als ätzend, brennend, fressend und juckend beschrieben. Zu den Störungen der Conception gehört in erster Reihe die durch Endometritis bedingte Sterilität (theils auf mechanischem, theils auf chemischem Wege, theils wegen des zu schmerzhaften Coitus). Auch die Ektopie der Gravidität steht mit der Endometritis insoferne in einem gewissen Zusammenhang, als man sie meist in Verbindung mit den gleichzeitigen Erkrankungen der Tuben und dem Verlust des Flimmerepithels bringt. Als Geburtsstörungen, welche Folgen einer bestehenden Endometritis sein können, gelten: Wehenanomalien, vorzeitiger und frühzeitiger Wasserabgang, Schwellungen der Weichtheile, Blutungen, verzögerte Lösung der Nachgeburt, abnorm schmerzhafte Nachwehen, Abreißen und Zurückbleiben von Decidua etc.

Auf die nutritiven Störungen übergehend, bezeichnet v. W. als gewöhnliche Begleiter der Endometritis die acute, subacute und chronische Metritis mit den sich anschließenden parametranen und perimetritischen Entzündungen und den Lage- und Gestaltsveränderungen der verschiedensten Art. Ein Uebergreifen auf die Tuben kommt weitaus am häufigsten bei Gonorrhoe vor.

Was die Betheiligung der Nachbarorgane betrifft, so ist sehr häufig, namentlich im kindlichen Alter, mit der Endometritis eine Vulvovaginitis verbunden. Urethritis und Periurethritis machen der Pat. oft lebhafte Beschwerden. Stärkerer und häufiger Urindrang, ein gewisser Tenesmus, fehlen selten im acuten Stadium; von Seiten des Rectums tritt die Obstipation am meisten hervor. Endlich gehören hieher die sog. Lendenmarkssymptome: Kreuzschwäche und Kreuzschmerzen, Ziehen und Reißen in den Hüften und Beinen, Unfähigkeit, lange zu gehen oder zu stehen, Coccygodynie etc.

Die meisten Formen der Endometritis haben eine große Neigung chronisch zu werden und führen dann zu gewissen Allgemeinerscheinungen: nervöse Dyspepsie, Herzpalpitationen, Hemicranie, Psychosen etc.

Das bei einem großen Theil der acuten Formen der Endometritis auftretende mehr minder starke Fieber kann ein continuirliches oder ein intermittirendes mit unregelmäßigem Typus sein; es dürfte durch die Production von Toxinen bedingt sein, doch sind darüber die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen.

Ein kurzer Ueberblick über den ganzen Verlauf der Endometritis erfordert, ein acutes, subacutes und chronisches Stadium zu unterscheiden. Das acute Stadium beginnt mit leicht fieberhaften Zuständen und Secretionsanomalien, einem anfangs glasigen, mehr schleimigen, dann erst serösen und später je nach der Art der Endometritis blutigen oder purulenten Secret. Initialer Schüttelfrost gehört zum Bilde der saprämischen und septischen Endometritis. Von Seiten der Nachbarorgane zeigt sich Dysurie, bisweilen Ischurie, Obstruction, ein Drängen nach unten mit Schmerzen in Kreuz und Schenkeln. Rascher und stürmischer treten diese Erscheinungen bei behindertem Secretabfluß auf; dabei wird der Uterus von innen und außen sehr druckempfindlich. Daneben besteht allgemeine Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen; bei der gonorrhoischen Endometritis treten oft schon nach wenigen Tagen Gelenkaffectionen auf. In

18% der Gonorrhoen erkranken auch die Adnexa uteri. Das acute Stadium dauert bei den meisten purulenten Endometritiden etwa 8—10 Tage und kann direct in die chronische Form übergehen. Ein **subacuter Beginn** kommt jenen Endometritiden zu, welche nach Aborten, Geburten mit und ohne zurückgebliebenen Eiresten entstehen. Bei diesen ist, von leichten subfebrilen Temperaturen abgesehen, das erste Symptom oft ein protrahirter Blutabgang oder auch eine stärkere Blutung. Ein subacutes Stadium folgt auch oft auf das acute Stadium vieler Endometritiden: Temperatur, Schmerzen lassen nach, die Störungen von Seiten der Nachbarorgane hören auf, der Ausfluß zeigt wechselnde Qualität und Quantität. Die meisten Endometritiden werden aber **chronisch**. Der Uteruscatarrh der Anämischen und Chlorotischen beginnt sehr häufig von vornherein chronisch.

RUGE (Berlin), Correferent: **Endometritis cervicalis mit besonderer Berücksichtigung der Laceration, des Ektropiums, der Endometritis und der Erosion.**

Die bei der Geburt entstandenen Lacerationen können in selteneren Fällen ohne besonderen Einfluß auf die Cervixschleimhaut sein. Viel häufiger kommt es aber zu Cervicalentzündungen, ja die Laceration spielt gerade eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen der Endometritis cervicalis. Die Endometritis cervicalis mit Laceration ruft gerade im Gegensatz zu der Affection bei nicht verletztem Orificium externum und nicht verletzter Cervixwandung die Zustände des sog. **Ektropiums** hervor. Das Ektropium ist keine einfache örtliche Schleimhautverschiebung, sondern ein mit der Substanz der Cervix Hand in Hand gehender Zustand. Was die Beziehungen der Endometritis cervicalis zur Endometritis corporis anbelangt, so sind dieselben als gering anzuschlagen.

E. BUMM (Basel), Correferent: **Zur Aetiologie der Endometritis.**

B. faßt seine Erfahrungen und Anschauungen folgendermaßen zusammen:

1. Bei der chronischen Endometritis corporis, und zwar sowohl bei der hyperplasirenden als auch bei der catarrhalischen Form derselben, lassen sich meistens keine Mikroorganismen in den Secreten und im Gewebe der erkrankten Schleimhaut nachweisen.

Die Schleimhauterkrankung wird also nicht durch Bacterien unterhalten.

2. In einer Minderzahl von Fällen finden sich in den Secreten, nicht aber im Gewebe der erkrankten Schleimhaut Bacterien, und zwar verschiedene Stäbchen- und Coccenformen, darunter auch pyogene Coccen.

Sie sind für gewöhnlich nur als zufällige Begleiter der Endometritis anzusehen und können je nach der Beschaffenheit des Secretes wechseln.

Es ist möglich, daß durch Einwanderung pyogener Mikroben in's Cavum uteri die Secretion der erkrankten Schleimhaut eitrig wird (subacute septische Infection bei Endometritis).

3. Die Annahme, daß die chronische Endometritis an sich mit Bacterien nichts zu thun hat, schließt natürlich nicht aus, daß die Schleimhauterkrankung sich aus acut septischer oder gonorrhoischer Infection heraus entwickelt, resp. als deren Folge übrig bleibt.

4. Für die Bedeutung der Bacterien, welche bei der Endometritis cervicalis gefunden werden, gilt dasselbe, was für die Keime bei der Endometritis corporis gesagt ist.

WERTHEIM (Wien), Correferent: **Ueber Uterusgonorrhoe.**

Ref. stellt folgende Sätze auf:

1. Der Uterus ist nächst der Urethra der Lieblingssitz der gonorrhoischen Infection.

2. In den meisten Fällen wird der Uterus direct, in vielen Fällen sogar isolirt inficirt.

3. Die Uterusgonorrhoe setzt immer acut ein.

4. Die Unterscheidung eines acuten und eines chronischen Stadiums der Uterusgonorrhoe ist, obwohl sich eine scharfe Grenze nicht ziehen läßt, doch gerechtfertigt, und zwar sowohl vom klinischen, wie vom bacteriologischen Standpunkte.

5. Die Gonorrhoe des Uterus setzt in allen Fällen eine Entzündung der Uterusschleimhaut, die wir als eine mit eitrigem Catarrh einhergehende Endometritis interstitialis zu bezeichnen haben.

6. In einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen kommt es bei chronischem Verlaufe zur Vermehrung der Drüsen, id est zu einer Endometritis glandularis.

7. Neben den Veränderungen der Schleimhaut finden sich in vielen Fällen entzündliche Veränderungen der Muscularis, die sich einerseits als Infiltration des Muskelbindegewebes, andererseits als Gefäßwandhyperplasien charakterisiren und welche schließlich zu einer Hyperplasie des Bindegewebes auf Kosten der Muskelelemente führen.

8. Die in vielen Fällen zu constatirende Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Uterus ist als Ausdruck der Metritis zu betrachten.

9. Im Cervicalgewebe pflegen die entzündlichen Veränderungen um so weniger intensiv zu sein, je mehr wir uns dem Orificium externum nähern.

10. In der entzündeten Mucosa sind in manchen Fällen Gonococcen nachweisbar, und zwar in mehr minder reichlicher Menge; in vielen Fällen aber gelingt der Nachweis weder durch das Mikroskop, noch durch die Cultur.

11. Je tiefer die Schichten, um so schwieriger gestaltet sich der Gonococcennachweis im Gewebe.

12. Daß die Gonococcen auch in den entzündlichen Infiltraten des Muskelgewebes vorhanden sind, ist wahrscheinlich, doch steht der Nachweis hiefür noch aus.

13. Auch diese Veränderungen sind als durch die Gonorrhoe bedingt anzusehen, weil 1. die Gonococcen in der Schleimhaut nachgewiesen wurden, 2. in keinem der untersuchten Uteri irgend welche andere Bacterien gefunden werden konnten, 3. diese Veränderungen auch in allen jenen (5) Fällen, welche Nulliparae betreffen, ausgesprochen waren. Eine Mischinfection, resp. Secundärinfection scheint hier ebenso selten zu sein, wie bei der Gonorrhoe der Adnexa uteri.

14. Der innere Muttermund besitzt nicht die ihm zugeschriebene Bedeutung als Hinderniß für das Ascendiren des gonorrhoischen Processes.

15. Die Exacerbationen der Uterusgonorrhoe haben häufig ihre Ursache in einer Alteration des Nährbodens, wie sie durch verschiedene schädigende Einflüsse bedingt wird. In vielen Fällen aber liegt denselben eine frische Infection zu Grunde.

16. Das Puerperium nimmt unter den schädigenden Momenten insoferne eine Ausnahmsstellung ein, als in demselben gewiß sehr häufig eine Weiterverbreitung der Gonococcen auf die gonococcenfreie Körperhöhle zu Stande kommt. Für die anderen hier in Betracht kommenden Momente: Menstruation, Coitus, intrauterine Manipulationen dürfte dieser Umstand weit seltener in Betracht kommen.

DÖDERLEIN (Leipzig), Correferent: **Die Beziehungen der Endometritis zu den Fortpflanzungsvorgängen.**

Ref. stellt folgende Schlußsätze auf:

1. Die Endometritis deciduae spielt in der Aetiologie des einfachen und des habituellen Abortus, wie in der Entstehung von Eihaut- und Placentaranomalien eine hervorragende Rolle.

2. Die feineren, pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Endometritis deciduae bedürfen noch weiterer, systematischer Untersuchungen.

3. Die Aetiologie der Endometritis deciduae ist, wie diejenige der fungösen Endometritis überhaupt, noch nicht aufgeklärt.

4. Das Vorkommen einer durch Spaltpilze erregten Entzündung der Decidua in der Schwangerschaft ist noch nicht abschließend erwiesen.

5. Das Vorhandensein von Mikroorganismen irgend welcher Art in der puerperalen Uterushöhle hat pathologische Dignität.

6. Die Bezeichnungen „catarrhalische, purulente, diphtheritische, gangränöse“ Endometritis puerperalis sollen durch die ätiologischen Benennungen „pyogene und saprämische Endometritis puerperalis“ verdrängt werden.

7. Die „pyogene Endometritis“ ist die häufigste Erkrankung der Wöchnerin.

8. Die schweren Allgemeininfectionen im Wochenbett haben in der Regel in einer „pyogenen Endometritis“ ihren Ursprung.

9. Der Erreger der „pyogenen Endometritis puerperalis“ ist meistens der Streptococcus pyogenes. Außer diesem Keim kommen noch die Staphylococcen, Gonococcen, Bacterium coli commune in Betracht.

10. Die Mikroorganismen der „saprämischen Endometritis puerperalis“ sind noch unbekannt.

FEHLING (Halle), Referent: **Behandlung der Endometritis.**

Ist in Nr. 24—26 in extenso erschienen.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 12. Juni 1895.

(Fortsetzung.)

Vorsitz: Docent Dr. M. HERZ.

Dr. RIE: Zweite Vorstellung eines Falles von Myxödem (Thyreoidinbehandlung).

R. recapitulirt den bei der ersten Vorstellung aufgenommenen Status, der durch eine Photographie festgehalten ist. Heute haben wir ein völlig normales, hübsches, heiteres Kind vor uns.

Bemerkenswerth ist, daß nicht nur — wie in den anderen geheilten Fällen — die Zähne rasch und in gutem Zustand sich entwickelten, sondern daß auch die beiden vorher vorhandenen schwarzbraunen, gezackten Stummel jetzt normal geformt und weiß sind.

Die Anamnese läßt an einen Zusammenhang mit Lues denken. Ein solcher ist bisher nicht zweifellos in der Literatur nachgewiesen, wird aber durch KÖHLER's Fall wahrscheinlich gemacht. R. bespricht noch die verschiedenen Möglichkeiten eines solchen Zusammenhanges.

Der Fall wird später im Zusammenhange veröffentlicht werden.

Discussion.

Dr. L. Rosenberg bespricht einige Fragen, welche ihm beim Myxödem der Kinder aufgefallen sind und welche in der Literatur über das angeborene Myxödem entweder gar nicht oder nur sehr mangelhaft erörtert sind. Die erste Frage bezieht sich auf die Zeit der Entwicklung des Myxödems. An drei Fällen, welche er von der Geburt oder von der ersten Kindheit an zu beobachten Gelegenheit hatte, zeigte sich, daß die Kinder bei der Geburt normal waren, und daß die Symptome erst im extrauterinen Leben zur Entwicklung kamen. Es dauert bei den einzelnen Fällen verschieden lange Zeit, bis das volle Bild des Myxödems zur Entwicklung gelangt ist; der Beginn der Entstehung des Symptomencomplexes ist aber wahrscheinlich bei allen, nicht nur bei seinen 3 Fällen, sehr bald, wenn nicht unmittelbar nach der Geburt, zu suchen. Die Milchnahrung verhindert die Entwicklung des Myxödems gar nicht, wie das BOURNEVILLE und SCHEIN meinten, denn alle 3 Kinder waren noch an der Brust, als die Symptome der Krankheit schon voll entwickelt waren. Eher könnte man daran denken, daß die Schilddrüse der Mutter auch für den Fötus ausreicht, um ihn vor Myxödem zu schützen, so lange ein Austausch der Blutflüssigkeit beider Individuen stattfindet, und daß diese Wirkung auf die fötalen Gewebe auch einige — wenn auch kurze — Zeit nach der Geburt noch anhält.

Die zweite Frage ist die der rudimentären Fälle, bei denen die Schilddrüsentherapie die glänzendsten Erfolge verspricht. Es gibt — gar nicht selten — Fälle, bei welchen vom Symptomencomplex des Myxödems nur die eine oder andere Symptomengruppe sich entwickelt hat, oder bei welchen die Symptome nur in sehr schwachem Grade entwickelt sind. Solche Personen besitzen gewöhnlich die genügende Intelligenz, um ihren Beschäftigungen nachzugehen, zeigen aber ein träges Benehmen, trockene, abschilfernde, fahle und pastöse Haut, kurzen dicken Hals mit sehr kleiner Schilddrüse, bartloses Gesicht, blecherne Stimme, auch besitzen sie gewöhnlich keine oder nur sehr geringe Schweißabsonderung. Dieses Bild hat noch verschiedene Abstufungen bis fast zum Unmerklichen, wo dann die Diagnose natürlich schon sehr schwer wird. Als Ursache für diese rudimentäre Entwicklung des Myxödems könnte man sich denken, daß die Schilddrüse bei solchen Leuten wohl vorhanden ist, aber in ihrer Function nicht ganz ausreicht, den Körper vor einem geringen Myxödem zu schützen. In solchen Fällen würde wohl eine kleine therapeutische Nachhilfe Glänzendes leisten.

Eine dritte Frage ist der Zusammenhang zwischen Myxödem und Rachitis. Alle Fälle von Kinder-Myxödem zeigen auch schwere Symptome von Rachitis oder doch Symptome, welche denen der Rachitis ähnlich sind. Dabei kann man sich kaum des Eindruckes erwehren, daß das Myxödem nicht nur ein die Entwicklung der Rachitis beförderndes Moment sei, sondern daß ein Theil dieser Symptome direct zum Symptomenbilde des Myxödems gehört, mit dem sie ja auch bei der specifischen Schilddrüsentherapie zu gleicher Zeit abheilt.

Dr. HOCK: Ueber einen mit Thyreoidea behandelten Fall von Morbus Basedowii.

So glänzend die Resultate der Thyreoidbehandlung bei Myxödem sind, so wenig versprechend lauten, wenigstens bis Ende 1894, die Berichte über die Behandlung des Basedow mit diesem Mittel.

LEICHTENSTERN und EWALD haben in Deutschland, PUTMAN, AULD u. A. in Amerika eine Reihe von Fällen mit negativem Erfolge behandelt. Aus diesem Grunde ist ein positiver Fall immer von Interesse.

Das vorgestellte Kind, Valerie K., ist gegenwärtig acht Jahre alt, überstand in der Kindheit Rachitis, seit 3 Jahren hat das Kind einen dicken Hals, klagt über Herzklopfen, ist traurig, blaß, zittert an den Extremitäten, seit einigen Monaten schläft das Kind schlecht, zeigt deutlichen Stridor tracheae beim Schlafen, wird häufig dadurch geweckt und muß unbedeutende Mengen Schleim aushusten.

31. Januar 1895, St. pr.: Blasses Kind, ziemlich groß, starke Kyphoscoliose. Puls 142. Herztöne rein. Große Struma, Halsumfang 31 Cm.; die vorn in der Mitte tumorartige Schwellung zeigt deutliches Schwirren, über der ganzen Thyreoidea zu fühlen, besonders intensiv links oberhalb der Fossa carotica auscultatorisch intensives Sausen, welches schon gehört wird, wenn man das Stethoskop in geringer Entfernung von der Haut hält. Die Carotiden, Temporales, sowie die Radiales zeigen sichtbare Pulsation. Starkes Zittern der Extremitäten. Haut- und Sehnenreflexe gesteigert. Neigung zu Contractur in den unteren Extremitäten. Exophthalmus besteht nicht. Strabismus convergens. Links Externusparese, sehr große Pupille. Rechts normale Beweglichkeit, die rechte Pupille kleiner als links. Die ophthalmoskopische Untersuchung (Docent Dr. KÖNIGSTEIN) ergibt Albinismus, sonst normale Verhältnisse.

Das Kind ist ängstlich und von trauriger Verstimmung. Ordination: Pastilli thyreoideae (englisches Präparat, Allen, Hamburg) 1 Stück pro die. Schon nach den ersten Pastillen hörten die Stenoseerscheinungen auf und das Kind schlief gut. Die anderen nervösen Symptome gingen ebenfalls zurück. Das Kind stellte sich erst am 16. April wieder vor. Halsumfang $29\frac{1}{4}$ Cm. Puls 112. Tremor besteht fort, das Schwirren und Arterienpulsation sind vermindert, jedoch noch deutlich.

18. Juni: Halsumfang 28 Cm. Das Kind, welches früher traurig war, ist sehr ausgelassen. Tremor nur andeutungsweise vorhanden. Ueber der Struma noch leichtes Blasen zu hören, keine sichtbare Arterienpulsation. Das Kind sieht entschieden besser aus. Puls 108, geht manchmal auf 104 herunter, also noch immer sehr hoch.

H. glaubt, daß man die Mißerfolge von LEICHTENSTERN und EWALD zum Theil der hohen Dosirung (3—4 Pastillen im Tage) zur Last legen muß, andererseits muß man die Behandlung entschieden durch längere Zeit fortsetzen.

Der vorgestellte Fall ist durch $4\frac{1}{2}$ Monate in Behandlung und noch keineswegs geheilt.

Discussion.

Dr. Rosenberg hält den Fall für einen falschen Basedow, bedingt durch das Wachsthum der Thyreoidea und Intoxication mit Producten derselben. Dadurch werden Erscheinungen von psychischer Depression, sowie Pulsbeschleunigung hervorgerufen. Echter Basedow sei im Kindesalter äußerst selten, der falsche Basedow dagegen häufiger. Exophthalmus kommt bei falschem Basedow nicht vor; auch im vorgestellten Falle fehle der Exophthalmus. Die Thyreoidbehandlung sei in Fällen von falschem Basedow durch die Verkleinerung der Struma wirksam.

Dr. Hock: Ich muß gestehen, daß ich gar keinen Anlaß gefunden habe, den Fall als sog. chirurgischen oder falschen Basedow aufzufassen. Die nervösen Erscheinungen sind gleichzeitig mit der Struma aufgetreten. Dieselbe war eine ausgesprochene Struma vasculosa; gleichzeitig bestanden andere Erscheinungen von Seite des Gefäßsystems, Schwirren und verstärkte Arterienpulsation, welche für Basedow charakteristisch sind; auch die Tachycardie (142), welche gegenwärtig, nachdem die Struma so bedeutend verkleinert ist, noch im verminderten Maße fortbesteht, ist zu bedeutend für einen symptomatischen Basedow. Dem Exophthalmus kann man eine so hohe Bedeutung nicht vindiciren, daß man Fälle ohne Exophthalmus aus dem Basedow ausscheidet. Zufälliger Weise fehlt grade bei den ersten Fällen von Basedow in der Literatur, denen von PARRY, unter 8 siebenmal der Exophthalmus. Was die Seltenheit der Fälle im Kindesalter anlangt, ist sie nicht so bedeutend.

(Schluß des Protokolls folgt.)

Aus den Berliner ärztlichen Vereinen

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Mai 1895.

MENDEL: Ueber den Schwindel.

Bei der großen Meinungsverschiedenheit der Autoren über Definition, Symptome und Sitz des Schwindels hält Redner eine allgemeine Verständigung über diese Frage von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus für durchaus dankenswerth. Er unterscheidet vier Grade des Schwindels: der erste, leichteste Grad umfaßt diejenigen Fälle, in denen nur die Augensymptome (Verschwommensein, Schwarzwerden vor den Augen, objectiv nachweisbare Accommodationsstörungen), sowie eine schnell vorübergehende Angst auftreten. Der zweite Grad geht mit Störungen des Gleichgewichts (Vorstellung, daß die Gegenstände sich verdrehen, entfernen oder nähern, daß der Kranke todt umsinken müsse etc.) einher. Beim dritten Grade gesellt sich zu diesen mit Angst und Benommenheit verbundenen Vorstellungen ein wirkliches Schwanken, während beim vierten noch eine Anzahl Nachsymptome beobachtet werden, wie Schmerzen im Hinterkopf, Sausen in den Ohren, vorübergehende Taubheit, Erbrechen, Pulsverlangsamung und Ausbruch von Schweißen.

Als Hauptsymptom tritt in den Vordergrund die Störung des Körpergleichgewichtes. Die Möglichkeit, bei verschiedener Haltung im Raume sich im Gleichgewicht zu halten, beruht auf der mühsam erworbenen Fähigkeit, einzelne Muskelgruppen entsprechend zur Contraction zu bringen und andere entsprechend zu erschlaffen. Die Lehrmeister für diese Fähigkeit, welche in ein Centralorgan im Cavum cranii verlegt wird, sind 1. der Tastsinn, 2. die kinetischen Gefühle, welche über die Stellungen der Glieder und Gelenke Auskunft geben und 3. die Empfindungen von den Augenmuskeln her, welche uns über die Verhältnisse im Raume belehren. Der ganze subcortical gelegene Apparat functionirt ohne das Bewußtsein. Die genannten subcorticalen Centren haben auch eine Vertretung im Großhirn. Jede Störung in ihnen muß mit Störungen des Körpergleichgewichts verbunden sein; diese Störungen sind aber durchaus nicht mit dem Schwindel identisch. In jedem Falle von Bewußtseinsstörung kann auch eine Störung im subcorticalen Raum stattfinden, doch ist diese vom Schwindel vollkommen auszuscheiden. Auch beim Höhen- und beim Platzschwindel handelt es sich nur um einen seelischen Vorgang, einen Zustand der Angst. Ist das Organ für das Körpergleichgewicht im Kleinhirn ergriffen, so tritt ein Zustand der cerebralen Ataxie, aber kein Schwindel ein. Aehnliche Zustände liegen vor, wenn das Centrum für den Tastsinn oder die übrigen Centren, z. B. bei Tabes, ergriffen sind. Das ROMBERG'sche Symptom ist kein Schwindel. Aus allen Beobachtungen ist der Schluß zu ziehen, daß der Schwindel lediglich auf eine Affection des Augenmuskelapparates zurückzuführen ist, und zwar geben nicht blos die peripherischen, sondern auch die nucleären Augenmuskellähmungen zu Schwindel Veranlassung.

Untersuchungen des Vortr. über die Blutversorgung des Augenmuskelapparates haben nun ergeben, daß diese in Folge der eigenthümlichen anatomischen Verhältnisse sehr leicht Störungen erfahren kann. Die Kerne der Augenmuskeln werden von sehr feinen Endarterien aus der A. cerebr. post. versorgt, welche keine Communication besitzen, außerdem aus der Horizontalen in die Senkrechte übergehen. An der Stelle, an der die den Augenmuskelkern versorgenden Gefäße entstehen, trifft der Blutstrom der Carotis mit dem der Vertebralis zusammen und erfährt durch die Interferenz der Wellen eine Schwächung. Kein Punkt im Gehirn ist daher bezüglich der Blutversorgung so schlecht, wie der Kern der Augenmuskeln, und daher ruft jede Störung der Circulation sofort Erscheinungen an den Augenmuskeln, und zwar vor Allem Schwindel hervor.

Auch der Schwindel nach dem galvanischen Strom, der MÉNIÈRE'sche Schwindel, der Schwindel bei Ohraffectionen lassen sich durch Störungen der Circulation und Veränderungen des Blutdruckes erklären. Der Schwindel bei Migräne resultirt aus einem spastischen Zustand der Hirngefäße; der Schwindel nach Intoxication ist auf Erregung der Vasomotoren mit folgender Verengerung der Gefäße und Herzschwäche zurückzuführen. Bei Herderkrankungen wirkt jeder die Raumverhältnisse des Cavum cranii beengende Herd selbstverständlich ungünstig auf die Circulation ein und bedingt zunächst Schwindel. Endlich ist sowohl bei atheromatöser wie syphilitischer Erkrankung der Hirngefäße der Schwindel eines der bedeutsamsten und namentlich bei der ersteren Affection eines der frühesten Symptome.

Prognose und Therapie des Schwindels richten sich ganz nach der bedingenden Ursache der Erkrankung. Bei dem für den Kranken sehr lästigen Schwindel in Folge von Atheromatose der Hirnarterien empfiehlt Redner kleine Dosen Jodnatrium, event. in Verbindung mit Ergotin. Auch Campher und Chinin wirken in anregender Weise auf die Herzthätigkeit und Circulation im Gehirn. Aelteren Leuten mit Schwindelanfällen in Folge von Atheromatose soll man den mäßigen Genuß von Bier, Wein und Nicotin nicht untersagen.

Verein für innere Medicin.

Sitzung vom 27. Mai 1895.

A. FRAENKEL: Ueber acute Leukämie auf Grund von 10 beobachteten Fällen.

Die meisten Pat. befanden sich im jugendlichen Alter, 4 von 13—18, 6 im Alter von 24—34 Jahren. Die zwischen einer Dauer von 14 Tagen und 4 Monaten variirende Krankheit gibt eine absolut letale Prognose. Sie setzt ziemlich plötzlich mit allgemeiner Abgeschlagenheit und Gliederschmerzen ein, zu denen sich Blutungen auf den Schleimhäuten und Netzhautblutungen gesellen. Ferner werden Veränderungen der blutbereitenden Organe, Drüsen- und Milzschwellung beobachtet.

F. fand einen durchaus charakteristischen Blutbefund, der sich von der chronischen Leukämie völlig unterscheidet: 1. das ausschließliche Vorwiegen mononucleärer Leukocyten, 2. die Polymorphie der mononucleären Leukocyten, indem die Zellen bis zur doppelten Größe eines rothen Blutkörperchens anwachsen können. Sehr gering ist die Zahl der Markzellen, der kernhaltigen Erythrocyten und der eosinophilen Zellen. Die mononucleären Zellen sind am reichlichsten in den Lymphzellen vertreten, daher spricht F. von einem lymphämischen Blutbefund, bei dem die Jugendform der weißen Blutkörperchen in Form der mononucleären Leukocyten überwiegt. Er konnte nachweisen, daß die polynucleären Zellen sowohl ihrer relativen wie absoluten Zahl nach vermindert sind (von 50% des normalen Verhältnisses bis auf $^1/_2$%). Die bisherigen Erfahrungen weisen darauf hin, daß bei der Leukämie eine Hemmung des Ueberganges der mononucleären in polynucleäre besteht, und zwar höchst wahrscheinlich in den blutbildenden Organen selbst.

In ätiologischer Beziehung handelt es sich bei der Leukämie höchst wahrscheinlich um eine Infectionskrankheit. Die in einer Reihe von Fällen gefundenen Bacterien sind vermuthlich secundärer Art. Es handelt sich um eine Art Sepsis, die vom Intestinaltractus ausgeht. Eine Autointoxication vom Darme aus ist nicht erwiesen.

Höchst bemerkenswerth ist der plötzliche Zerfall der weißen Blutkörperchen unter dem Einfluß einer hinzutretenden acuten bacteriellen Infection. F. beobachtete ihn in 2 Fällen von acuter Leukämie und zugleich eine Rückbildung der Drüsen- und Milzschwellung. Der Zerfall der weißen Blutkörperchen ging mit Aggravation der Krankheitserscheinungen einher, ein Beweis, daß dieser reichliche Zerfall für den Körper sehr gefährlich ist.

Endlich hat F. in mehreren Fällen den sicheren Beweis geliefert, daß durch den Zerfall der Leukocyten eine beträchtliche Steigerung der Harnsäureausscheidung erfolgt, und daß diese Ausscheidung demnach den Maßstab abgibt für den eingetretenen Zerfall.

Daß intercurrente fieberhafte Erkrankungen eine Verminderung der leukämischen Blutbeschaffenheit hervorrufen, hat man schon früher beobachtet. In Zukunft wird man dem Einfluß auf die Veränderungen, welche das Verhältniß der mononucleären zu den polynucleären Leukocyten erfährt, größere Aufmerksamkeit schenken müssen, denn in der Möglichkeit, dieses Verhältniß zu verändern, ist zugleich ein Fingerzeig gegeben für die therapeutische Beeinflussung dieser Vorgänge. —r.

Notizen.

Wien, 6. Juli 1895.

Zur Jurisdiction bei ärztlichen Delicten.

In einem der peripbersten Bezirke Wiens erkrankte vor mehreren Monaten ein Bäckergehilfe unter gastrischen Erscheinungen; der herbeigerufene städtische Armenarzt stellte die Diagnose „Alkoholismus acutus“, ohne den Kranken einer Untersuchung zu unterziehen, und verordnete Sodawasser und kalte Umschläge. Ein zweiter Arzt, der in Folge Verschlimmerung des Zustandes des Kranken einige Stunden später geholt worden war, fand denselben bewußtlos und constatirte einen Insultus apoplecticus. Der Kranke starb, und gegen den Armenarzt wurde vor dem Bezirksgerichte die Anklage wegen Uebertretung gegen die körperliche Sicherheit (§ 431 St.-G.) erhoben. Der als Sachverständiger beigezogene Gerichtsarzt erklärte, daß auch eine genauere Untersuchung vielleicht keine andere Diagnose ergeben hätte, als die vom Armenarzte gestellte; immerhin habe sich derselbe einer Pflichtversäumniß schuldig gemacht, da er seiner Pflicht, den Ursachen der Erkrankung nachzuforschen, nicht nachgekommen sei. Auf Grund dieses Gutachtens wurde der Armenarzt zu einer Geldstrafe von 60 fl., eventuell 24 Stunden Arrest, verurtheilt und dieses Urtheil vom Appellgerichte bestätigt, eine Entscheidung, die für die Zukunft des Amtsarztes von schwerwiegendster Bedeutung sein kann.

Das Gericht hat durch Verurtheilung des Arztes wegen Uebertretung des § 431 zu Recht erkannt, daß die Unterlassung der Untersuchung durch den Arzt dem Kranken wohl keinen Schaden zugefügt hat, daß das Benehmen des Arztes am Krankenbette aber eine Handlung oder Unterlassung bedeutete, von welcher derselbe vermöge seines Berufes einzusehen vermochte, daß sie eine Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder körperliche Sicherheit eines Menschen herbeizuführen oder zu vergrößern geeignet sei (§ 335 St.-G.). Denn der § 431 besagt ausdrücklich, daß jede der in § 335 u. ff. bezeichneten Handlungen oder Unterlassungen auch dann strafbar sei, wenn sie keinen wirklichen Schaden herbeigeführt hat. So kann z. B. ein Weichenwärter, der es übersehen hat, den Wechsel richtig zu stellen, auch dann nach § 431 St.-G. verurtheilt werden, wenn kein Zug verkehrte, mithin sein Uebersehen keinerlei Schaden verursacht hat.

Diese Jurisdiction hat nicht verfehlt, in den ärztlichen Kreisen Wiens gerechtes Aufsehen zu erregen. Ist sie ja geeignet, jedwede ärztliche Thätigkeit lahmzulegen. Wer kann es noch wagen, wird — mit einem Scheine von Berechtigung — bemerkt, einen operativen Eingriff zu unternehmen, wenn der § 431 St.-G. in solcher Weise interpretirt und auf ärztliche Specialdelicte in Anwendung gezogen wird? Denn fast jeder chirurgische Eingriff bringt den Kranken in Gefahr; der Arzt kann daher zur Verantwortung gezogen werden, selbst wenn die Operation glücklich verläuft und der Operirte gesund wird, denn die Operation ist eine Handlung, von welcher jeder Arzt „nach seinem Berufe einzusehen vermag, daß sie eine Gefahr für das Leben eines Menschen herbeizuführen geeignet ist“. Das Gleiche gilt von der Anwendung kräftig wirkender Medicamente, der Narcose etc.

Fragen wir, ob es den Intentionen des Gesetzgebers entsprach, die Thätigkeit des Arztes in solcher Weise zu erschweren, so beantwortet ein Blick in das Strafgesetzbuch diese Frage verneinend. Denn das Gesetz spricht in allen Paragraphen, welche ärztliche Delicte behandeln, wohl von durch Unwissenheit erfolgter schwerer körperlicher Beschädigung (§ 356) und von Vernachlässigung (§ 358) des Kranken, nirgends aber von einer durch ärztliche Handlung oder Unterlassung erzeugten Gefährdung des Patienten, wie sie § 335 und § 431 verlangen.

Die Wiener Aerztekammer wird demnächst in die Lage kommen, sich mit dieser Frage eingehend zu beschäftigen, da das Kammermitglied Doc. HERZ derselben einen wohlmotivirten Antrag unterbreitete, welcher gegen die Verfolgung eines Arztes auf Grund des § 431 St.-G. wegen eines in Ausübung seines Berufes begangenen Fehlers gewichtige Bedenken erhebt und auf die Sonderstellung verweist, welche das Gesetz den specifisch-ärztlichen Delicten gegenüber einnimmt. „Daß der § 431 auf ärztliche Specialdelicte keine Anwendung finden soll — heißt es in der Begründung des HERZ'schen Antrages — geht daraus hervor, daß er auf Handlungen und Unterlassungen, welche eine bloße Gefahr bedingen, Geldstrafen bis zu 500 fl. und Arreststrafen bis zu drei Monaten festsetzt, während § 358 für den wirklich bewirkten Schaden oder gar Tod, falls dieselben durch die Nachlässigkeit des behandelnden Arztes hervorgerufen sind, nur Geldstrafen bis zu 200 fl. bestimmt und, ebenso wie § 356, Arreststrafen überhaupt nicht kennt. So kommt es, daß ein Arzt bei der irrthümlichen Anwendung des § 431 nur eine Geldstrafe zu gewärtigen hat, wenn die Gerichtsärzte ihn für schuldig erkennen, durch seine Nachlässigkeit den Tod eines Menschen herbeigeführt zu haben, während er von einer schimpflichen Arrest- oder mehr als doppelt so hohen Geldstrafe bedroht wird, wenn er im Verdachte steht, einen Kranken blos in Gefahr gebracht, ihn jedoch nicht geschädigt zu haben.“ Der Antrag HERZ' verlangt, die Kammer möge dahin wirken, daß ärztliche Specialdelicte, dem Sinne des Gesetzes entsprechend, nur nach den §§ 356 und 358 St.-G. behandelt, beziehungsweise bestraft werden, daß hingegen die Erhebung einer Anklage gegen einen Arzt auf Grund des § 431 St.-G. wegen eines angeblich bei der Behandlung eines Kranken begangenen Fehlers nicht gestattet werde, wenn ein gerichtsärztliches Gutachten den Thatbestand der §§ 356 und 358 negire.

Wir zweifeln nicht daran, daß die Kammer sich diesem wohlmotivirten Antrage anschließen und alle gesetzlichen Schritte unternehmen wird, um den ärztlichen Stand vor einer Jurisdiction zu schützen, welche dem Geiste des Gesetzes widerspricht und auf Grund des neuen Strafgesetz-Entwurfes unmöglich wäre.

(XXIII. Deutscher Aerztetag.) Aus Eisenach schreibt man uns: Unter namhafter Betheiligung fand hier am 28. und 29. Juni der diesjährige Deutsche Aerztetag statt. Von 249 Vereinen des Aerztevereinsbundes mit 14.270 Mitgliedern waren 150 Vereine durch 117 Delegirte mit 11.404 Stimmen vertreten. Das abzuwickelnde Programm umfaßte als Hauptpunkte die freie Arztwahl und das Verhältniß der Aerzte zu den Lebensversicherungsgesellschaften. Bezüglich der freien Arztwahl lag der Versammlung ein Referat BUSCH's (Crefeld) vor, welches nach längerer Debatte mit großer Majorität fast unverändert angenommen wurde. Dasselbe lautet:

1. Die freie Aerztewahl entspricht am besten der Stellung der Aerzte in den Krankencassen.

2. Durch die freie Aerztewahl werden die Aufgaben der Krankencassen am besten erfüllt.

3. Die freie Aerztewahl ist eine berechtigte Forderung der Aerzte und der Cassenmitglieder.

4. Dem Begriffe der freien Aerztewahl entspricht jede Einrichtung, welche einerseits jedem Arzte eines Communalbezirkes die Berechtigung gewährt, bei einer Casse unter bestimmten, vorher vereinbarten, den einzelnen Arzt verpflichtenden Bedingungen als Cassenarzt zu fungiren, andererseits jedem Cassenmitgliede in jedem Krankheitsfalle die Wahl unter diesen Aerzten freiläßt.

5. Die Organisation dieser Einrichtung geschieht am zweckmäßigsten durch Abschluß von Verträgen ärztlicher Vereinigungen, und zwar, wo solche vorhanden sind, der staatlich organisirten Vereine, mit den Vorständen der Krankencassen. Diese Verträge müssen Bestimmungen enthalten über das Honorar, über Abwehrmaßregeln gegen Simulation, Arzneiverschwendung und über andere im Interesse der Cassen und Aerzte nothwendigen Maßregeln.

Zur Erledigung des zweiten Punktes der Tagesordnung, das Verhältniß der Aerzte zu den Lebensversicherungsgesellschaften betreffend, war vom vorjährigen Aerztetage eine Commission eingesetzt worden, welche nach Verhandlungen mit den Vorständen der Lebensversicherungsgesellschaften dem Aerztetage ein Referat vorlegte, das auch mit geringen Aenderungen angenommen wurde. Im Wesentlichen sind in dem Referate folgende Grundsätze für das Verhältniß zwischen Vertrauensärzten und Versicherungsgesellschaften niedergelegt: Die Vertrauensärzte werden ausschließlich von der Direction der Gesellschaften ernannt und eventuell ihrer Function enthoben. Die Untersuchungen finden in der Regel im Hause des Arztes statt. Die Formulare sollen möglichst einheitlich (nach einem vorgelegten Entwurf) hergestellt sein. Die

ärztlichen Gutachten werden den Directionen direct zugesendet; von dem Ergebniß der Untersuchung ist weder dem Untersuchten, noch dem Agenten Mittheilung zu machen. Dies darf ohne Zustimmung des Vertrauensarztes auch seitens der Directoren nicht geschehen. Hausärztliche Atteste werden in Zukunft seitens der Gesellschaften nicht mehr ausgetauscht werden. Auskunft über Gesundheits- und Krankheitsverhältnisse der Familienangehörigen darf nur unter ausdrücklicher Ermächtigung der betheiligten rechtsmündigen Personen gegeben werden. Für das vertrauensärztliche Zeugniß wird ein Honorarsatz von mindestens 10 Mark als angemessen erachtet. Zur Schlichtung von Differenzen zwischen Aerzten und Lebensversicherungsgesellschaften wird eine ständige Commission niedergesetzt, deren Mitglieder in gleicher Zahl vom Geschäftsausschusse des deutschen Aerztevereinsbundes und von den Versicherungsgesellschaften gewählt werden.

(Der niederösterreichische Landes-Sanitätsrath) hat sich in seinen beiden letzten Sitzungen für die strenge Anwendung der Asepsis (Reinigung des Impffeldes mit Seife und Wasser, Abspülung desselben mit gekochtem Wasser und Abtrocknung mit sterilisirter Watte, Desinfection der Hände des Impfarztes, Auskochung der Impfinstrumente, Abspülung derselben in kochendem Wasser vor jeder Einzelimpfung und Abtrocknung mit sterilisirter Watte) bei der Revaccination ausgesprochen und empfohlen, von einer Desinfection des Impffeldes mit antiseptischen Mitteln abzusehen, weil dieselbe die Haftung der Lymphe beeinträchtigt. Gleichzeitig wurde im Falle des Fehlschlagens der Revaccination eine sofortige Wiederholung derselben mit Impfstoff einer anderen Serie und im Falle eines neuerlichen negativen Ergebnisses die Wiederimpfung innerhalb Jahresfrist angeordnet. — Die Errichtung je einer neuen Apotheke im II. und XIX. Bezirke Wiens wurde befürwortet.

(Auszeichnungen.) Verliehen wurden: Dem Salinenphysicus in Hallein, k. Rathe Dr. ROBERT FUNKE, und dem praktischen Arzte und Bezirksobmann Dr. AUGUST KORDINA in Böhm.-Skalitz das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens; dem Bezirksarzte Dr. EDUARD CZERMÁK in Hohenmauth der Titel eines kais. Rathes; dem Stifts- und Districtsarzte Dr. ADOLF WELTRUBSKY v. WELTRUB in Hohenfurth das goldene Verdienstkreuz mit der Krone; dem Stabsarzte Dr. EDUARD R. HÜBL v. STOLLENBACH der k. preußische Kronen-Orden II. Cl.; dem Districtsarzte Dr. ANTON ROHRER in Schlackenwerth das Ritterkreuz des großh. toscanischen Verdienstordens.

(Wiener Allgemeines Krankenhaus.) Hofrath v. DITTEL, Vorstand der III. chirurgischen Abtheilung, ist in den Ruhestand getreten. Die Leitung der Abtheilung wird in die Hände des bisherigen Primararztes der Rudolfstiftung, Prof. JOSEF ENGLISCH, übergeben.

(Universitäts-Nachrichten.) Zum Decan der medicinischen Facultät der deutschen Universität Prag für das Studienjahr 1895/96 ist der Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. ALPHONS E. v. ROSTHORN, gewählt worden. An derselben Universität hat sich Dr. GUSTAV WUNSCHHEIM R. v. LILIENTHAL als Privatdocent für pathologische Anatomie habilitirt. — Die a. o. Professoren Dr. HEINRICH JORDAN und Dr. ANTON MARS sind zu ordentlichen Professoren der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Krakau, der Privatdocent an dieser Universität, Dr. ADOLF BECK, zum a. o. Professor der Physiologie an der Universität Lemberg ernannt worden. — Die Privatdocenten DDr. ADOLF SZILI, NATHANIEL FEUER und STEFAN CSAPODI wurden zu a. o. Professoren der Augenheilkunde an der Universität Budapest ernannt, an welcher sich Dr. LUDWIG TÖRÖK als Privatdocent für Dermatologie habilitirt hat.

(Statistik.) Vom 23. bis inclusive 29. Juni 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6294 Personen behandelt Hievon wurden 1286 entlassen; 157 sind gestorben (10·8% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 56, egyptischer Augenentzündung 8, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 21, Scharlach 79, Masern 236, Keuchhusten 80, Wundrothlauf 13, Wochenbettfieber 2, Mumps 6, Influenza 1. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 675 Personen gestorben (+ 16 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Stabsarzt Dr. FRANZ RAMMEL; in Baden der Oberstabsarzt der Reserve, Dr. WENZEL TRIEPES, 90 Jahre alt; in London der berühmte Naturforscher THOMAS H. HUXLEY, Professor der vergleichenden Anatomie und Physiologie am Royal College of Surgeons, im 73. Lebensjahre; in Dublin der Professor der Chirurgie, Sir GEORGE N. PORTER.

Die seit 30 Jahren in Wien bestehende Privatheilanstalt des Dr. ALBIN EDER ist mit 1. Juli d. J. in den Besitz des Herrn Dr. JULIUS FÜRTH übergegangen, und wurde dem Letzteren von der hohen k. k. n. ö. Statthalterei die Concession zum Betriebe derselben ertheilt. Die Anstalt ist in zwei Neubauten untergebracht, welche mit allem Comfort ausgestattet sind und alle Errungenschaften einer modernen Bautechnik und Hygiene aufweisen. Die musterhafte Einrichtung der Operationssäle ist allgemein bekannt und bildet eine Sehenswürdigkeit dieses Sanatoriums. Herr Dr. FÜRTH wird dieses altrenommirte Institut stets auf der Höhe der Zeit und der Wissenschaft leiten und ihm den Ruf einer modernen Musterheilanstalt zu bewahren wissen.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Nr. 28. Sonntag den 14. Juli 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in **Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber einen Fall von spontaner Phlegmone des Nasenrachenraumes und Absceßbildung in der Tonsilla pharyngea.

Von **Docent Dr. Wilhelm Roth** in Wien.*)

Vor kurzer Zeit hatte ich Gelegenheit, einen Fall von Phlegmone des Nasenrachenraumes mit Absceß der Rachentonsille genau zu beobachten, und bei der immerhin großen Seltenheit eines solchen will ich die Krankengeschichte dieses Falles in extenso mittheilen.

Der Fall betraf einen 38jährigen Mann, welcher unter Schüttelfrost mit nachfolgender Temperatursteigerung, sowie heftigen Schluckschmerzen am 11. März d. J. erkrankt war. Am darauffolgenden Tage sah ich den Pat. zum ersten Male und fand nebst einer Temperatur von 38·8° im Pharynx, und zwar insbesondere an den Gaumenbögen und der Uvula, eine mäßige Hyperämie ohne Schwellung, im Larynx normale Verhältnisse, die Nase beiderseits hyperämisch, die Nasengänge durch Schwellung der Schleimhaut verlegt, die Nasenathmung wesentlich erschwert, mäßige Schleimsecretion. Patient klagte über außerordentliche Schling- und Hinterhauptsschmerzen und Stechen in beiden Ohren, zeigte ein sehr leidendes Aussehen und verzerrte das Gesicht bei jedem Schlingacte derart, daß man sofort den Eindruck bekommen mußte, daß das Schlingen thatsächlich von sehr beträchtlichen Schmerzen begleitet sei.

Da nun die angegebenen subjectiven Beschwerden sowohl als auch die hohe Temperatur mit den geschilderten objectiven Veränderungen nicht gut erklärt werden konnten, untersuchte ich den retronasalen Raum und fand daselbst eine saturirte Hyperämie der Schleimhaut des ganzen Nasenrachenraumes wie auch der Tonsilla pharyngea, letztere überdies soweit hervorgewölbt, daß sie die oberen Ränder der Choanen verdeckte; bei Berührung mit dem Finger fühlte sich dieselbe derb-elastisch an, und Pat. äußerte dabei starke Schmerzempfindung.

Auf Grundlage dieses Befundes glaubte ich, einen der öfter beobachteten Fälle acuter catarrhalischer Entzündung der Schleimhaut des retronasalen Raumes vor mir zu haben, verordnete lauwarme Gurgelungen und eben solche Eingießungen in die Nase mit 2% Boraxlösung, und stellte das Nachlassen der Schmerzen in 2—3 Tagen in Aussicht. Indessen gestaltete sich der Verlauf anders, als ich erwartet hatte. Die Temperaturen bewegten sich zwischen 38·8 Morgens und 39·5—40 Abends, die Schlingschmerzen steigerten sich immer mehr, ebenso nahm der Hinterhauptschmerz und das Stechen in den Ohren derart zu, daß der Zustand des Pat. nahezu unerträglich wurde. Objectiv konnte ich in den folgenden zwei Tagen mittelst hinterer Rhinoskopie eine continuirliche Zunahme des Volums der Tonsilla pharyngea constatiren, so daß am vierten Krankheitstage die Geschwulst derselben so groß war, daß man nur noch die untere Hälfte der hinteren Enden der unteren Muscheln und die unteren Nasengänge sehen konnte; der darüber befindliche Theil der Choanen war von der geschwellten Rachenmandel vollständig gedeckt. Die Schleimhaut des retronasalen Raumes zeigte sich durchwegs stark injicirt, serös infiltrirt, stellenweise ecchymosirt, die Umrandungen der Ost. pharyngeum tubae hyperämisch und geschwellt, der weiche Gaumen, die vorderen Gaumenbögen und die Uvula ödematös. In den nächstfolgenden drei Tagen blieben die im Pharynx sichtbaren objectiven Veränderungen, sowie auch die subjectiven Beschwerden auf gleicher Höhe, doch konnte in dieser Zeit der retronasale Raum wegen der Verschwellung der Weichtheile und in Folge der großen Schmerzhaftigkeit weder durch eine rhinoskopische, noch durch eine Digitaluntersuchung explorirt werden; es war mir aber bei der Höhe und der Dauer des Fiebers und der Heftigkeit der Erscheinungen nicht mehr zweifelhaft, daß es sich um eine phlegmonöse Entzündung im

*) Vortrag, gehalten in der Wiener laryngologischen Gesellschaft am 6. Juni 1895.

Nasenrachenraume und insbesondere in der Tonsilla pharyngea handle, und ich konnte mit großer Wahrscheinlichkeit die Bildung eines Abscesses umsomehr annehmen, weil das Oedem der Uvula zunahm und die Uvula schließlich eine recht große durchscheinende Geschwulst bildete — ein Vorkommniß, welches bei peritonsillären und Tonsillar-Abscessen fast regelmäßig vorkommt und, wo sie beobachtet wird, als pathognomonisch für eine in der Tiefe vor sich gehende Eiterung gelten kann. Dementsprechend wurden die warmen Gurgelungen und Eingießungen in die Nase fortgesetzt und am achten Tage nach Beginn der Erkrankung trat plötzlich unter starkem Ausfluß von Blut und Eiter aus Mund und Nasenhöhle eine Erleichterung im Schlingen, ein Nachlaß in den Kopf- und Ohrenschmerzen auf, und von diesem Momente sank auch die Temperatur auf das Normale, um dann nicht mehr anzusteigen. Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß der Absceß spontan geplatzt war, und nach Entleerung seines Inhaltes die plötzliche Abnahme der schweren Erscheinungen erfolgte. Am folgenden Tage war auch das Oedem des weichen Gaumens und der Uvula geschwunden und nun zeigte sich bei der nunmehr wieder ausführbaren Rhinoskopia posterior die Tonsilla pharyngea wohl etwas kleiner, als bei der letzten Untersuchung, jedoch noch immer vergrößert, indem mehr als das obere Drittel der Choanen noch gedeckt war; an einer Stelle der Tonsille ein Blutgerinnsel, vermuthlich an jener Stelle, wo der Durchbruch stattgefunden hatte. Schmerz war wohl nicht mehr vorhanden, doch gab Pat. noch ein Gefühl von Behinderung beim Schlucken an. Es wurde daher der retronasale Raum mit lauwarmer 2%iger Borsäurelösung dreimal täglich irrigirt und einmal des Tages mit einer 2%igen Arg. nitr.-Lösung bepinselt, unter welcher Behandlung die Schwellung der Pharynxtonsille wie auch die Hyperämie der Schleimhaut stetig abnahm; am 6. Tage nach erfolgtem Durchbruche des Eiters war Alles wieder zur Norm zurückgekehrt. —

Wiewohl acute, selbst phlegmonöse Entzündungen des retronasalen Raumes nicht gar so selten beobachtet werden, und diese stets von starken Schmerzen beim Schlingen, sowie von intensiven Kopf- und Ohrenschmerzen begleitet werden, ist die Bildung eines Abscesses von der geschilderten Größe in der Rachenmandel immerhin eine große Seltenheit. In der Literatur fand ich keinen derartigen Fall verzeichnet, denn die Fälle von phlegmonöser, mit Eiterbildung einhergehender Entzündung des retronasalen Raumes, welche Wendt in Ziemssen's „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie", 2. Auflage, VII. Bd., erste Hälfte, pag. 285 und 286 beschreibt, sind theils traumatischen Ursprunges nach Operationen im retronasalen Raume, theils in Folge von Variola entstanden; von spontan entstandenen derartigen Eiterungen thut auch Wendt keine Erwähnung, sondern auf pag. 289 l. c. sagt er ausdrücklich: „In der Nasenrachenhöhle kommen nur in einzelnen Fällen kleine Abscesse innerhalb des cytogenen Lagers vor. Dieselben finden sich bei der Phlegmone oder sie gehen aus dem Zerfalle vieler nahe bei einander liegender Follikel hervor. Man könnte sie Nasopharyngealabscesse nennen."

Ueberblickt man den hier geschilderten Krankheitsverlauf, so fallen sofort drei Hauptsymptome in die Augen: das acht Tage andauernde hohe Fieber, die äußerst heftigen Schling-, Ohren- und Hinterhauptschmerzen und endlich die Verstopfung der Nase, welche die Nasenathmung absolut unmöglich machte. Das hohe, andauernde Fieber und die erwähnten Schmerzen finden sich allerdings auch bei anderen Entzündungen im Gebiete der oberen Luftwege immer, die Verstopfung der Nase bei Entzündungen der Schleimhaut und des submucösen Bindegewebes der Rachenhöhle zeitweilig vor, so daß man aus diesen Erscheinungen allein auf den Sitz der Erkrankung nicht schließen könnte.

Berücksichtigt man aber den Umstand, daß in den ersten drei Krankheitstagen bei dem Vorhandensein dieser Symptome in der Pars oralis pharyngis fast gar keine objectiven Veränderungen wahrnehmbar waren, so mußte man von vorneherein von der Annahme einer Angina phlegmonosa abstehen, und auch ein entzündlicher Proceß der Pars laryngea pharyngis oder des Larynx selbst mußte durch die vorgenommene Untersuchung ausgeschlossen werden. Allerdings führte schon in diesem Stadium eine Inspection und Digitaluntersuchung des retronasalen Raumes unzweifelhaft zur Feststellung sowohl des Sitzes als der Natur der Erkrankung; allein wir müssen uns vorstellen, daß vielleicht in einem zweiten ähnlichen Falle unser Urtheil über Sitz und Art der Erkrankung erst in einem späteren Stadium, in welchem, wie ja aus obiger Krankengeschichte ersichtlich ist, theils durch die Empfindlichkeit des Kranken eine Untersuchung des retronasalen Raumes unmöglich wird, abverlangt werden könnte; in einem solchen Falle müßten wir aus dem vorhandenen hohen Fieber, den heftigen Schling-, Hinterhaupt- und Ohrenschmerzen beim Fehlen von Veränderungen im Pharynx und Larynx, welche diese Erscheinungen genügend zu erklären vermögen, immerhin eine Entzündung im retronasalen Raume annehmen, welche Annahme durch die bis zur völligen Undurchgängigkeit verstopfte Nase noch eine Stütze finden würde. Wenn dann im weiteren Verlaufe auch Oedeme an der Uvula und den Gaumenbögen eintreten, dann ist die Wahrscheinlichkeit für die Bildung eines Abscesses vorhanden.

Zum Schlusse könnte noch die Frage erörtert werden, ob es in dem beschriebenen Falle nicht möglich gewesen wäre, den Absceß früher zu eröffnen und auf diese Weise dem Kranken die Dauer seines Leidens wesentlich abzukürzen. Mit Sicherheit war eine solche Operation keinesfalls ausführbar. Vom Munde aus war ein Eindringen mit dem Messer unmöglich, denn dieses hätte entweder unter Leitung des Spiegels oder des Fingers eingeführt werden müssen, und weder das eine, noch das andere konnte wegen der Verschwellung der Weichtheile und der großen Schmerzhaftigkeit derselben durchgeführt werden, — durch die Nase einzudringen war gleichfalls nicht möglich, da die Nase dermaßen verlegt war, daß man durch dieselbe nicht hindurchsehen konnte und eine Operation von hier aus nur auf's Gerathewohl, gleichsam im Finstern, hätte vorgenommen werden können. Ich begnügte mich daher lieber zuzuwarten, bis der Absceß spontan platzen wird, als eine nicht controlirbare Eröffnung desselben vorzunehmen und möchte im Interesse des Kranken unter gleichen Verhältnissen jedenfalls wieder dasselbe Verhalten einschlagen.*)

Ueber Erkältungen.

Von **Dr. Adolf Bäumel** in Eger.

(Schluß.)

Und nun gehen wir weiter und fragen uns, ob denn nur der refrigeratorische Reiz allein im Stande ist, den Effect hervorzubringen, daß die Muskeln schmerzhaft und in ihrer Actionsfähigkeit behindert werden; so werden wir von vorneweg zugeben müssen, daß auch aus vielen anderen Ursachen eine Schmerzhaftigkeit und erschwerte Beweglichkeit einzelner oder mehrerer Muskeln entstehen kann, der die Begleiterscheinung einer augenfälligen Hyper- oder Dystrophie, einer entzündlichen Schwellung oder einer sonstigen groben anatomischen Veränderung abgeht. Warum sollten physiologisch-senile Ver-

*) In der auf diesen Vortrag folgenden Discussion machten Prof. Chiari und Docent Dr. Grossmann die Bemerkung, daß es sich in diesem Falle vielleicht nicht so sehr um einen Absceß in der Tonsilla pharyngea, als vielmehr in dem peritonsillären Gewebe gehandelt haben könne. Ich stehe durchaus nicht an, diese Möglichkeit anzuerkennen und bemerke, daß ich mit Rücksicht auf die Schwierigkeit, diese feine anatomische Untersuchung in praxi zu machen, unter dem oben gewählten Titel wohl nur einen Absceß am Fornix des retronasalen Raumes verstanden wissen wollte.

änderungen, wie sie z. B. in den Knorpeln, der Cornea u. s. w. zur Geltung kommen, gerade die Muskeln verschonen? Vielleicht belehren uns etwa noch anzustellende Untersuchungen, daß mancher sogenannte Muskelrheumatismus nichts Anderes ist als eine Involutionserscheinung, meinetwegen eine Involutio praecox.

Ich will von anderen Noxen nicht mehr sprechen, vielleicht habe ich überhaupt schon zu Vieles über diese beiden Paradigmen der Erkältung gesprochen; doch wählte ich sie, weil sie am nächsten liegen und bei ihnen eben andere Krankheitsursachen am wenigsten genannt werden. Mit mehr Berechtigung wird auch bei anderen Erkrankungen von der Erkältung als der Ursache nicht gesprochen, sie wird eben als solche genannt, weil dies auch die Ansicht früherer Generationen war und weil wir uns so schwer vom Althergebrachten trennen, auch wenn dessen Autorität bereits arge Stöße erlitten; und bezüglich der Fähigkeit der sogenannten Erkältungen, alle möglichen Erkrankungen hervorzurufen, sollte man das doch meinen. Nicht nur, daß für viele dieser Leiden die parasitären Erreger in einer den Zweifel nahezu ausschließenden Weise nachgewiesen wurden; nicht nur, daß es dem genauesten und gewissenhaftesten Beobachter in sehr zahlreichen Fällen nicht gelingt, eine Situation nachzuweisen, in der eine Erkältung möglich gewesen wäre; wir können im Gegentheile oft genug Beispiele dafür finden, daß Jemand alle Bedingungen erfüllt, die zur Acquisition einer Erkältung nothwendig wären, ohne daß er irgendwie danach erkrankte, keineswegs aber dadurch.

Wir machen eine Bergpartie; sehr erhitzt und über den ganzen Körper schwitzend gelangen wir an den Gipfel, oben bläst der Wind tüchtig, so daß wir die Abkühlung schon recht unangenehm empfinden, und doch machen wir auch den Abstieg und wissen am anderen Tage zumeist über nichts Anderes zu klagen als über größere oder geringere Ermüdung. — Sehen wir uns den Sport des Eislaufes an; wie oft kommt es vor, daß einer der Eisläufer, nachdem er sich recht ermüdet, in erhitztem Zustande durch die eingebrochene Eisdecke in's kalte Wasser fällt, er erleidet eine ganz empfindliche Abkühlung und eine sehr unerwartete, er verliert sehr viele Wärmeeinheiten; wenn er aber sonst gesund und kräftig ist, so wird er in ganz erstaunlich kurzer Zeit die Quantität an Kraft, die er in Form einer bestimmten Anzahl von Calorien verloren, auf andere Weise wieder ersetzen. Wenn dies freilich einem Phthisiker passirt, bei dem die vorhandene Menge Kraft eben noch ausreicht, um im Kampfe gegen die tückische Krankheit das Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, dann kann dieser plötzliche Kräfteverlust, herbeigeführt durch die bedeutende Abkühlung, etwa die unangenehme Folge einer Hämoptoë, haben und dann sagt man: das hat eben die Erkältung gethan. — Warum thut denn diese Erkältung uns nichts dort, wo wir sie absichtlich hervorzurufen scheinen: im Dampfbade? Wie viele Leute pflegen aus der Dampfkammer ohne jede Vermittlung unter die recht kalten Douchen zu gehen, und wie wenig es ihnen schadet, erhellt daraus, daß sie diese Procedur oft, Viele in gewissen Intervallen regelmäßig wiederholen.

Wenn wir mit offenen Augen und unbefangen kritischem Blicke die einzelnen Krankheitsfälle beobachten, die uns vorkommen und bei denen Erkältung als ätiologisches Moment in Frage steht, dann ist das Resultat dieser Beobachtungen zweifellos das, daß eine nennenswerthere Wärmeentziehung wohl im Stande ist, den menschlichen Körper zu schwächen, daß locale Einwirkung nieder temperirter Luft vielleicht auch locale Veränderungen hervorrufen kann, die unter Umständen persistiren, daß durch eben diese locale Einwirkung auch in entfernteren Organen vorübergehend Veränderungen im Blutgehalte können hervorgerufen werden, daß aber keineswegs die Erkältung die Effecte specifisch pathogener Agentien hervorrufen, keineswegs also z. B. die Ursache einer Pneumonie, einer Pleuritis etc. sein kann.

Wenn aber wir Aerzte hievon genügend durchdrungen sind, dann werden wir es für unsere Pflicht halten, auch das Publicum nach dieser Richtung aufrichtig zu belehren, und zwar aus verschiedenen Gründen. Zunächst und vor Allem muß uns die Wahrheitsliebe dazu bringen, nicht zustimmend zu nicken, wenn uns als Ursache einer Polyarthritis zerissene Schuhe in Verbindung mit der Straßenfeuchtigkeit genannt werden, insoferne wir eine andere Ursache zu kennen glauben. Doch will ich gerne zugeben, daß dieser Zopf (wie mancher andere) beim Publicum sehr fest hängt, und daß es dem Arzte oft schwer fallen wird, allein zwecks theoretischer Richtigstellung irriger Ansichten an den Vorurtheilen seiner lieben Clienten zu rütteln. Bedenklicher aber muß es jedem gewissenhaften Arzte erscheinen, daß das Belassen seiner Schutzbefohlenen in der unbegründeten Angst vor Erkältungen diesen häufig großen Schaden zufügt, nach meiner festen Ueberzeugung jedenfalls mehr schadet, als erkältende Einflüsse es je können. Gehen wir nur einmal im Winter in Bauernstuben, wo die Möglichkeit einer Erkältung durch Vernageln und Verkleben der Fenster ausgeschlossen wird, dafür aber in einem Raume, dessen Luftcubus kaum für eine oder zwei Personen ausreicht, etwa sechs Individuen verschiedensten Alters wohnen, essen, schlafen und — zum mindesten die Kinder — noch manch anderem Bedürfnisse genügen, und stellen wir uns dann vor, daß zwar die Erwachsenen ab und zu auch an die frische Luft kommen, die Kinder aber und die Kranken, die ja weit eher einer tadellosen Luft bedürften, wochenlang diese Atmosphäre einathmen müssen, dann haben wir ein deutliches Beispiel dessen vor Augen, was die Angst vor Erkältungen bewirkt. Wir können solcher Beispiele noch zahlreiche finden und das auch in anderen Schichten der Bevölkerung bis hinauf in die wohlhabendsten, wo insbesondere schwächliche, phthisisch veranlagte, vielleicht auch schon tuberculös inficirte Personen ängstlich vor dem imaginären Einfluß von Erkältungen gewahrt werden, um dagegen in überheizten Zimmern zu bleiben, wo durch das Wiedereinathmen der eigenen Exspirationsluft auch die Gelegenheit zu Reinfectionen oder zur Infection der nächsten Angehörigen geboten ist.

Wir Aerzte dürften nicht müde werden, auch nach dieser Richtung aufklärend im Publicum zu wirken und als Hausärzte in Familien namentlich dann Anregung zu bieten, daß die Kinder abgehärtet werden, d. h. daß durch häufige Einwirkung niederer Temperaturen einerseits die Haut zu einem schlechteren Wärmeleiter werde, andererseits auch unser Nervensystem es verlerne, gewisse Temperaturdifferenzen schon als vasomotorische (fernwirkende) Reize zu empfinden. Das ist der Haupteffect der verschiedenen hydriatischen Proceduren und Symptome, die sich bekanntlich nicht immer auf wissenschaftliche Untersuchungen und Erfahrungen stützen. Das Publicum, dem durch Jahrhunderte von Aerzten die Angst vor Erkältungen beigebracht wurde, sieht nun zu seinem Erstaunen, daß das Herumspaziren auf feuchten Wiesen ohne Beschuhung die gefürchteten Folgen nicht nur nicht nach sich zieht, daß vielmehr die Leute, die sich einer solchen Cur unterziehen, nach einiger Zeit viel frischer sind als zuvor. Kein Wunder, daß es dann zu den Verkündern dieser, allerdings nicht neuen, Lehre Vertrauen faßt, auch wenn die guten Herren dann weitergehen und behaupten, sie könnten durch dasselbe Verfahren auch jede Erkrankung beheben.

Der, wenn auch vorübergehende Erfolg dieser Charlatane sollte alle Aerzte aus ihrer Lauheit gegenüber den oben bezeichneten Fragen reißen und sie zur Belehrung der ihnen zugänglichen Kreise veranlassen.

Ueber Darmatonie.

Von **Dr. S. Federn** in Wien.

(Schluß.)

Ich komme nun zu den fieberhaften Erkrankungen; ich übergehe die schon seit Langem in der Literatur bestehende Discussion, ob Kothansammlung fieberhafte Krankheiten hervorrufe, sondern werde nur meine Erfahrungen mittheilen. Ein geistreicher Arzt sagte mir vor Jahren: „Es gibt nicht nur einen Typhus, es gibt viele Typhen"; heute, wo der Typhusbacillus ungefähr den Typhus so charakterisirt wie der Cholerabacillus die Cholera, ist dieser Ausspruch wissenschaftlich nicht berechtigt, aber klinisch ist er es noch heute. Wenn wir die großen Typhusepidemien ausnehmen, so sind die sporadischen Fälle selten so charakterisirt, daß sie dem klinischen Bilde des Typhus für unser diagnostisches Gewissen genügend entsprechen; außerdem kommen so viele Fälle von fieberhaften Krankheiten vor, die für eine Febricula zu lang und selbst für einen abnormen Typhus zu kurz sind. In früherer Zeit (vor der Hochquellenleitung), wo noch Typhus zu den herrschenden Krankheiten in Wien gehörte, nannte man sie Abortiv-Typhus oder Cat. ventriculi, je nach der persönlichen Anschauung des Arztes, heute werden wir uns wohl nicht leicht entschließen, einen fieberhaften Magencatarrh dort anzunehmen, wo der Magen keine anderen Erscheinungen bietet als bei den meisten fieberhaften Krankheiten; außerdem sind wir ja gewohnt, jede acute fieberhafte Krankheit auf Infection zurückzuführen.

Ich erlaube mir, das schematische Krankheitsbild dieser Fälle nach meiner Arbeit über partielle Darmatonie anzuführen. „Es kommt eine fieberhafte Erkrankung vor, welche auf Darmatonie beruht und welche in der Regel als gastrische oder, wem heutzutage diese Bezeichnung nicht paßt, auch als typhöses Fieber bezeichnet wird, aber weder mit dem Magen, noch mit einem Typhus in Beziehung steht; es kommt viel öfter bei Kindern und alten Leuten vor als bei Erwachsenen. Das Fieber hat keinen regelmäßigen Typus, die Temperatur kann an einzelnen Tagen bis auf 40° in der Achselhöhle steigen, die Zunge ist mehr weniger belegt, im Anfange kann auch Diarrhoe vorhanden sein, die später in Verstopfung übergeht, fast absolute Abneigung gegen jede Art Nahrung, geringer Durst, ausgenommen bei stärkerem Fieber, die Milz kann in geringem Grade vergrößert sein, Kopfschmerzen können vorhanden sein oder auch fehlen. Das Sensorium ist in der Regel nur dem Fieber entsprechend oder auch gar nicht benommen, die Apathie aber bedeutend. Man wird aus der kurzen Darstellung der Krankheit, die ich nicht als neu darstellen, sondern der ich nur die richtige Deutung geben will, erkennen, daß der Arzt leicht versucht werden kann, wenn sich die Krankheit, wie es häufig vorkommt, auf 2—3 Wochen hinauszieht, an einen unregelmäßigen Typhus zu denken, und wenn er auch vielleicht im Beginne, durch den praktischen Takt geleitet, oder weil der Darm auf einer Seite einen größeren Widerstand bei Druck bietet, Abführmittel gibt, so wird er bald damit aufhören, da die Kranken keine oder nur sehr wenig Nahrung zu sich nehmen, und überläßt eigentlich die Heilung der Natur, die wohl in der Regel erfolgt; ganz anders wird jedoch der Arzt vorgehen, wenn er, in der Percussion des Dickdarms geübt, nur nach den Ergebnissen derselben handelt; ob Diarrhoe vorhanden war oder nicht, ob der Kranke Nahrung zu sich nimmt oder nicht; so lange noch eine Spur von Dämpfung vorhanden, muß mehr oder weniger energisch abgeführt werden. Ich ziehe natürlich die milderen Abführmittel vor. Wenn der Arzt nur die Consequenz hat, so zu handeln, so wird ihn auch der Erfolg bald von der Richtigkeit der Auffassung überzeugen. Ich habe oben gesagt, daß die Krankheit in der Regel nach kürzerer oder längerer Zeit in Heilung endet; dies bezieht sich aber nur auf größere Kinder, bei alten Leuten scheint sie auch letal verlaufen zu können, und ich glaube, daß so manches alte Individuum, das im Leben als an Marasmus leidend und auch bei der Section als daran gestorben betrachtet wird, eigentlich den Folgen der Darmatonie erlegen ist und durch Purgiren zu erhalten gewesen wäre."

I. Ich werde von diesen Fällen keine Beispiele anführen, weil sie relativ häufiger vorkommen und, wie ich glaube, bei zwar viel längerer Dauer als bei der Purgirmethode und unter viel mehr Sorge als dem Falle entspricht, gut werden; ich werde Ihnen aber einige Fälle anführen, wo die Krankheit nicht nur gefährlich schien, sondern nach dem Urtheile der competentesten Aerzte die Prognose ungünstig oder mindestens höchst zweifelhaft gestellt wurde.

Ich wurde zu einem Herrn in der Mitte der Fünfziger gerufen; er klagte über Lumbago; bei der Untersuchung fand ich Dämpfung in der linken Hälfte des Col. transv. und im oberen Theil des Col. desc. Ich ordinirte ihm außer der localen Anwendung der Prießnitzbinde und Einreibungen, die er schon von selbst angewendet, Abführmittel; am 3. Tage ging es dem Pat. besser; ich fand noch immer Dämpfung und ließ ihn die Abführmittel fortsetzen, ohne aber weiter zu kommen; der Pat. hatte nicht weiter abgeführt; nach 3 Tagen hatten sich die Schmerzen unter fieberhaften Erscheinungen viel heftiger eingestellt, und nun spielte sich durch 6 Wochen das wunderlichste Krankheitsbild ab, das ich je gesehen; das Fieber stieg Abends auf 40°, der Kreuzschmerz wurde so heftig, daß der Pat. die Nächte schlaflos verbrachte, dabei ließ sich keine Stelle finden, die gegen Druck empfindlich war; es verschlimmerte sich außerdem ein alter Bronchialcatarrh, es traten umschriebene Bronchitiden mit kleinblasigem Rasseln und blutigem Auswurf auf, Appetit war null. Patient wurde von Internisten und Chirurgen untersucht, es konnte keine Diagnose gestellt werden; Bamberger kam jeden 2. Tag, Oser jeden Tag und ich 2mal im Tage; meine Ansicht hatte sich festgestellt, daß das Leiden vom Darm ausgehe, ich untersuchte denselben täglich, gab täglich zum Purgiren, und der Pat. selbst bemerkte, daß ihm unmittelbar nach dem Stuhle besser sei. Ich hatte damals noch nicht publicirt und darum nicht die Sicherheit, meine Ansicht auszusprechen, weil ich fühlte, sie werde lächerlich erscheinen; einmal fing ich aber doch an, mit Bamberger zu sprechen, ob es nicht bei diesem so dunklen Falle möglich sei, daß das Leiden vom Darme ausgehe, den ich nie leer fände. Bamberger lachte und sagte, geben wir uns keine Mühe, hier werden wir keine Diagnose stellen. Der Mann wurde unter beständigem Purgiren gesund, und dieser Fall bildete eine der Etappen, die ich früher erwähnte, welche mich über die Wichtigkeit der Darmatonie aufklärten.

Sie werden sich wundern, daß ich den Muth hatte, einem schwer kranken Mann, der durch Wochen keine oder nur sehr geringe Nahrung zu sich nahm, täglich ein Purgans, und zwar Aq. laxat. viennens. oder Rheum zu geben; nur die Percussion des Darmes gab mir die Sicherheit, diese eingreifende Therapie durchzuführen. Hätte ich damals schon Voetsch gelesen gehabt, so wäre ich noch viel ruhiger gewesen.

II. Eine junge Frau aus Pola kam nach Wien, seit 3 Monaten gravid; bereits in Pola hatte sie durch einige Zeit an Darmcatarrh, später an Verstopfung und Fieberanfällen gelitten; sie war dort mit Chinin behandelt worden — ohne besonderen Erfolg; nach und nach hatten die Fieberanfälle aufgehört, und Pat. wollte sich hier erholen; nach einiger Zeit wiederholten sich leichte Fieberanfälle, Kälte mit darauffolgender Wärme und Schweiß, besonders Abends in der Dauer von 1—2 Stunden auftretend, außerdem hatte sie trägen Stuhlgang. Ich fand eine gelblich blasse, aber sehr muntere Frau, die außer der Zeit des Fieberanfalles oft auch guten Appetit hatte; bei der Untersuchung fand ich die Milz etwas vergrößert, im Col. transv. an einigen Stellen Dämpfung, Empfindlichkeit gegen Druck. Da die Patientin aus Pola kam, mußte ich an Malaria denken, obwohl der kaum nachweisbare Milztumor

und die Wirkungslosigkeit des Chinins in Pola dagegen sprachen, die Stuhlträgheit, die Dämpfung und Empfindlichkeit im Dickdarm dafür sprachen, daß die Krankheit vom Darm ausgehe; um sicher zu gehen, ließ ich das Blut auf Plasmodien untersuchen; nachdem die Untersuchung negativ ausfiel, war ich meiner Diagnose sicher und verordnete Abführmittel; diese wurden nicht sehr regelmäßig genommen, die Fieberanfälle wiederholten sich. Es wurde nun Prof. Dr. Breus zum Consilium gerufen, da die gravide Frau besonders während des Fiebers über heftige Schmerzen in der Oberbauchgegend klagte. Prof. Breus scheint zu den wenigen Aerzten in Wien zu gehören, die meine Publication über partielle Darmatonie gelesen und geprüft haben; er fand an den Sexualorganen nichts Abnormes und hielt meine Ansicht für richtig. In den nächsten Tagen änderte sich das Bild, die Fieberanfälle und die Schmerzen wurden heftiger, es kamen Frostanfälle, die zwei Stunden dauerten, Temperatur bis 41°, denen Collapstemperaturen bis 35° folgten; die Schmerzen wurden so heftig, daß ich einmal eine subcutane Morphiuminjection machte; der Collaps war aber nachher so stark, daß ich nur Morphium innerlich zu geben wagte, was wenig Erfolg hatte; ich setzte das Purgiren fort, da ich für keine andere Diagnose objective Gründe fand; die Angehörigen verlangten Prof. Kahler zum Consilium, er kam und stellte die Diagnose Typhus, dieses mit umsomehr Berechtigung, als die Milz jetzt so vergrößert war, daß man sie palpiren konnte; er fand wohl die große Schmerzhaftigkeit, die Art der Fieberanfälle ungewöhnlich, aber, meinte er, es treten oft im Typhus heftige Haut-Neuralgien auf, und auch das Fieber ist zuweilen intermittirend; es sei ein abnormer Typhus, aber doch ein Typhus.

Wir einigten uns nicht, denn ich hielt mich an die objectiven Symptome im Darme. Kahler stellte mir in liebenswürdigster Weise anheim, die Diagnose in suspenso zu lassen, auf meine Therapie ging er jedoch unbedingt nicht ein; die Abführmittel blieben weg; im Laufe von zwei Tagen änderte sich insoferne das Bild, daß Patientin sich noch elender fühlte, während der Milztumor zurückging; dennoch wollte Kahler auf meine Ansicht nicht eingehen; er ließ den Harn auf Pepton untersuchen, weil die Frostanfälle von einem Eiterherd herrühren könnten; es fand sich aber kein Pepton, aber viel Indican im Harne; auch Prof. Chrobak konnte an den Geschlechtsorganen nichts Abnormes finden, wohl aber harte Skybala bis hoch im Mastdarm; jetzt erst ließ Kahler versuchsweise meine Therapie anwenden, die verbrannten, übelriechenden Fäcalmassen und die subjective Erleichterung der Patientin überzeugten ihn und jetzt wurde fort und fort purgirt, und nach ungefähr 14 Tagen blieben die Fieberanfälle endlich aus, nach einigen Wochen war Patientin gesund.

Sie dürfen, meine Herren, nicht glauben, daß bei der gemeinsamen Behandlung zwischen mir und Kahler die geringste Gereiztheit herrschte. Ich hatte die Sicherheit, die von einem objectiven Befund ausgeht, und er das Interesse an der Wahrheit und am Kranken, und ich glaube gehört zu haben, daß er später auf der Klinik auch solche Diagnosen stellte. Der Fall erregte in dem dazu gehörigen Kreise großes Aufsehen; mehreren Aerzten, die schon früher Typhus diagnosticirt hatten und in ihrer Ansicht durch Kahler noch bestärkt wurden, war meine Diagnose absurd erschienen, bis sie der Verlauf eines Bessern belehrte.

Ich werde Sie nicht mit weiterer Casuistik belästigen, ich möchte nur einige Thatsachen aus der Praxis anführen als Beweis, daß Obstipation Fieber verursachen kann. Jeder Geburtshelfer, ja jeder beschäftigte Arzt wird die Erfahrung gemacht haben, daß im Puerperium Fieber auftreten kann, welches nach einmal oder öfter verabfolgtem Purganz schwindet; vor der Zeit der Antisepsis, wo jedes Fieber im Puerperium Unruhe erregte, waren dies nicht selten die sogenannten leichten Puerperalprocesse; eine Puerpera ist eben ein ausgezeichnetes Reagens auf Fieberursachen, und was bei ihr leicht Fieber hervorruft, bewirkt bei gesunden Menschen schwerer Fieber, aber immer beweisen solche Fälle, daß zurückgehaltene Fäcalmassen eine Fieberursache sind, die naturgemäß unter Umständen auch bei schlechter reagirenden Individuen dieselbe Wirkung haben, wenn sie in größerer Menge oder Stärke vorhanden sind.

Bevor ich die fieberhaften Krankheiten verlasse, muß ich eine Beobachtung anführen, welche in solchen zweifelhaften Fällen für die Differentialdiagnose wichtig ist: ich habe in solchen Fällen, welche durch zersetzten Residualkoth im Darme verursacht werden, gefunden, daß der Milztumor noch während des Ansteigens der Krankheit zurückgehen kann, während er beim Typhus erst in der dritten kritischen Woche nach Griesinger rasch abnimmt. So wurde ich vor einigen Monaten zu einem Falle gerufen, wo alle Consiliarärzte Typhus diagnosticirt hatten, nur dem behandelnden Arzte stimmte das Bild nicht und er bezweifelte die Richtigkeit der Diagnose; ich wurde gerufen, weil in der Reconvalescenz wieder Fieber eintrat; ich fand in der linken Hälfte des Col. transvers. Dämpfung und rechts solchen Meteorismus, daß die Leberdämpfung nicht nachzuweisen war. Der Fall bot mir auf diese Weise einen classischen Befund der partiellen Atonie; ich fragte nach dem Milztumor und der behandelnde Arzt berichtete, daß er noch während des Fieberstadiums zurückgegangen sei; ich war demgemäß der Meinung des behandelnden Arztes, und glaubte, daß es sich um eine fieberhafte Krankheit in Folge des Residualkothes gehandelt habe, umso mehr, als der rechtsseitige Meteorismus nach Mittheilung des Arztes öfter im Laufe der Krankheit aufgetreten war; ich stellte die Prognose bei der Jugend der Patientin durchaus günstig, empfahl aber Abführmittel, während bis nun nur Clysmata angewendet wurden. Ich habe die Patientin nicht mehr gesehen, weiß aber, daß sie gesund geworden.

Ich habe mich fast zu entschuldigen, daß ich, wo ich bald am Schlusse bin, noch nichts von der landläufigen Darmatonie, von der Stuhlträgheit gesprochen habe; der Grund ist einfach der, weil ich kaum etwas Neues zu sagen weiß; die Symptome derselben sind uns Allen bekannt, die Diagnose stellt bereits der Patient, und wenn der Koth trotz der Stuhlträgheit sich nicht zersetzt, so können diese Symptome so unbedeutend sein, daß der Patient sich für gesund hält und seiner starken Natur sich rühmt; es droht ihm aber stets die Gefahr, daß Zersetzungen eintreten, daß sich eine partielle Darmatonie mit Steigerung des Blutdrucks entwickelt, ja, ich möchte glauben, daß diese im Laufe der Zeit immer eintritt; es muß daher unsere Aufgabe sein, entweder die Stuhlträgheit zu heben, oder wenn dies nicht gelingt, dafür zu sorgen, daß nicht durch längere Zeit Residualkoth zurückbleibe. Was die Behandlung betrifft, so werden wir wohl darin einig sein, daß die mechanische Behandlung, Massage und Darmfaradisation die wichtigsten Mittel sind; wenn diese nicht ausreichen, müssen wir zu den Abführmitteln greifen.

Was diese betrifft, so herrscht unter Laien und Aerzten dagegen ein großes Vorurtheil; man müsse sie so wenig als möglich geben, sie verdürben die Natur, und man gewöhne sich an sie, so daß man immer größere Dosen oder stärkere Mittel reichen müsse; ich gestehe zu, daß die Stuhlträgheit und die Abführmittel beide von Uebel sind, die erstere ist aber das größere, und die Ursache, warum wir, wie die Erfahrung lehrt, in der Dosis steigen müssen, liegt nicht darin, weil wir zu viel Abführmittel anwenden, sondern weil wir zu wenig, oder richtiger, diese zu selten reichen.

Meine Methode, die chronische Stuhlträgheit zu behandeln, ist folgende: Ich lasse den Patienten massiren oder faradisire den Darm, das letztere nur dann, wenn der Blutdruck hoch ist; ist er niedrig, lasse ich ihn erst massiren; die Dauer der Massage ist im Vorhinein nicht zu bestimmen; sie muß so lange geübt werden, bis die Wirkung, eine tägliche Stuhl-

entleerung, erfolgt; damit ist der Patient in der Regel zufrieden, der Arzt darf sich aber dabei nicht genügen lassen, er muß, soweit es möglich ist, zu eruiren suchen, ob der Stuhl auch genügend ist, ob kein Residualkoth zurückbleibt, und muß bei dem Verdachte, daß solcher vorhanden, ein Abführmittel geben; in günstigen Fällen, wenn die Darmträgheit keine veraltete oder gar angeboren ist, wird der Darm auf diesem Wege endlich normal fungiren; dabei muß natürlich stets auf eine eröffnende Diät und genügende Bewegung durch Gehen oder Gymnastik gesehen werden; sobald aber diese Mittel nicht ausreichen, muß die Massage von Neuem aufgenommen werden. Der Arzt muß sich und dem Patienten immer vor Augen halten, daß die Stuhlträgheit ein chronisches, recidivirendes Leiden ist, und daß ein chronisches Leiden eine chronische Behandlung erfordert. Ich möchte Ihnen nur noch zu den vielen Methoden, die schon bekannt sind, wie die Kugeln von TALMA, die SCHREIBER'sche Zimmergymnastik, noch eine empfehlen, die sich mir in vielen Fällen bewährt hat: das Percutiren des Dickdarmes. Der Patient selber oder eine andere Person percutirt den Dickdarm längs seinem ganzen Verlaufe mit den 4 Fingern der einen Hand auf den Fingern der anderen Hand, welche flach aufgelegt wird, durch eine Viertelstunde oder länger, selbst bis zu einer Stunde; wenn der Patient es selber thut, so kann er dies auf dem Closet vornehmen, wo solche Kranke ohnedies meist lange verweilen.

Wir werden aber inveterirte Fälle finden, wo wir, sei es wegen der Hartnäckigkeit des Uebels oder noch öfter wegen der mangelnden Ausdauer des Kranken, nicht zum Ziele kommen und Abführmittel reichen müssen, und hier — glauben Sie meiner Erfahrung — werden Sie am besten den Leidenden insoweit gesund erhalten, daß ihm aus der Stuhlträgheit wenigstens keine weiteren Uebel erwachsen, wenn Sie so oft und so viel Abführmittel geben, daß der Darm wie ein gesunder fungirt; aber nicht nur vor Folgeübeln behüten Sie den Kranken, auch die Stuhlträgheit wird insoferne besser werden, als mit der Zeit kleinere Dosen des Abführmittels nöthig sein werden; ich habe sogar erfahren, daß eine mechanotherapeutische Cur nach lange und methodisch verabfolgten Abführmitteln rascher wirkt, als wenn Sie mit der Massagecur ohne Abführmittel beginnen; vielleicht liegt die Ursache darin, daß die massirenden Aerzte vor den Abführmitteln während der Cur warnen, weil sie die Wirkung derselben nur hindern; es scheint doch im Vorhinein einleuchtend, daß ein gründlich entleerter Darm besser auf die Massage reagiren wird als ein voller. Jetzt scheinen die Masseure darin weniger streng zu sein; in früherer Zeit ist es mir öfter vorgekommen, daß ich gegen meine Ueberzeugung zusehen mußte, daß die Patienten 8—10 Tage unter großen Beschwerden keinen oder sehr wenig Stuhl hatten; zuweilen folgte dann endlich eine heftige Diarrhoe, aber darum doch nachher kein regelmäßiger Stuhl. Ich rathe daher, neben der Massage Abführmittel zu geben und mit diesen nach und nach herabzugehen; ich befolge diese Methode bei der Darmfaradisation und kann nur sagen, daß die Abführmittel den Erfolg nur günstig beeinflussen.

Welche Methode aber immer eingeschlagen wird, ohne Controle durch die Darmpercussion sind Sie stets nur auf die Aussage des Patienten angewiesen und können kein sicheres Urtheil über den Zustand des Darmes gewinnen.[1])

[1]) Herr Prof. ROSENBACH (Breslau) hat mich darauf aufmerksam machen lassen, daß ich mit Unrecht glaubte, den Ausdruck „Darminsufficienz" zuerst einzuführen, nachdem er bereits im Jahre 1889 in der „Berliner klin Wochenschrift", Nr. 13, seinen Artikel: „Zur Symptomatologie und Therapie der Darminsufficienz" veröffentlicht. Ich gestehe, daß mir diese Publication entgangen war, sonst hätte ich wohl darauf Bezug genommen und den Ausdruck „einführen" nicht so allgemein gebraucht. — Ich gebrauche das Wort Darminsufficienz in einem von ROSENBACH ganz verschiedenen Sinne. Indem ich Herrn Prof. ROSENBACH die Priorität der Anwendung zugestehe, überlasse ich es der Zukunft, in welchem Sinne sich der Ausdruck einbürgern wird.

Referate und literarische Anzeigen.

M. STERNBERG (Wien): Die Verwendung der Funken geöffneter Inductionsrollen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.

Wenn man das eine Ende der secundären Rolle eines Inductionsapparates leitend mit der Erde verbindet, so erhält man vom anderen Ende kräftige Funken, welche dem Oeffnungsinductionsstrome angehören. Diese Funken haben dieselben Wirkungen, wie die einer Influenzmaschine oder einer Leydener Flasche. Diese von den Physikern längst gewürdigten Erscheinungen wurden in der Elektrotherapie bisher nicht verwerthet. STERNBERG hat eine solche Anordnung in bestimmten Fällen ganz brauchbar gefunden und theilt seine Erfahrungen hierüber im „Neur. Centralbl." (1895, Nr. 13) mit.

Um zur Erde abzuleiten, wird eine Stelle des Gas- oder Wasserleitungsrohres blank gefeilt, mit dem blank geschmirgelten Ende eines Telegraphendrahtes mehrmals umwickelt und der Draht dann hier mit einigen Tropfen weichen Lothes an das Rohr kunstgerecht angelöthet. Das freie Ende des Telegraphendrahtes wird an das eine Ende der secundären Spirale eingeklemmt. In das andere Ende derselben klemmt man eine gewöhnliche Leitungsschnur ein. Läßt man nun von dem freien Ende der Leitungsschnur Funken auf die Haut überspringen, so sind dieselben merklich größer und schmerzhafter, als wenn man bei der gewöhnlichen Weise des Elektrisirens noch eine zweite „indifferente" Elektrode auf den Körper aufsetzt. Wird dagegen die freie Leitungsschnur mit einer gut befeuchteten Elektrode verbunden und setzt man diese dicht auf die befeuchtete Haut auf, so fühlt man selbst bei vollständigem Uebereinanderschieben der beiden Rollen des Schlittenapparates keine Wirkung. Dann bildet nämlich der menschliche Körper einen Condensator und ladet sich nur an seiner Oberfläche mit Elektricität, so daß die Nerven nicht durchströmt und daher auch nicht erregt werden. Von einem solchen Individuum springen bei Annäherung eines anderen Leiters auf diesen Funken über.

Im Sinne dieser beiden Versuche läßt sich eine solche Anordnung in zweifacher Hinsicht verwerthen:

1. In diagnostischer Beziehung zur Prüfung der Schmerzempfindlichkeit. Man läßt von der Leitungsschnur auf die zu prüfende Hautstelle aus 1—2 Mm. Entfernung Funken überspringen. Auf diese Weise kann man leicht einen analgetischen Bezirk abgrenzen und das bisher übliche Stechen mit der Nadel vermeiden.

2. Zu therapeutischen Zwecken hat STERNBERG die Verwendung der geöffneten Inductionsrolle in Verbindung mit der „faradischen Hand" besonders brauchbar gefunden. An die Leitungsschnur wird eine gut durchfeuchtete Plattenelektrode angesetzt, welche der Arzt in die linke Hand faßt. Die rechte, trockene Hand hält er, die Palma dem Kranken zugewendet, in ganz geringer Entfernung ($^1/_2$—1 Mm.) über die zu elektrisirende Stelle, etwa die Stirn. Bei entsprechender Stellung der secundären Rolle springen dann zahlreiche kleine Fünkchen von der Hohlhand auf den Kranken über. Dieser empfindet ein prickelndes oder stechendes Gefühl, während der Arzt in der linken Hand gar nichts, in der Rechten wegen der Dicke der palmaren Epidermis nur sehr wenig von dem elektrischen Strom empfindet.

STERNBERG hat dieses Verfahren bei einer Reihe von schmerzhaften Affectionen, namentlich Kopfschmerzen der verschiedensten Art, erfolgreich gefunden. Der neurasthenische „Kopfdruck" weicht sehr häufig, der Stirn- und Schläfenschmerz Chlorotischer fast regelmäßig einer oder mehreren solchen Sitzungen. Allerdings gibt STERNBERG die Möglichkeit einer suggestiven Wirkung zu. **Ba.**

ANFIMOW (Charkow): Ueber die MORVAN'sche Krankheit.

A. hielt in der Sitzung der Mitglieder des Vereines für wissenschaftliche Medicin und Hygiene an der Charkower Universität („Wratsch", 1895, Nr. 13) obigen Vortrag mit darauffolgender Demonstration des betreffenden Patienten.

Anfangs erfolgte ein Hinweis auf die Geschichte der Lehre dieser Krankheit, auf ihre charakteristischen Merkmale und die pathologisch anatomische Grundlage. CHARCOT war es, der im

Jahre 1889 die MORVAN'sche Krankheit als eine klinische Form hinstellte, obgleich sie sich ihrem Wesen nach in nichts von der Syringomyelie unterscheidet; sowohl dort wie hier bildet Höhlenbildung im Rückenmark das anatomische Characteristicum. Die Symptome sind: Nagelschwund, Scoliose in circa 50% und dissociirte Störungen der Hautempfindung. Dieser Symptomencomplex ist so selten beobachtet, daß seit OLIVIER bis in die letzten 25 Jahre derselbe als Rarität in den Handbüchern beschrieben wurde. In Rußland sind eingehendere Untersuchungen über diese Frage von Dr. ROTH angestellt worden.

In der letzten Zeit war es Dr. ZAMBUCCO PASCHA, der durch seine Behauptung, die MORVAN'sche Krankheit wäre nichts Anderes als Lepra mutilans, die Frage wieder neu anregte.

Patientin, 14 Jahre alt, hatte sich wegen ihrer Scoliose und rein nervösen Störungen an die Klinik Prof. ANFIMOW's gewandt. Die Kranke ist gut entwickelt, von blühendem Aussehen. Eltern sind gesund und Pat. selbst in der Kindheit stets gesund gewesen. Vor 3 Jahren bekam sie einen starken Schlag auf den Rücken. Seit der Zeit begann die Krankheit sich langsam zu entwickeln. Die Empfindung ist gestört, stark abgestumpft ist sie am ganzen linken Arm, an der linken Hälfte des Gesichts, des Halses, der Brust bis zum 3. Intercostalraum, nach hinten bis zur Hälfte der linken Scapula. An der rechten Hand ist die Sensibilität bedeutend herabgesetzt, Muskelatrophie am Thenar, Hypothenar und den Interphalangealräumen beider Hände. Trophische Störungen, abschilfernde Haut, stellenweise Ektymen; hornhautartige Verdickungen an den Fingern; ferner ein leises Eingefallensein des linken Bulbus, eine Myosis der linken Pupille, rechtsseitige Scoliose.

Der Fall stellt eine Syringomyelie des MORVAN'schen Typus dar; was die Localisation des Leidens betrifft, so müsse man sie auf Grund der objectiven Untersuchung in's Rückenmark zwischen dem 5. Hals- und 2. Brustnerven verlegen, wobei hauptsächlich die Ganglienzellen der grauen Substanz und theilweise die Seitenhörner afficirt sind.

Bacteriologische Untersuchungen von 4 Hautläppchen der linken Hand, die unternommen wurden, trotzdem sich alle Erscheinungen leicht durch die Rückenmarksaffection erklären ließen, ergaben keine Leprabacillen. Prof. ANFIMOW hält die Meinung ZAMBUCCO PASCHA's für unbegründet und verweist die Behandlung der MORVAN'schen Krankheit in das Gebiet der Neuropathologen, obgleich er zugesteht, daß einige Erscheinungen dieses Leidens, freilich mit einigem Zwang, übereinstimmend mit der Meinung Dr. ZAMBUCCO PASCHA's erklärt werden können, falls man das gleichzeitige Vorhandensein der leprösen peripheren Neuritis zugesteht. Dr. J. G.

Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung, dargestellt von **Dr. W. F. LOEBISCH,** o. ö. Professor für angew. med. Chemie an der k. k. Universität Innsbruck. Vierte, gänzlich neu bearbeitete Auflage. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Mit Fug und Recht könnte LOEBISCH seinem allerorts geschätzten Buche den Titel „Die neueren und neuesten Arzneimittel" geben; denn der Leser wird auch die Arcana der letzten Wochen bis unmittelbar vor dem Erscheinen des Werkes nicht vergeblich suchen. Es ist dies nichts Anderes als ein Ausdruck der Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit, welche das ganze Buch und jeden einzelnen Artikel charakterisiren. Hiezu kommt noch die Sachkenntniß, die sich in einer verständnißvollen Verwerthung der bei jedem Artikel speciell angegebenen Literatur kundthut, ferner die Objectivität des Autors, die gleichwohl einer nüchternen, oft wohlthuenden Kritik nicht entbehrt.

Mit Recht gilt LOEBISCH' Buch heute als eines der vornehmsten auf seinem Gebiete und verdient vollauf die ungeheuere Verbreitung, die es gefunden. Ba.

Chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate (Indications, Manuel opératoire). Par **V. Rochet,** Prof. agrégé à la Faculté de Lyon. Paris 1895, G. Steinheil.

Wie seit Langem ist auch heute noch die französische urologische Schule die führende; an selbstständigen Kliniken wird das Specialfach der Urologie in diesem Lande gepflegt und gefördert. Ein Franzose war also vor Allem prädestinirt, die erste urologische Operationslehre abzufassen und so eine fühlbare Lücke der Literatur zu ergänzen.

Weder die großen Handbücher noch Sammelwerke der Chirurgie behandeln in entsprechender Form und erschöpfend genug den Stoff, so daß die Isolirung der in den letzten Jahren vielfach erweiterten und vervollkommneten Operationen an den Harnorganen nur mit Freuden begrüßt werden kann.

Trotzdem ROCHET in der Vorrede erklärt, sich vor Allem an den praktischen Arzt und Studirenden zu wenden, so findet doch auch der Fachmann bei der kritischen Behandlung des Stoffes vielfache Anregung.

Im Allgemeinen folgt Verf. den GUYON'schen Principien der Indicationsstellung. Die Capitel über operative Behandlung der Harnröhrenruptur sind besonders instructiv; der retrograde Katheterismus vom häutigen Theile der Harnröhre her mit Ablösung des Mastdarms, eine bei uns kaum mehr als dem Namen nach bekannte Operation, die vom Verf. irrthümlich LE DENTU zugeschrieben wird, ist in einem selbstständigen Capitel erörtert, ebenso wie die Urèthrostomie périnéale.

Die operative Behandlung der Verletzungen, Tumoren und congenitalen Mißbildungen der Blase, die zahlreichen Modificationen des hohen Blasenschnittes, sowie des Lateral- und Prärectalschnittes stellen den zweiten Haupttheil des Buches dar.

Bei den der Prostata gewidmeten Capiteln werden auch die neuesten zur Behandlung der Hypertrophie dieses Organs empfohlenen Methoden bereits eingehend gewürdigt.

Die einschlägigen Arbeiten deutscher Autoren auf den behandelten Gebieten werden nirgends erwähnt.

O. ZUCKERKANDL.

Feuilleton.

Studien über Hysterie.

CHARCOT äußerte einmal, daß nicht das scharfe Denken, sondern das unbewußte Denken den Philosophen ausmache; weit davon entfernt, E. v. HARTMANN's Lehre vom Unbewußten zu der seinigen zu machen, trat er dafür ein, daß die in uns ablaufenden, aber nicht zu unserem Bewußtsein kommenden Vorstellungen den größten Theil unseres geistigen Lebens ausmachen, und daß die Reichhaltigkeit dieses unbewußten Vorstellungsschatzes der geistigen Persönlichkeit ihren Stempel aufdrücke.

Unsere Erinnerungen sind zumeist unbewußte Vorstellungen, welche oft plötzlich, ohne veranlassenden Grund in's Bewußtsein treten und uns dann klar werden, und ein gut Theil des inneren Lebens, welchen BENEDIKT treffend als „Second life" bezeichnet hat, beruht auf ihnen. Die genauere Analyse der Hypnose und ihrer psychischen Phänomene hat uns gezeigt, daß auch große Complexe von Vorstellungen unbewußt bleiben und nur unter bestimmten Bedingungen in die Sphäre des Bewußtseins treten können; und die Leichtigkeit, mit der Erinnerungen in der Hypnose reproducirt werden können, dürfte vielleicht auf einer gewissen Leere des Bewußtseins beruhen, in welcher das Auftauchen einer Vorstellung oder eines Vorstellungsverbandes keine Hemmungen findet.

Diese unbewußten Vorstellungen finden wohl deshalb keinen Eingang in das Bewußtsein, weil sie mit einer relativ geringen Lebhaftigkeit versehen sind. Aber unter pathologischen Verhältnissen liegen auch intensive Vorstellungen außerhalb des Bewußtseins, Vorstellungen, welche nicht blos starke körperliche Phänomene, sondern auch den zugehörigen Affect hervorzurufen vermögen; es bedarf der Hypnose oder intensiver Nachhilfe des Arztes, um sie in's Bewußtsein zu bringen.

Mit diesen eigenthümlichen Vorstellungen beschäftigt sich ein eben erschienenes Buch [1]), in welchem zwei der bedeutendsten Wiener Aerzte ihre theoretischen Anschauungen über das Wesen der Hysterie und ihre Erfahrungen über deren Behandlung aussprechen. Das Buch selbst trägt in Folge der novellistischen Darstellung, welche

[1]) „Studien über Hysterie." Von Dr. Jos. BREUER und Dr. SIGM. FREUD in Wien. Leipzig und Wien 1895. Franz Deuticke.

die in ihm mitgetheilten Krankengeschichten gefunden haben, ein eigenthümliches Gewand, und die klare Form der theoretischen Darstellung macht es auch für Freunde einer ernst-wissenschaftlichen Schreibart werth und willkommen. Mag auch manche der hier vorgetragenen Anschauungen nicht Jedermann annehmbar erscheinen, Jedem aber wird das Buch gefallen; Meister in der Beobachtung haben die Thatsachen gesammelt und Meister der Darstellung haben sie verwerthet.

Breuer und Freud haben bei ihren hysterischen Kranken neben einander den großen Complex bewußtseinsfähiger und einen kleineren Complex bewußtseinsunfähiger Vorstellungen gefunden. Als bewußtseinsunfähig bezeichnen sie eben jene Vorstellungen, welche trotz ihrer großen Intensität unbewußt bleiben, durch das bewußte Denken nicht zu beeinflussen und nicht zu corrigiren sind. Vielfach handelt es sich um inhaltslos gewordene Erlebnisse, um Furcht vor Ereignissen, die nicht eingetroffen sind, um Schrecken, der sich in Gelächter oder in Freude über die Rettung aufgelöst hat. Die Abspaltung eines Theiles der psychischen Thätigkeit halten Breuer und Freud für einen Grundcharakter der Hysterie. Die Beeinflussung des wachen Denkens durch die Vorstellungen dieser Gruppe kann eine anscheinend sinnlose und völlig unverständliche Hallucination veranlassen, deren Bedeutung und Motivirung in der Hypnose klar wird. Sie beeinflussen dann die Association, indem sie einzelne Vorstellungen lebhafter werden lassen, als sie ohne diese aus dem Unbewußten stammende Verstärkung wären; in Folge dessen drängen sich dem Kranken mit einem gewissen Zwange immer bestimmte Vorstellungsgruppen auf und erzeugen die Launen, die unerklärlichen, unbegründeten, für das rasche Denken motivlosen Verstimmungen der Kranken. Die abgespaltene Psyche wirkt nach Breuer's geistreichem Vergleiche wie ein Resonator auf den Ton der Stimmgabel; und jedes Vorkommniß, welches unbewußte Erinnerungen erregt, macht die ganze affective Kraft dieser nicht usurirten Vorstellungen frei, so daß der hervorgerufene Affect ganz außer Verhältniß zu jenem Affecte steht, der in der bewußten Psyche allein entstanden wäre.

Auf die durch die psychische Spaltung bedingte geistige Schwäche führt Breuer die Kritiklosigkeit der Hysterischen gegen Vorstellungen und Vorstellungscomplexe zurück, welche das Wesen der Suggestibilität ausmachen. Der unbewußte Theil der hysterischen Psyche ist wegen der Armuth und wegen der Unvollständigkeit des Vorstellungsinhaltes eminent suggestibel. Auch die Beeinflußbarkeit der bewußten Psyche mancher Kranken scheint hierauf zu beruhen; ihrer originären Anlage nach sind sie erregbar und frische Vorstellungen sind bei ihnen von großer Lebhaftigkeit, während die eigentliche intellectuelle Thätigkeit, die Association, wegen der Abspaltung eines Theiles der psychischen Energie herabgesetzt ist; damit ist ihr Widerstand gegen Autosuggestionen und gegen Fremdsuggestionen vernichtet.

Die meisten und wichtigsten der aus dem Bewußtsein in's Unbewußte verdrängten Vorstellungen, wie wir sie namentlich der Pubertätshysterie zu Grunde liegen sehen, haben sexualen Inhalt. Die heranreifenden Mädchen verhalten sich den sexualen Vorstellungen und Empfindungen gegenüber sehr verschieden, bald mit voller Unbefangenheit, bald mit der Lust des Nitimur in vetitum und bald mit dem Interesse am Pikanten und Reizenden; die feinorganisirten Naturen von großer sexualer Erregbarkeit, aber ebenso großer moralischer Reinheit, empfinden alles Sexuale als unvereinbar mit ihrem sittlichen Inhalte, als Beschmutzung und Befleckung. Diese verdrängen die Sexualität aus ihrem Bewußtsein, und die affectiven Vorstellungen solchen Inhaltes, welche somatische Phänomene verursacht haben, werden als „abgewehrte" unbewußt. „Die Neigung zur Abwehr des Sexualen wird noch dadurch verstärkt, daß die sinnliche Erregung bei der Jungfrau eine Beimischung von Angst hat, die Furcht vor dem Unbekannten, Geahnten, was kommen wird, während sie bei dem natürlichen, gesunden, jungen Manne ein unvermischt aggressiver Trieb ist. Das Mädchen ahnt im Eros die furchtbare Macht, die ihr Schicksal beherrscht und entscheidet, und wird durch sie geängstigt. Umso größer ist die Neigung, wegzublicken und das Aengstigende aus dem Bewußtsein zu verdrängen. Die Ehe bringt neue Traumen. Es ist zu wundern, daß die Brautnacht nicht häufiger pathogen wirkt, da sie doch leider so oft nicht erotische Verführung, sondern Nothzucht zum Inhalte hat. Aber freilich sind ja auch die Hysterien junger Frauen nicht selten, welche darauf zurückzuführen sind und schwinden, wenn sich im Verlaufe der Zeit der Sexualgenuß eingestellt hat und das Trauma verwischt ist. Auch im weiteren Verlaufe vieler Ehen kommen sexuale Traumen vor: perverse Anforderungen des Mannes, unnatürliche Praktiken u. s. w." Breuer meint, nicht zu übertreiben, wenn er behaupte, daß die große Mehrzahl der schweren Neurosen bei Frauen dem Ehebette entstammt.

Die Vorstellungen, welche im wachen Leben abgewehrt und aus dem Bewußtsein verdrängt worden sind, bilden auch zum großen Theile den psychischen Inhalt der Schreckhysterie und den Inhalt der acuten Hysterie, welche Breuer und Freud auf die Neigung zur Autohypnose, auf das Hypnoid, zurückführen. Die hypnoide Psyche ist im höchsten Grade befähigt, Affecte abzuwehren und zu verdrängen, und so entstehen mit Leichtigkeit neue hysterische Phänomene, welche ohne die psychische Spaltung nur sehr schwer unter dem Drucke wiederholter Affecte zu Stande gekommen wären. „Die abgespaltene Psyche ist jener Dämon, von dem die naive Beobachtung alter, abergläubischer Zeiten die Kranken besessen glaubte. Daß ein dem wachen Bewußtsein des Kranken fremder Geist in ihm walte, ist richtig; nur ist es kein wirklich fremder, sondern ein Theil seines eigenen."

Breuer und Freud haben nun versucht, diese pathogenen Vorstellungen dadurch unschädlich zu machen, daß sie die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit erweckten und damit auch den begleitenden Affect wachriefen; wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affecte Worte gab, sahen sie die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr schwinden. Sie führten die Wirkung dieser Katharsis darauf zurück, daß dadurch dem eingeklemmten Affecte der ursprünglichen Vorstellung der Ablauf durch die Rede gestattet und die Vorstellung zur associativen Correctur gebracht werde; cessante causa cessat effectus. Das Verfahren ist selbstredend mühselig und zeitraubend und verlangt eine bedeutende psychische Arbeit des Arztes, aber die von Breuer und Freud erzielten Erfolge lassen die Mühe lohnend erscheinen. Jeder Arzt, der in die Lage kommen wird, die kathartische Methode anzuwenden, wird die Kunstgriffe, welche Freud im letzten Abschnitte des vorliegenden Buches aus seiner Erfahrung mittheilt, mit Dank benützen; freilich wird Jeder von uns auf neue Schwierigkeiten stoßen, die theilweise in unseren Kranken, theilweise aber in unserer eigenen Individualität begründet sind, und wird sich selbst neue Hilfsmomente schaffen müssen. Sicher scheint es, daß die kathartische Methode dem in der psychologischen Analyse geübten Arzte ein neues Mittel in die Hand gibt, das Elend der Hysterischen zu bekämpfen, und Freud hat Recht, wenn er seinen Kranken sagt, daß viel damit gewonnen sei, wenn es uns gelingt, das hysterische Elend in gemeines Unglück zu verwandeln; gegen das letztere kann sich dann der Kranke mit einem wieder genesenen Nervensystem besser zur Wehre setzen. W.

Kleine Mittheilungen.

— Unter dem Titel der **Behandlung der Mandelhypertrophie mittelst des Tonsillenschlitzers** berichtet Dr. Eschle („Ther. Monatsh.", Juni 1895) über ein von Dr. v. Hoffmann in Baden-Baden angegebenes, von ihm modificirtes Verfahren, welches darin besteht, daß man in die 6—8 Oeffnungen, welche, beiderseits auf der Oberfläche jeder Mandel sichtbar, den Zugang zu den Krypten bilden, eingeht, diese aufreißt und, indem man einer Verheilung der entstandenen Risse vorbeugt, eine Rückbildung der Mandelhyperplasie erzielt. Das Instrument, dessen sich v. Hoffmann ursprünglich bediente, war ein einfacher Schielhaken. Eschle verwendet statt dessen, um auch bei derbem Gewebe auszureichen, ein kleines Instrument, welches einem Schielhaken ähnlich, dessen Innenkante aber messerartig scharf ist, und das vorn ein schwach zugespitztes Knöpfchen trägt. Die Ausführung der Methode ist eine höchst einfache: Nach Niederdrücken der Zunge versinkt das über

die Oberfläche der Mandel hingleitende Instrument ganz von selbst in den einen oder den anderen der Hohlräume. Man führt den Haken bis auf den Grund der Höhle und schneidet das sich spannende Gewebe nach der Mandeloberfläche zu durch. So verfährt man, bis jede der Lacunen in eine offene Rinne verwandelt ist. Der frühzeitige Schluß derselben wird durch Betupfen mit Jodtinctur erreicht, welche sofort nach der Operation und dann noch 4—5mal in halbwöchentlichen Intervallen auf die geschlitzten Mandeln applicirt wird. Nicht unwichtig ist es, das auf ein Holzstäbchen gewickelte Wattebäuschchen nur bis zur Hälfte in Jodtinctur zu tauchen, um ein Herabfließen der Aetzflüssigkeit zu vermeiden. Die beste Zeit für die Operation ist das Frühjahr. Die Vortheile der Methode liegen nicht nur in der Gefahrlosigkeit, Sauberkeit (beide auf der Unblutigkeit beruhend) und Schnelligkeit des Verfahrens, sondern im Wesentlichen auch in der nur unbedeutenden Belästigung des Pat. und in der sicheren Erreichung des erstrebten Effectes.

— Bekanntlich wird die antibacterielle Wirkung des Argentum nitricum durch seine Eigenschaft, mit Eiweiß Niederschläge zu geben, beeinträchtigt. Die dadurch bedingte oberflächliche Zellcoagulation bietet dem Eindringen in die Tiefe einen Widerstand. Außerdem kommt noch in Betracht, daß das Argentum nitricum vermuthlich wegen seiner Aetzwirkung mehr oder weniger heftige Schmerzen erregen und eine vorhandene Entzündung steigern kann. Von dem Bestreben ausgehend, Silberverbindungen herzustellen, welche durch Eiweiß nicht gefällt werden, wurde das **Argentamin** dargestellt, eine Lösung von Silberphosphat in der gleichen Menge Aethylendyamin. Argentamin kann aber nicht ganz im Allgemeinen als ein Mittel bezeichnet werden, welches Eiweiß nicht fällt; ein wesentlicher Nachtheil besteht auch darin, daß das Präparat wegen seines Ueberschusses an Aminbasen eine starke Reizwirkung auf die Schleimhäute ausübt. Es war nun die Frage, ob man nicht auch lösliche Verbindungen von Eiweiß mit Silber und Alkali darstellen könnte, die kein freies Alkali enthielten. Von solchen Verbindungen war zu erwarten, daß sie eine Aetzwirkung nicht hatten; es war aber möglich, daß sie noch bacterientödtende Wirkung besaßen. Zur Darstellung einer solchen Verbindung erweist sich am geeignetsten das Caseïn. Eine lösliche Verbindung erhält man, wenn man eine Lösung der Natriumverbindung des Caseïns mit Argent. nitr. versetzt und die Mischung mit Alkohol fällt. Der so entstandene Niederschlag stellt nach dem Trocknen ein feines weißes Pulver dar, welches A. LIEBRECHT („Ther. Monatsh.", Juni 1895) als **Argonin** bezeichnet. Argonin ist in heißem Wasser leicht, in kaltem Wasser schwer löslich. Das Auflösen des Mittels in Wasser ist mit gewisser Vorsicht zu bewerkstelligen. Das Pulver wird zunächst mit der zur Auflösung erforderlichen Menge kalten Wassers in einem Becherglase gut verrührt, so daß alle Theilchen benetzt sind. Dann wird das Becherglas in ein circa 90° warmes Wasserbad hineingestellt, wobei sich das Argonin zu einer opalescenten, schwach gefärbten Flüssigkeit löst; Umrühren beschleunigt die Lösung, die in wenigen Minuten vor sich geht. Zweckmäßig gießt man die Flüssigkeit schließlich durch Glaswolle. Auf diese Weise lassen sich 10- und mehrprocentige Lösungen herstellen. Die Lösungen sind lichtempfindlich und müssen in dunklen Flaschen aufbewahrt werden. Sie enthalten kein freies Alkali. Das Argonin wurde von R. MAYER in Breslau einer eingehenden experimentellen Untersuchung unterzogen. Nach ihm ist das Argonin „ein Desinfectionsmittel von nicht unbeträchtlicher antiseptischer Kraft". Es stellt eine Silberverbindung dar, welche, wie das Argentum nitricum, bacterientödtende Eigenschaften hat, sich von demselben aber sehr wesentlich dadurch unterscheidet, daß es keine Aetzwirkungen besitzt.

— Der nach Operationen im Nagelfalz und in den Hautfalten des Handrückens zurückbleibende Blutfarbstoff bietet der Reinigung, besonders wenn man sich zur Desinfection des Sublimats bedient hat, großen Widerstand. Dr. A. BENCKISER in Karlsruhe empfiehlt nun („Centralbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 25) ein einfaches Mittel, die **Weinsäure zur Entfernung von Blutflecken.** Die Weinsäure besitzt bekanntlich die Eigenschaft, albuminhaltige Flüssigkeiten, besonders also Blut, in Lösung zu erhalten; dadurch wird sie sowohl zur Reinigung der Haut, als auch zum Entfernen des Blutes aus Schwämmen, Instrumenten, Verbandstoffen etc. geeignet. Zu diesem Zwecke wird ein Kaffeelöffel voll Weinsäure, circa 3—4 Grm., in einem Waschbecken voll lauwarmen Wassers aufgelöst; hierin werden die Hände und blutigen Körpertheile nach der Operation, selbstverständlich ohne Seife, gewaschen. In derselben Lösung werden Schwämme, Instrumente, Verbandstoffe etc. abgespült und ausgedrückt und dann in frischem Wasser durchgespült. Mit Leichtigkeit löst die Weinsäure allen Blutfarbstoff als bräunliche, lackfarbige Flüssigkeit.

— Auf der Universitäts-Augenklinik zu Greifswald hatte Dr. V. FRANKE („Centralbl. f. prakt. Augenhk.", Juni 1895) Gelegenheit, Studien über das **Sehenlernen eines 26jährigen, intelligenten Blindgeborenen** anzustellen. Der Patient war durch Widerstand seiner Eltern in der Kindheit nicht operirt worden; vom 10. bis 20. Jahre genoß er Unterricht in einer Blindenerziehungsanstalt, wodurch sein gut veranlagter Geist einen ziemlichen Grad von Intelligenz erlangte. Im 26. Lebensjahre wurde Patient beiderseits vom grauen Staar durch Operation befreit. Es bestand etwas Mikrophthalmus und leichtes Augenzittern. Die Sehprüfungen sind dadurch interessant, daß sie nicht, wie die bisher beschriebenen Fälle, Knaben betrafen, sondern einen intelligenten, erwachsenen Patienten. Die Prüfungen ergaben folgende Resultate: Erkennen von Gegenständen die Patient vorher durch Betastung erkannt, gelingt weder beim ersten noch beim zweiten Male, doch merkt er auch nur einmal gezeigte Gegenstände sofort im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Fällen; bei der dritten Prüfung erkennt er sogar Dinge, die er vorher nicht gesehen, durch die Betrachtung. Während ein Patient UTHOFF's, ein Knabe, rasch stereoskopische von geometrischen Gebilden unterscheiden konnte, gelingt dies merkwürdiger Weise dem intelligenten Manne noch fünf Monate später nicht immer. Leichter gelingt ihm die Schätzung von Entfernungen; doch hielt er bei zwei gleich großen Wattebäuschchen den doppelt entfernten für halbmal so klein als den näheren. Farben, die er auch schon vorher unterschied, konnte er später exact angeben. Obgleich Patient große Freude an seinem neuerschlossenen Sinne hatte, benutzte er denselben anfangs bei der Orientirung im Raume fast gar nicht. Verhältnißmäßig geringe Fortschritte machte er anfangs im Zählen von Objecten, doch besserte sich dies später erheblich. Versuche, bei denen es ebensowohl auf die Intelligenz wie auf das Sehen selbst ankam, machten dem Patienten wenig Schwierigkeiten. Zum ersten Male in einen Spiegel sehend, wußte er genau, daß er sich selbst darin sehe. Ebenso erkannte er ziemlich leicht figürliche Darstellungen, z. B. Gypsabgüsse von Menschen. Nach 5 Monaten war das Augenzittern geringer, doch die Sehschärfe wenig gebessert, mit + 10 D. Fingerzählen in 30 Cm. trotz beiderseits guter Pupille und normalen ophthalmoskopischen Befundes; da Patient eben erst mit 26 Jahren operirt wurde, waren seine Augen amblyopisch geworden.

— **Zur localen Anästhesie** empfiehlt sich:

Rp. Chloroform. . . . . 10·0
Aether. sulf. . . . . 15·0
Menthol. . . . . 1·0

Durch Zerstäubung dieser Mischung erhält man eine complete, durch drei bis vier Minuten andauernde Anästhesie, genügend Zeit, um kleine Operationen, wie Eröffnung von Panaritien u. dergl., auszuführen.

— Es ist oft schwierig und doch von einer gewissen Bedeutung zu wissen, ob es sich bei einem serösen Erguß um ein Exsudat entzündlichen Ursprunges (Pleuritis, Peritonitis) oder um ein einfaches Transsudat (Hydrothorax, mechanischen Ascites) handelt. M. RIVOLTA (Riform. med. 1895, Nr. 96) gibt nun folgendes einfache **Verfahren zur Differenzirung zwischen Exsudat und Transsudat** an, welches auf der Thatsache beruht, daß das in entzündlichen Exsudaten gelöste Paraglobulin durch Essigsäure gelöst wird. Man macht zwei Proben, welche sich gegenseitig ergänzen. 1. Zu einer geringen Menge der vorher filtrirten Punctionsflüssigkeit fügt man einen Tropfen leicht verdünnter Essigsäure; wenn es sich um ein Exsudat handelt, bildet sich sofort ein leichter weißer Niederschlag, der dem Tropfen während seines Fallens nach abwärts folgt. Handelt es sich dagegen um ein Transsudat, dann trübt sich die Flüssigkeit einfach diffus. 2. Zu 200—300 Ccm. destillirten Wassers

fügt man einen Tropfen Acid. acet. glac. und läßt in diese Flüssigkeit einen Tropfen der zu untersuchenden Flüssigkeit fallen. Man prüft nun im durchfallenden Lichte und findet, daß bei Exsudat sich ein weißlichblauer, flockiger Niederschlag bildet, der zu Boden sinkt. Wenn man dann noch einige weitere Tropfen Essigsäure hinzufügt, verschwindet dieser Niederschlag. Diese Gegenprobe ist stets zu machen, um die Anwesenheit von unlöslichem Mucin auszuschließen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VI.

Discussion über Endometritis.

GOTTSCHALK (Berlin) bemerkt bezüglich der hämorrhagischen Endometritis bei Influenza, daß er in 3 Fällen die Gebärmutterschleimhaut ausgekratzt und auf Mikroorganismen untersucht habe, aber niemals sei es gelungen, einen Anhaltspunkt zu finden, daß die Blutungen als directe Einwirkungen des Pilzes aufzufassen seien. Sie seien vielmehr auf eine Toxinwirkung zurückzuführen. Bezüglich der Endometritis exfoliativa möchte G. den hämorrhagischen Charakter der Schleimhaut aufrecht erhalten. Auch dürfe man nicht aus dem Auge lassen, daß es gewiß auch eine durch Erkältung bedingte Endometritis gebe.

MENGE (Leipzig) hat an ausgeschnittenen Organen eine Reihe von Untersuchungen angestellt, über deren Resultate er Mittheilung machte. Bei 73 Körpermucosa- und 29 Cervixmucosa-Untersuchungen hatte M. im Ganzen 6 positive Bacterienbefunde. 17 normale, 29 hyperplastisch-hypertrophische und 21 eigentlich entzündlich veränderte Corpus-Endometrien, ferner 10 normale, 10 hyperplastisch-hypertrophische und 9 eigentlich entzündlich veränderte Cervix-Endometrien waren ohne positiven bacteriellen Befund. Aus seinen Untersuchungen schließt M.:

1. Weder im Secret noch im Schleimhautgewebe der normalen Uterushöhle leben Bacterien, welche auf unseren gebräuchlichen Nährböden gedeihen.

2. Weder im Secret noch im Schleimhautgewebe solcher Uteri, welche im Corpus oder in der Cervix oder in beiden die anatomischen Merkmale für die Formen der sogenannten chronischen Endometritis zeigen, leben Bacterien, ausgenommen der NEISSER'sche Gonococcus und der Tuberkelbacillus. Von diesen Sätzen sind alle Uteri ausgenommen, in deren Körperhöhlen sich todte Materie findet.

3. Wenn die Cervix gesund ist und physiologisch functionirt, tritt eine Bacterienentwicklung auf dem in der Körperhöhle befindlichen Materiale nur dann ein, wenn Bacterien artificiell direct in die Uterushöhle hinaufgetragen werden.

Trotz dieser negativen Bacterienbefunde bei Endometritis chronica gibt M. zu, daß neben dem Gonococcus und dem Tuberkelbacillus auch andere Bacterien eine ätiologische Rolle bei der Entwicklung der Endometritis chronica spielen können. Es sind aber nicht die Spaltpilze, welche den pathologischen Zustand unterhalten, sondern die dauernd anatomischen Alterationen, welche die Schleimhaut durch dieselben erfahren hat.

KRÖNIG (Berlin) hat die Lochialsecrete in einer Reihe von Puerperalprocessen auf Bacterien untersucht. Von 296 Fällen ergaben 193 den Befund von Bacterien, in 33 Fällen fand sich eine Reincultur von Gonococcen, bei 32 Fällen konnten bei anaërobem Verfahren die Bacterien der Endometritis saprica festgestellt werden. Dieselben bilden keine einheitliche Art, doch sind es in der Mehrzahl der Fälle ausschließlich anaërobe Bacterien, denen eine ätiologische Bedeutung zukommt. Diese Bacterien können sich im lebenden Gewebe des Organismus überall dort verbreiten, wo keine oder eine sehr geringe Sauerstoffspannung vorhanden ist.

J. VEIT (Berlin) glaubt, daß man annehmen könne, daß den verschiedenen anatomischen Bildern der Endometritis auch klinische Unterschiede entsprechen. So äußere sich die glanduläre Hyperplasie durch vermehrtes catarrhalisches Schleimhautsecret, durch lang andauernde Menstrualblutungen und Dysmenorrhoe. Tritt nun zu dieser Erkrankung Infection, so verwandelt sich das schleimige Secret in ein eiteriges, und wenn unter dem Einfluß der interstitiellen Erkrankung sich die cystöse Endometritis LÖHLEIN entwickelt, so kommt es zu schweren Blutungen, und je mehr secundäre Veränderungen an Tuben und Ovarien eintreten, desto schwerer wird das Krankheitsbild.

v. SWIECICKI (Posen): In der Aetiologie der Endometritis spielen vor Allem die Ovarien eine große Rolle, ja die sog. oophorogene Endometritis kommt viel häufiger vor, als man bis jetzt annimmt. Es wäre vielleicht richtig, die Endometritis in zwei Hauptgruppen einzutheilen, 1. in die oophorogene Endometritis im weiten Sinne des Wortes und 2. in die infectiöse Endometritis. Zu der oophorogenen Endometritis gehört nicht zu allerletzt die fungöse Endometritis. Die aus irgend einem Grund erhöhte Function der Ovarien übt einen angioneurotischen Congestionsreiz auf den Uterus aus, dauert der Reiz längere Zeit hindurch, so wird schließlich die Uterusschleimhaut hyperplastisch. Die Ausschabung nützt hier oft wenig, da der Reiz trotz der Ausschabung weiter besteht. Die oophorogene Natur der Ovarien macht uns auch Erscheinungen bei der Endometritis erklärlich wie wehenartige Schmerzen, den sog. Mittelschmerz, Abo:te u. s. w. Der Einfluß der Ovarien ist überhaupt auf die Erkrankung des Genitalcanals von sehr großer Bedeutung. So ist z. B. die Aetiologie der Uterusmyome nicht so in dem Uterus als vor Allem in den Ovarien zu suchen. Stets sollte man daher die Ovarien mit berücksichtigen, wobei die Palpation per rectum der per vaginam vorzuziehen ist. In der Therapie der oophorogenen Endometritis sollte viel mehr Rücksicht auf die Allgemeinbehandlung genommen werden, die locale Behandlung käme hauptsächlich bei der infectiösen Endometritis, also in erster Linie bei der gonorrhoischen und septischen Endometritis, zur vollen Geltung.

OLSHAUSEN (Berlin) stimmt dem Vorredner bezüglich des oophorogenen Charakters der hämorrhagischen oder fungösen Endometritis vollkommen bei. Hieher sei auch die noch viel hartnäckigere Endometritis exfoliativa zu rechnen. Damit seien aber die Formen von Endometritis ovariellen Ursprunges auch erschöpft. Die bloße Ausschabung des Uterus bei der fungösen Endometritis ohne Nachbehandlung sei in der Regel von Recidive gefolgt. Durch energische Nachbehandlung mit caustischen Mitteln erziele man bei Zerstörung der ganzen Schleimhaut radicale Heilung. Gegenüber VEIT hebt Redner hervor, daß der fungösen Endometritis nur ein wesentliches Symptom zukomme, die Blutung, und kein anderer uteriner Fluor. Ein zweites, wenig gewürdigtes diagnostisches Kriterium für die fungöse Endometritis sei die Auflockerung der Portio vaginalis. Man finde eine solche Succulenz, wie man sie sonst nur in der Gravidität constatirt.

LÖHLEIN (Gießen) erinnert als Ergänzung zur oophorogenen Endometritis, daß man neben der präklimakterischen und klimakterischen, hyperplastischen Form der Endometritis auch noch eine glanduläre Hyperplasie zur Zeit der Pubertät, also eine juvenile glanduläre Hyperplasie beobachtet.

LANTOS (Budapest) demonstrirt die von ihm modificirte Spritze zur intrauterinen Behandlung der Endometritis. Die Vortheile derselben sind die Vermeidung der Dilatation des Cervicalcanals, das Einbringen der Flüssigkeit durch die Cervix ohne Aetzung derselben, die gleichmäßige Vertheilung der Aetzflüssigkeit in der Uterushöhle, die Möglichkeit des Zurücksaugens des Ueberschusses in die Spritze. L. beschreibt ferner jene Form der Endometritis post partum, bei welcher ohne Schmerzen eine mäßige Vergrößerung des Uterus und durch Monate hindurch profuse Secretion besteht. In diesem Falle habe sich ihm die systematische Massage des Uterus am besten bewährt.

BAUMGÄRTNER (Wiesbaden) empfiehlt zur Behandlung der Endometritis Dauerirrigationen. Ferner demonstrirt derselbe einen Elevator zur Aufrichtung des Uterus.

SÄNGER (Leipzig) spricht sich für die Anwendung der von ihm empfohlenen Uterusstäbchen aus. Zur intrauterinen Aetzung empfehle

sich vor Allem das Chlorzink. Unmittelbar nach der Ausschabung zu ätzen, habe keinen Sinn. Zur Behandlung des Ektropiums empfehle sich die energische Anwendung des Thermocauters.

THEILHABER (München) hat seit 10 Jahren ziemlich systematisch kühle Sitzbäder bei verschiedenen Formen der Endometritis angewendet und namentlich bei der von LÖHLEIN geschilderten Form der Endometritis in den Entwicklungsjahren, der Endometrite des virges der Franzosen, bei welchen eine locale Behandlung öfter recht mißlich ist, günstige Erfolge erzielt. In den leichteren Fällen war die Wirkung entschieden günstiger, als das so vielfach angewendete Hydrastis canadensis. Auffallend gute Wirkung wurde auch bei Adnexerkrankungen bezüglich der Blutungen und Schmerzen erzielt. Was die Anwendungsweise betrifft, so muß man individualisiren: Bei fetten Frauen sind kühlere Sitzbäder, bei mageren, zarten Frauen etwas wärmere angezeigt. Man beginnt gewöhnlich mit 20° und läßt bis auf etwa 15° heruntergehen. Dauer 15 bis 30 Minuten.

GOTTSCHALK läßt bei acuter Gonorrhoe die Kranken zu Bette gehen und beschränkt sich auf Scheidenausspülungen. Die locale Behandlung in diesem Stadium kann nur schaden. Neben dem Ichthyol möchte er des geruchlosen und billigeren Thiol nicht vergessen wissen. Ferner macht G. auf ein demnächst in den Handel kommendes Präparat, das Stypticin, aufmerksam. Vor dem chemisch verwandten Hydrastinin hat es bei gleichzeitiger sedativer Wirkung den Vorzug der Billigkeit. In 55 Fällen während der letzten $^5/_4$ Jahre angewendet, waren die Erfolge fast durchaus günstig und dies auch in Fällen, in welchen Hydrastinin im Stiche ließ. Bei Mädchen in den Pubertätsjahren hat G. fast regelmäßig Erfolge gesehen, desgleichen bei fungöser Endometritis, bei klimakterischen Blutungen, ferner bei Blutungen nach Entbindung und Abortus, wenn keine Deciduareste die Ursache waren, endlich bei Myomen. G. gibt das Mittel entweder 0·2 subcutan oder täglich 5 Kapsel à 0·025 zwei Tage vor Beginn der Menstruation und während derselben.

OLSHAUSEN hebt zwei Punkte im Referat FEHLING's als besonders wichtig hervor: 1. Die Verurtheilung der Curette bei den frischen Formen der Endometritis puerperalis. O. möchte dieselbe auch auf die älteren Fälle ausgedehnt wissen. 2. Die Indicationsstellung überhaupt, wonach dieselbe auf die Fälle von Abortus incompletus und auf die Behandlung der Endometritis exfoliativa zu beschränken sei. O. könne diesen Standpunkt nur theilen und müsse die Verwendung der Curette bei allen möglichen Formen der Endometritis, so bei catarrhalischer und zum Theile auch infectiöser Form, verwerfen.

CHROBAK theilt bezüglich des letzten Punktes gleichfalls die Ansichten FEHLING's und OLSHAUSEN's.

LOTT (Wien) legt besonderes Gewicht auf die sterile Beschaffenheit aller in den Uterus eingeführten Instrumente. Er demonstrirt flache Stäbchen aus der Rindenschichte des Bambusrohres, welche er stets in großer Menge sterilisirt bereit halte. Dieselben haben den Vortheil der Billigkeit und wegen des Gehaltes an Kieselsäure der außerordentlichen Widerstandsfähigkeit.

SKUTSCH (Jena) betont die Gefahren der Curette bei unzweckmäßiger Technik. Er beschreibt das Verfahren an der Jenenser Klinik, woselbst alle in den Uterus einzuführenden Instrumente die Centimetereintheilung haben.

WINTER (Berlin) stimmt mit den therapeutischen Grundsätzen FEHLING's völlig überein. Nur bezüglich der Behandlung des acuten Stadiums der Gonorrhoe, das ja gewissermaßen als Abwehrmaßregel der Natur betrachtet wird, müsse man sich jeden activen Verfahrens enthalten und dürfe erst später zur Behandlung übergehen. Zum Zwecke der Einführung von Medicamenten in den Uterus hält er die Intrauterin-Spritze für das beste Instrument. Immerhin sei dabei Vorsicht nöthig und vor Allem müsse die Flüssigkeit wieder aus dem Uterus entfernt werden.

ASCH (Berlin) sieht es mit Bedauern, daß FEHLING die Salbenbehandlung mit der Einführung von pulverförmigen Medicamenten zusammengeworfen und beide als obsolet erklärt habe. Er habe mit der von ihm angegebenen Salbenbehandlung die besten Erfolge erzielt, besonders bei der Cervicalgonorrhoe in der Schwangerschaft.

v. Herff (Halle) warnt vor der Polypragmasie in der Behandlung der Endometritis. Die so häufige Hypersecretion bei der glandulären Endometritis erfordere überhaupt keine Behandlung, da sie ausschließlich Folgezustände anderweitiger Erkrankungen des Genitales oder Folge von Allgemeinerkrankungen sei und mit Heilung des Grundübels schwinde. Bezüglich der acuten Gonorrhoe steht v. H. nach vielfachen Erfahrungen auf dem Standpunkte, daß man bei derselben auf leichte und vorsichtige locale Therapie, wozu sich besonders das Ichthyol eigne, nicht verzichten solle. Einen großen Dienst leiste man den Frauen, wenn man bei acuter Gonorrhoe Jodoformgazestreifen in die Vagina einlege. Mit den von SÄNGER empfohlenen Silbersonden ist v. H. nicht zufrieden. Bezüglich der Aetzmittel hat v. H. gefunden, daß das Cuprum sulfuricum dasjenige sei, welches am häufigsten Kolikschmerzen auslöse. Das mildeste Mittel sei das Acidum carbolicum liquefactum, in der Mitte stehe das Chlorzink. Vor den empfohlenen Ausspülungen des Uterus warnt v. H. entschieden. Die Salbentherapie hat er seinerzeit versucht, aber keine besonderen Vortheile von ihr gesehen.

Wertheim (Wien) möchte nicht jede Behandlung der acuten Gonorrhoe gleich verwerfen. Er habe die von JANET angegebene Methode (reichliche Ausspülung mit Kalium hypermanganicum Lösung von steigender Concentration) auch bei der acuten Gonorrhoe des Uterus angewendet und in einzelnen Fällen unverkennbare Erfolge erzielt. W. hat auch bei chronischen Formen in Folge der intrauterinen Behandlung Entzündung der Adnexe gesehen.

v. Winckel (München) gesteht zu, daß die Bedeutung der Ovarien für die Endometritis bisher unterschätzt worden ist. Aber andererseits gebe es doch Fälle, in denen bei Erkrankung der Ovarien die Uterusschleimhaut längere Zeit gesund bleibt.

Ruge (Berlin) betont, daß bei jeder Endometritis, auch bei Endometritis exfoliativa, hämorrhagische Infiltration ebenso gut wie glanduläre Wucherung vorkommen könne.

Bumm (Basel) constatirt, daß es jetzt ohne alle Zweifel feststehe, daß bei der chronischen Endometritis und speciell bei der hyperplastischen Form in der Regel keine Bacterien gefunden werden. Ebenso fehlen die Mikroorganismen sehr oft bei der catarrhalischen Endometritis, obwohl eiteriger Ausfluß vorhanden ist. Derselbe dürfte wohl auf eine bacterielle Infection im Puerperium oder auf Gonorrhoe zurückzuführen sein, könne aber ohne derartige Bacterien weiter bestehen. Bei seinen Bemühungen, aus der Uterushöhle Secret herauszuholen, ist B. dazu gekommen, die Uterushöhle zu endoskopiren, und er wundert sich, daß dies nicht schon längst zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken geschehen ist. Die Endoskopie der Uterushöhle mache keine besonderen Schwierigkeiten. Ein gewisser Nachtheil gegenüber anderen Körperhöhlen bestehe allerdings in dem Umstande, daß die Uterushöhle leicht blute. Nichtsdestoweniger gelingt es mit Hilfe des Endoskopes leicht, Diagnosen zu stellen, ferner bei den schwer heilbaren Formen des Catarrhes die kranken Stellen in ausgiebigerer Weise und mit concentrirteren Lösungen zu ätzen. Allerdings müsse man vorher auf eventuelle Adnexerkrankungen und auf Gonorrhoe untersuchen, in welchem Falle das Endoskop nicht angewendet werden darf.

Döderlein (Leipzig) betrachtet es nach den gehörten Anschauungen als feststehend, daß die fungös hyperplastische Endometritis nicht durch Bacterien erzeugt ist, und daß diejenige Form, bei welcher Bacterien als Erreger gefunden werden, stets im Zusammenhange mit dem Puerperium stehen.

Wertheim betont in seinem Schlußworte nochmals den Standpunkt, daß, wenn auch die Möglichkeit einer Mischinfection zugegeben werden müsse, dennoch die Gonorrhoe allein im Stande sei, tiefgehende entzündliche Veränderungen der Uterusmuskulatur und an den Adnexen zu setzen.

Fehling glaubt, daß die dysmenorrhoischen Menstrualblutungen bei jungen Mädchen nur in einem kleineren Theile der Fälle durch Endometritis glandularis bedingt seien, häufig dürfte es sich um einfache Ernährungsstörungen der Gefäße auf chlorotischer Grundlage mit geringer Stenose des Os internum handeln. Durch die vorgeschlagenen Dauerirrigationen könne eine unnötige Reizung hervorgerufen werden, ohne eine genügende Wirkung zu erzielen. Vor der zu häufigen Anwendung des Glüheisens an der Portio sei zu

warnen wegen der für folgende Geburten eventuell unangenehmen Narbenstenosen. Die Endoskopie des Uterus sei als ein willkommener Fortschritt zu betrachten. Ba.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

IX.

RINCHEVAL (Köln): **Demonstration von geheilten Coxitisfällen.**

Im Anschluß an früher von BARDENHEUER demonstrirte Fälle stellt RINCHEVAL zwei weitere Fälle vor, bei denen wegen tuberculöser Coxitis die Resection des oberen Femurendes und der Pfanne mit befriedigendem Erfolge vorgenommen wurde. Im Kölner Bürgerhospitale wurde unter 55 Fällen von tuberculöser Coxitis 17mal die Pfanne total, 12mal partiell resecirt; nur eine Operation verlief letal. Die Nachbehandlung besteht in Bestäuben der Wunde mit Jodoformäther, Ausstopfen mit Gaze und Naht nach 48 Stunden.

König (Göttingen) meint, daß das geschilderte Verfahren mit dem von ihm geübten und der Pfannenresection VOLKMANN's übereinstimmt. Gegen den Vorschlag BARDENHEUER's, die Pfanne ganz wegzusägen, hat er vor zwei Jahren entschieden Front gemacht. Man soll sie stehen lassen, aber mit Meißel und scharfem Löffel alles Tuberculöse entfernen.

Bardenheuer (Köln) hat in seinen beiden Fällen in der That den ganzen Pfannenboden fortgenommen, aber mit günstigem Erfolg.

Schede (Hamburg) weist auf das schon von BILLROTH geübte Verfahren der conservativen Behandlung des Kopfes bei Hüftgelenkserkrankung hin. Bei genügend großem Schnitt kommt man gut an die erkrankte Pfanne heran, räumt sie entsprechend aus und reponirt in sie den Kopf. Auf diese Weise bekommt man ein bewegliches Gelenk.

KRÖNLEIN (Zürich): **Ueber Pankreaschirurgie.**

FRIEDRICH steht in seiner vor drei Lustren geschriebenen Monographie über die Pathologie des Pankreas dem operativen Eingriff noch sehr pessimistisch gegenüber. Erst vor 10 Jahren hat GUSSENBAUER den ersten Fall einer durch Operation glücklich beseitigten Pankreascyste mitgetheilt. Ende 1894 waren in der Literatur bereits 42 operativ behandelte Fälle von Pankreascyste, jedesmal mit glücklichem Ausgang, bekannt. Einen weiteren Fortschritt enthielt KÖRTE's Mittheilung auf dem vorjährigen Congresse über die chirurgische Behandlung von zur Eiterung neigenden Entzündungen des Pankreas. Redner selbst bespricht nur die chirurgische Behandlung der festen Geschwülste des Pankreas, bei denen es sich nur um Carcinom oder Sarkom handeln kann. GUSSENBAUER hat an Kranken und MARTINOTTI experimentell an Hunden nachgewiesen, daß der Ausfall des ganzen Pankreas keine Beeinträchtigung in der Ernährung zur Folge hat. Von der Operation sind secundäre, vom Magen oder Darm übergreifende Pankreasgeschwülste ganz auszuschließen; nur isolirte, primäre Geschwülste können in Betracht kommen. Die Mehrzahl der primären Carcinome des Pankreas sitzt im Kopf, die Minderzahl im Körper oder Schwanz. RUGGI hat als der Erste auf retroperitonealem Wege ein Carcinom des Pankreas exstirpirt mit Ausgang in Heilung. — Viel seltener sind die Sarkome des Pankreas; in der Literatur finden sich nur 5 Fälle. Im letzten Jahre hat Vortr. einen Fall von Pankreassarkom operirt. Eine 63jährige Frau zeigte einen faustgroßen, hartknolligen Tumor, in Nabelhöhe nach rechts gelegen, wenig beweglich, seit einem Jahre bestehend. In der Annahme eines Carcinoms Laparotomie. Der Tumor fand sich fest fixirt am Duodenum und Pylorus. Vor Schluß der Operation mußte eine starke Arterie unterbunden werden. Am 7. Tage nach der Operation Tod im Collaps. Todesursache eine Gangraena coli von 15 Cm. Ausdehnung, welche durch eine stark centrale Ligatur der Art. colica bedingt war. Sie ist nach den Untersuchungen LITTEN's eine Endarterie nicht in anatomischem Sinne, wohl aber in ihrer functionellen Bedeutung.

F. KRAUSE (Altona): **Ergebnisse der intracraniellen Trigeminusresection.**

Das von KRAUSE vor drei Jahren empfohlene Verfahren zur Heilung der schwersten Fälle von Trigeminusneuralgie ist auch das geeignetste, das Ganglion Gasseri sammt dem Trigeminusstamm zu entfernen. Diese Entfernung allein gewährt eine Sicherheit vor Rückfällen, ohne Vergrößerung der Operationsgefahr und ohne erhebliche Verlängerung der Operationsdauer. Die Ausfallserscheinungen nach Entfernung des Ganglions verursachen überraschend geringe Störungen, gar nicht zu vergleichen mit den früheren fürchterlichen Qualen.

Bei Vergleich der Methode von KRAUSE und der von WILLIAM ROSE-London ist zu bemerken, daß Letzterer das Operationsfeld nicht in wünschenswerther Weise zugänglich macht. Auch kann die Tuba Eustachii sehr leicht dabei verletzt werden. KRAUSE's Methode dagegen sichert ein völlig aseptisches Vorgehen (unter 8 Operationen 7 Heilungen, 1 Todesfall am 6. Tage an schwerem Herzfehler bei einem 72jährigen Manne). Das Operationsfeld ist sehr übersichtlich. Dagegen können zwei Umstände gefährlich werden: die diffuse Blutung und die Compression des Gehirns. Erstere läßt sich vermeiden, wenn man von Zeit zu Zeit die Operation unterbricht und mit sterilem Mull die Wunde lose ausstopft, eventuell muß die Operation auf zwei Zeiten vertheilt werden. In der Zwischenzeit bleibt die Wunde mit Jodoformmull ausgestopft. Was die Compression des Gehirns anlangt, so ist der örtliche Druck bei entsprechender Vorsicht ohne Bedeutung. Um aber auch rascher Verdrängung der Cerebrospinalflüssigkeit nach der Medulla oblongata und den plötzlichen Druckschwankungen vorzubeugen, muß man beim Emporheben des Gehirnes langsam vorgehen. Die Operation dauert 1—$1^{3}/_{4}$ Stunden. Von 51 Operationen nach KRAUSE sind 46 Patienten geheilt, fünf gestorben = 9·8% Mortalität. Von 22 nach W. ROSE operirten Kranken sind 18 geheilt, 4 gestorben = 18% Mortalität. Die physiologischen Störungen sind völlige Anästhesie der Hornhaut und der Augapfelbindehaut, die ohne besondere Nachtheile ist. Ferner wird die betreffende Gesichtshälfte sammt Nasen- und Mundschleimhaut anästhetisch. Ebenso sind die Kaumuskeln dieser Seite gelähmt, werden aber von denen der anderen Seite ersetzt. — Die Indication muß auf die schwersten, mit allen anderen Mitteln erfolglos behandelten Fälle beschränkt werden.

Discussion.

v. Beck (Heidelberg): Die intracranielle Resection des 2. und 3. Astes des Trigeminus hat CZERNY 3mal erfolgreich vorgenommen. In zwei Fällen bestanden schwere Complicationen von Seiten der Art. meningea media.

König (Göttingen) verweist auf die Gefährlichkeit dieser Operation, welche keine sichere Unterbindung in der Tiefe gestattet. Der erste Fall ist ihm in Folge dessen an Verblutung zu Grunde gegangen. —r.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 12. Juni 1895.

(Fortsetzung statt Schluß.)

Dr. G. NOBL demonstrirt aus der Abtheilung LANG's einen Fall von **Riesenwuchs bei hereditärer Syphilis.**

Der Fall betrifft einen 26jährigen Eisenbahnbeamten, der in einer Reihe von pathognostischen Merkmalen das unzweifelhafte Bild der auf dem Wege der Vererbung acquirirten Lues darbietet. Die Nase erscheint wie verkürzt in die Höhe gezogen, ihr Rücken kahnförmig eingesunken, abgeflacht, welche Veränderung vorzüglich durch eine ausgebreitete und tief reichende Destruction des Nasenskelettes bedingt erscheint, indem man sich bei der Rhinoscopia anterior von der Consumption des knorpeligen und knöchernen Septums und der Muscheln in großem Umfange überzeugen kann. Sinuös umgrenzte Ulcerationen bedecken den Nasenhöhlenboden wie auch die seitlichen Nasenwände. Die Inspection des Nasenrachenraumes läßt eine narbige Schrumpfung und Zerklüftung der Tuba Eustachii beiderseits constatiren. Strahlig-narbige Residuen früherer ulceröser Alterationen occupiren den harten und zum Theil den weichen Gaumen. Die Hornhäute sind dicht von Leukomen eingenommen, die eine erhebliche Sehstörung verursachen. Außerdem besteht totale Taubheit auf dem linken und eine erheblich verringerte Gehörsperception auf dem rechten Ohre, welche Störung von otiatrischer Seite auf eine Labyrinthaffection zurückgeführt wird. Als Zeichen des Infantilismus ist nur mangelhafte Bartentwicklung deutlicher ausgesprochen. Ob-

schon die demonstrirten Veränderungen für sich allein zur Genüge den hereditär luetischen Charakter der Affection bekräftigen, so gestatten die präcisen anamnestischen Daten eine noch exactere Begründung derselben. Der Vater des Kranken acquirirte vor etwa 40 Jahren — bereits nach mehrjähriger Ehe — Lues, von 12 Geschwistern des Kranken starben neun im frühesten Kindesalter, außerdem abortirte die Mutter zu wiederholten Malen, ein älterer Bruder des Patienten ist vollkommen gesund, während ein jüngerer Hornhauttrübungen aufweist, vor mehreren Jahren einen Knochenproceß durchgemacht haben soll und gegenwärtig an einem Nasenübel laborirt, eine jüngere Schwester leidet an Epilepsie. Eine Erscheinung, die dem Falle ein besonderes Interesse verleiht und ihm den Stempel eines seltenen Vorkommnisses aufdrückt, ist in der excessiven Entwicklung seines Skelettes gegeben. Dieses außergewöhnliche Wachsthum betrifft vorzüglich die Diaphysen der langen Röhrenknochen, die durch ihre ganz besondere Länge imponiren. Wohl ist auch eine beträchtliche Auftreibung an den epiphysären Antheilen der Hand- und Ellbogengelenke, wie auch eine kolbige Verbreiterung der Endphalangen der Finger zu verzeichnen, jedoch nicht in so ausgesprochenem Maße, daß man auch von einer Osteoarthropathie hypertrophiante (Marie) sprechen könnte. Daß eine solche für sich allein und auch in Combination mit partiellem Riesenwuchs sowohl zur erworbenen als auch hereditären Lues in Beziehung stehen kann, geht aus Beobachtungen der jüngsten Zeit von Smirnoff, Schmidt und Anderen hervor; desgleichen ist die partielle Hypertrophie des Knochensystems im Verlaufe der hereditären Syphilis zu wiederholtenmalen zur Wahrnehmung gelangt. Schede, Lang, Werner und Andere berichten über excessive Entwicklung der Tibia, welche nach Angaben Fournier's den Lieblingssitz einschlägiger Alterationen abzugeben pflegt. Ueber Verlängerung der Vorderarmknochen berichtet jüngst noch Joachimsthal. Beachtenswerth erscheint noch in dem Falle eine bereits seit längerer Zeit bestehende hochgradige Albuminurie ($6^1/_2$ pro mille), die beim Ausschluß eines jedweden anderweitigen ätiologischen Momentes doch auch nur zur luetischen Infection in Beziehung gebracht werden kann. Ueber die Art des zu Grunde liegenden Nierenprocesses gestattet die Exploration des Harnsedimentes kein bindendes Urtheil. Die bei hereditärer Lues wahrgenommenen Nierenveränderungen werden, soweit ein anatomisches Material hiefür vorliegt (Hutchinson, Dowse, Coupland, Bartels, Fournier), hauptsächlich auf parenchymatöse Nephritis oder amyloide Degeneration des Organes bezogen; die letztere Form kann in diesem Falle wohl mit großer Sicherheit ausgeschlossen werden, indem für die sonst mit einhergehende gleichartige Entartung der Leber und Milz keine Anhaltspunkte gegeben erscheinen. Auf den specifischen Charakter der Nierenveränderung gestattet auch einen berechtigten Rückschluß die günstige Beeinflussung der Albuminurie durch die antiluetische Medication, die seit einiger Zeit mit Jodkali und Sarsaparilla durchgeführt wird.

Dr. Friedrich Pineles demonstrirt aus der Abtheilung Pal einen Fall von **Akromegalie**. Die 25jährige Pat. stammt aus gesunder Familie und leidet seit ihrer frühesten Jugend an anfallsweise auftretenden, heftigen Kopfschmerzen in beiden Schläfen, die nie mit Brechreiz oder Erbrechen verbunden sind. Sonst war Pat. in früheren Jahren immer gesund. Im Jahre 1890 erkrankte sie im Anschluß an eine normale Geburt an einer Bauchfellentzündung, die sie durch 6 Wochen an's Bett fesselte. Die Menses bestehen seit dem 13. Lebensjahre regelmäßig, reichlich; im August 1891 cessirten sie plötzlich ohne der Pat. bekannte Ursache und haben sich seither nicht wieder eingestellt.

Im Sommer 1894 bemerkte Pat. das erstemal, daß ihre Hände und Füße größer wurden. So fiel ihr auf, daß alte, bequeme Schuhe ihr zu enge waren. Die Größenzunahme der Hände und Füße machte nach Angabe der Umgebung der Pat. langsame und stetige Fortschritte. Seit December 1894 leidet sie an vermehrtem Durst- und Hungergefühl und läßt seit dieser Zeit auch mehr Urin. Eine Veränderung des Gesichtes will sie erst in den letzten Monaten wahrgenommen haben. Ebenso verspürt sie in der letzten Zeit ein allgemeines Müdigkeitsgefühl und eine leichte Abnahme der psychischen Functionen.

An der kleinen, im Allgemeinen ziemlich kräftig gebauten Pat. fällt sofort die mächtige Entwicklung des Gesichtsschädels, der Hände und Füße auf, während Kopfschädel und die langen Röhrenknochen normale Configuration zeigen. Die Stirne ist kurz, niedrig, flach: Nase sehr groß. Durch seitliches Ausladen der Jochbeine erscheint der Breitendurchmesser des Gesichtes vergrößert. Auch der Unterkiefer zeigt seitlich starke Entwicklung. Beim Schliessen des Mundes steht die untere Zahnreihe vor der oberen (Prognathie). Die Unterlippe ist wulstig und ragt etwas über die Oberlippe hervor. Die Bulbi leicht vorgedrängt, die oberen Augenlider leicht wulstig verdickt. Dabei hat die Haut des Gesichtes normale Consistenz; sie ist leicht teigig, etwas succulent. Fingerdruck bleibt nicht stehen. Die Zunge in allen Dimensionen stark vergrößert.

Der Hals im Vergleich zur Breitenentwicklung des Gesichtes schmal. Kehlkopf normal. Der Adamsapfel etwas prominirend. Von der Schilddrüse fühlt man nur einen schmalen, dem Isthmus entsprechenden Lappen, während von den Seitenlappen nichts zu tasten ist. Herz- und Lungenbefund normal. Das Manubrium sterni gibt hellen Schall. Während Ober- und Vorderarm ein ganz normales Verhalten darbieten, erscheinen die Hände unförmig breit, tatzenförmig, die Finger in ihrer ganzen Ausdehnung wurstförmig verdickt, woran in gleichem Maße Knochen und Weichtheile participiren. Auch die Füße zeigen eine im Gegensatz zum übrigen Skelet hervorstechende Entwicklung. Das ganze Fußskelet ist stark verbreitert, die große Zehe klotzförmig verdickt. Im Urin kein Albumen, kein Zucker. Der gynäkologische Befund ergibt neben normalem äußeren Genitale eine Atrophie des Uterus. Von Seiten des Centralnervensystems bietet der Fall wenig Eigenthümlichkeiten. Die Sehschärfe = $^6/_6$; Fundus normal; eine Einschränkung des Gesichtsfeldes nicht nachweisbar. Motilität und Sensibilität am ganzen Körper intact. PSR mittelstark.

Die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen, wie Myxödem, Osteitis deformans, Osteoarthropathie pneumique und Arthritis deformans, lassen sich in dem vorliegenden Falle leicht ausschließen.

Dr. H. Schlesinger demonstrirt einen Fall von **typischer Akromegalie** bei einer 36jährigen Frau, welche an der Klinik v. Schrötter in Behandlung steht.

Die Pat. bietet alle Erscheinungen in schwerstem Maße dar. Die Hände und Füße sind enorm vergrößert, die Finger und Zehen dick und plump. Der Unterkiefer außerordentlich vergrößert, die Nase, die Lippen dick und plump, Zunge sehr dick. Es besteht keine Kyphose. Außerdem besteht eine bitemporale Hemianopsie, Atrophie des Opticus in der nasalen Hälfte, Exophthalmus, Nystagmus rotatorius. Die Körperkraft gering, keine Sensibilitätsstörungen. Die Kranke hat einen sehr starken generalisirten Tic. Cessiren der Menses seit Beginn der Erkrankung. Alle Erscheinungen sollen sich vor 14 Jahren sehr rasch nach Schreck entwickelt haben.

Nachdem die Thyreoidea bei dieser Kranken nicht palpabel ist und die Anamnese es sehr wahrscheinlich macht, daß Kranke vor einigen Jahren Myxödem hatte, versuchte Vortr. die Darreichung von Thyreoideatabletten. Der einzige Effect bestand in einer ganz enormen Abmagerung der Kranken, ohne daß die Erscheinungen der Akromegalie eine Veränderung aufwiesen. Vortr. erinnert an einen andern, von ihm im Januar d. J. im Club vorgestellten Kranken mit Akromegalie, welcher unter antiluetischer Behandlung eine fortschreitende Besserung aufwies, welche derzeit noch anhält, ja zu einer theilweisen Verkleinerung der Knochenzunahme geführt hat.

Bei der vorgestellten Kranken war auch eine eingeleitete antiluetische Cur erfolglos geblieben.

Discussion.

Dr. Fischer: Die Atrophie des Uterus bei Akromegalie ist weder als physiologisch, noch als puerperal aufzufassen; sie ist analog den Uterusatrophien bei erschöpfenden Krankheiten, Tuberculose, Diabetes u. A. Es liegt die Vermuthung nahe, daß Akromegalie und Atrophie parallel einhergehende Erscheinungen sind. Möglicherweise ist die Akromegalie der secundäre Proceß, denn Hegar hat sie einigemal nach Castration beobachtet.

Dr. Nobel: Die syphilitischen Toxine erweisen sich als Reiz für das Knochenwachsthum; vielleicht sind sie ein ätiologisches Moment für die Akromegalie.

Dr. Schlesinger: Der betreffende Fall hätte dafür gesprochen, wenn irgend ein weiterer Anhaltspunkt für die Diagnose Syphilis vorhanden gewesen wäre.

Dr. Nobel: Warum wurde antiluetische Therapie eingeschlagen?

Dr. Schlesinger: Anfangs Solatii causa; später, weil man gute Erfolge bekam.

Dr. Kahane: Bitemporale Hemianopsie findet sich bei Processen in der Gegend des Chiasma; vielleicht ist bei der heute vorgestellten Patientin ein syphilitischer Tumor in der Hypophysis. Wenn auch die antiluetische Behandlung nutzlos war, so darf man deshalb doch nicht das Vorhandensein von Syphilis in Abrede stellen.

Dr. Schlesinger: Bitemporale Hemianopsie kann auch dann eintreten, wenn die Erkrankung nicht im Chiasma sitzt, sondern unmittelbar dahinter in dem Winkel der zusammentretenden Optici; so kann z. B. einwachsende Hypophysis auf die gekreuzten Opticusfasern drücken. Bei Hypophysiserkrankungen wurde wiederholt Akromegalie beobachtet, nicht aber bisher bei Chiasmaerkrankungen.

(Schluß des Protokolls folgt.)

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Académie de Médecine.

Sitzung vom 11. Juni 1895.

DIEULAFOY berichtet über vier Fälle von typischer „Angina herpetica", bei welchen die bacteriologische Untersuchung ergeben hatte, daß es sich um reine Angina diphtheritica handelte. D. hebt die Wichtigkeit der bacteriologischen Untersuchung für die Diagnose hervor. Die Anwesenheit von Herpes labialis oder nasalis könne nicht mehr als charakteristisch für die nicht diphtherische Angina betrachtet werden; herpetische Eruptionen kommen oft genug bei Diphtherie vor.

A. ROBIN: Die alternirende Behandlung des Diabetes.

Die von R. gezeigte Thatsache, daß es sich beim Diabetes um eine Steigerung aller chemischen Processe der allgemeinen Ernährung, speciell um eine erhöhte Thätigkeit gewisser Organe, wie der Leber und des Nervensystems, handelt, muß den Angelpunkt einer rationellen Diabetestherapie bilden. Demnach müssen die antidiabetischen Medicamente aus jenen Mitteln gewählt werden, welche den Stoffwechsel, besonders des Nervensystems, verlangsamen. Ferner müssen dem Organismus alle zuckerbildenden Substanzen entzogen werden, wodurch auch die Leberzelle ihres functionellen Excitans beraubt wird.

Die diätetische Behandlung des Diabetes kurz berührend, macht R. auf die Neigung der Diabetiker aufmerksam, sich zu „entmineralisiren", d. h. an Mineralsalzen zu verarmen. Man muß deshalb versuchen, durch geeignete Nahrung den Verlust zu decken. Für das Chlornatrium gelingt dies leicht: man braucht nur die Nahrung stärker zu salzen oder von Natur aus gesalzene Nahrungsmittel (Oliven, Salzfische) zu verabreichen. Zum Ersatze von Kalisalzen eignen sich die grünen Gemüse, besonders die Kohlarten und Cichorie. Endlich empfiehlt sich Bouillon, bekanntlich eine leicht assimilirbare Lösung von anorganischen Salzen.

Körperliche Bewegungen sollen den Diabetikern nur in mäßiger und systematischer Weise gestattet werden.

Was endlich die medicamentöse Behandlung betrifft, so kann dieselbe in 3 Gruppen eingetheilt werden. Die erste Gruppe enthält das Antipyrin, die zweite Gruppe die Arsenpräparate, das Codeïn, die Erdalkalien, das Chininum sulf.; die dritte Gruppe die Valeriana, Opium, Belladonna, Bromkali. Die Chinarinde, die Alkalien und der Leberthran bilden Adjuvantien aller drei Gruppen. Jede Gruppe entspricht einer Etappe der Behandlung, welcher R. den Namen der alternirenden Behandlung gibt.

Erste Etappe: Antipyrin, 2 Grm. pro die in zwei Dosen, pur oder mit Natr. bicarb. eine Stunde vor der Mahlzeit durch 5 Tage hindurch. Wenn der Pat. albuminurisch ist, ist das Antipyrin contraindicirt. Dieses Mittel soll nur in Fällen von „fettem Diabetes" angewendet und gänzlich untersagt werden in Fällen, welche dem Stadium der Cachexie nahe sind. Werthlos ist es bei Pancreasdiabetes. Von der Wirksamkeit des Antipyrins kann man sich leicht überzeugen. Wenn der Zuckergehalt nicht rasch fällt, wenn beispielsweise nach viertägigem Gebrauch die Verminderung nicht 10—15% überschreitet, ist es überflüssig, später auf das Antipyrin zurückzukommen. Das Adjuvans dieser ersten Etappe ist der Leberthran, welcher sich besonders bei Patienten empfiehlt, die leicht frieren, und bei solchen, welche von Tuberculösen abstammen. In Fällen mit Constipation empfiehlt es sich, morgens nüchtern 15—20 Grm. Seignettesalz, in warmem Wasser gelöst, nehmen zu lassen. Dieses Salz ist überhaupt bei Diabetikern das beste Abführmittel.

Zweite Etappe: Nach fünftägigem Gebrauch des Antipyrins kommen als Medicamente der zweiten Etappe in Betracht: Chinin. sulf., Arsenpräparate, Codein, Lithium carbonicum, durchwegs Verlangsamung des Stoffwechsels. Diese Mittel verordnet R. in folgender Weise:

1. Vor dem Frühstück 0·4 Grm. Chinin. sulf. täglich durch 5 Tage, dann durch 4 Tage auszusetzen und durch weitere 6 Tage zu nehmen.

2. Vor dem ersten Frühstück und vor dem Mittagmahl je ein Pulver von folgender Zusammensetzung:

Rp. Natr. arsenic. . . . . 0·002—0·003
Lith. carbon. . . . . 0·10 —0·15
Codein. . . . . 0·02 —0·05
Pulv. theriac. . . . . 0·25
Extr. Chinae sicc. pulv. . . . . 0·40
M. f. p.

Die Adjuvantien dieser zweiten Etappe sind: Leberthran, Chinawein, Natr. bicarbon. während der Mahlzeit.

Dritte Etappe: Nach 15tägiger Dauer der zweiten Etappe gelangen zur Verabreichung: Opium und Belladonna, Bromkali, Alkalien, Valeriana, und zwar in folgender Weise:

1. Zehn Tage hindurch:

Rp. Extr. Belladonnae . . . . 0·005
„ Opii . . . . 0·01
„ Valerian. . . . . 0·10
Pulv. chin. cort. q. s.
M. Für eine Pille.

Hievon ist zu nehmen den ersten und zweiten Tag je eine Pille alle 6 Stunden, den dritten und vierten Tag alle 4 Stunden, den fünften und sechsten Tag alle 3 Stunden, den siebenten und achten Tag alle 6 Stunden, den neunten und zehnten Tag alle 8 Stunden eine Pille.

2. Während dieser Periode läßt man unter Tags, besonders während der Mahlzeit, abgekochtes Wasser, welchem per Liter 8 Grm. Natr. bicarbon. zugesetzt sind, trinken.

3. Leberthran ist auszusetzen, Chinawein fortzugeben.

Wenn die Kranken Opium und Belladonna schlecht vertragen, oder wenn es sich um nervöse Frauen handelt, gibt man statt der Pillen 2—3 Grm. Bromkali täglich in 2—3 Dosen 8 Tage hindurch.

Im Allgemeinen gestaltet sich der Modus procedendi folgendermaßen: Man unterzieht zunächst den Kranken durch 5—8 Tage dem Regime von BOUCHARDAT und bestimmt dann die Zuckermenge. Nun verabreicht man durch 4—5 Tage das Antipyrin und macht nach dem Aussetzen des Mittels eine neue Analyse. Ist der Zucker verschwunden, so begnügt man sich mit durch längere Zeit einzuhaltenden diätetischen Maßnahmen. Ist noch Zucker vorhanden, so geht man zur zweiten Etappe über, welche ungefähr 15 Tage dauert. Auf diese folgt eine Pause von einem Monat, während welcher man sich auf diätetische Maßnahmen beschränkt, und geht dann auf die dritte Etappe über. Später beginnt man die ganze Serie von Neuem. Jedenfalls, selbst wenn der Zucker gänzlich aus dem Urin verschwunden ist, geht man nur mit großer Vorsicht und bei fortwährend wiederholten Harnanalysen auf das gewöhnliche Regime über.

Dieser Behandlungsmethode hat R. 100 Diabetiker unterworfen, von denen jeder einzelne mehr als 100 Grm. Zucker in 24 Stunden ausschied. Die erhaltenen Resultate sind folgende:

1. Eine definitive Heilung wurde in 24 Fällen erreicht. Es handelte sich um Diabetiker, welche täglich circa 100 Grm. Zucker ausschieden.

2. Die Heilung ist noch unsicher in 25 Fällen; dieselben betreffen Diabetiker, welche seit 1—6 Jahren 105—350 Grm. Zucker täglich ausscheiden; bei ihnen war nach mehrfacher Wiederholung der Behandlung der Zucker gänzlich aus dem Urin verschwunden,

doch erschien er wieder unter dem Einflusse eines Diätfehlers oder einer psychischen Alteration.

3. Bei 33 weiteren Fällen war die Besserung eine beträchtliche, doch mußten die Pat. ein gewisses Regime einhalten. Bei 14 von diesen, welche früher 110—520 Grm. Zucker täglich ausschieden, war derselbe gänzlich verschwunden, um bald wieder zu erscheinen und zwischen 5 und 50 Grm. zu schwanken. Bei 17 Fällen mit einer täglichen Ausscheidung von 120—180 Grm. war der Zucker nie gänzlich verschwunden, hielt sich aber unter 50 Grm.; in zwei Fällen endlich konnte der Zuckergehalt nicht unter 73 Grm. herabgedrückt werden.

4. In den restlichen Fällen (18) war der Effect null oder fast null.

Die Dauer der Behandlung war höchst verschieden und schwankte zwischen wenigen Tagen oder Wochen und mehreren Monaten. Die Mehrzahl der Fälle erheischte mehrere Serien der alternirenden Behandlung.

Notizen.

Wien, 13. Juli 1895.

Der Mißbrauch der Kliniken und Ambulatorien.

Vor wenigen Wochen [1]) haben wir berichtet, in welcher Weise das ärztliche Syndicat des Seine-Departements in Vertretung der Aerzteschaft von Paris und Umgebung dem Mißbrauch der unentgeltlichen Ordination an den Kliniken und Ambulatorien durch zahlungsfähige Personen zu steuern versucht hat. Eine im Ordinationslocale anzubringende Tafel soll die Besucher darauf aufmerksam machen, daß hier nur Armen unentgeltlich ordinirt werde. Es ist uns nicht bekannt, welches Resultat diese Kundmachung ergeben hat, deren zweiter Theil: „Die anderen Hilfesuchenden mögen sich wegen der Bedingungen der Behandlung an den Arzt wenden" einen überaus ungünstigen Eindruck macht. Erfahrungsgemäß schreckt eine derartige Enunciation Individuen, die sich nicht scheuen, in ihren schlechtesten Kleidern die Spitäler und Polikliniken aufzusuchen, um das Honorar für den Arzt zu sparen, nicht ab; es sind daher schärfere Maßregeln nöthig, um den immer mehr zunehmenden internationalen Mißbrauch der den Mittellosen gewidmeten Gratisordinationen unmöglich zu machen oder doch erheblich zu erschweren.

Die Wiener Aerztekammer hat in den letzten Tagen einen diesbezüglichen Beschluß, das Substrat längerer Comitéberathungen, gefaßt. Es sei, wurde beschlossen, eine Petition an die Statthalterei, eventuell an das Ministerium des Innern, zu richten, in welcher mehrfache Aenderungen des derzeit giltigen Modus der Zulassung von Ambulanten und der Aufnahme von Kranken in die Spitäler erbeten werden. Die erste und wichtigste der verlangten Aenderungen lautet:

> Die zu den bestehenden Taxen oder unentgeltlich gebotene Behandlung in Krankenhäusern und Ambulatorien ist von dem Nachweise der Mittellosigkeit bedingt. Dieser Nachweis ist zu erbringen: a) durch ein Armuths- oder Mittellosigkeitszeugniß; b) durch eine Bestätigung des Besitzers des vom Hilfesuchenden bewohnten Hauses (oder dessen Stellvertreters), des Arbeits- oder Dienstgebers; c) durch eine gleiche Bestätigung oder Anweisung von Seite des behandelnden Arztes; oder endlich d) durch Vorweisung des Dienst- oder Arbeitsbuches. — Formulare zu solchen Bestätigungen sind unentgeltlich in den Gemeindeämtern abzugeben. Dieselben sollen Rubriken für Namen und Beruf und in einer Randglosse den Vermerk darüber enthalten, daß falsche Angaben oder Bescheinigungen strafrechtlich verfolgt werden können.

Die sonstigen Vorschläge wenden sich gegen die taxmäßige Aufnahme Bemittelter in die sog. „Classenzimmer" (Zahlstock), verlangen Honorirung der Aerzte „in der außerhalb der Krankenhäuser üblichen Weise" (ein sehr compressibler Ausdruck!) seitens Zahlungsfähiger, Anbringung von diesbezüglichen Affichen in den Ordinationsräumen, Aufnahmskanzleien etc. und wollen nur die als „unabweislich" erklärten Kranken von diesen Bedingungen ausgenommen wissen, doch auch diese verpflichten, nachträglich den Nachweis der Mittellosigkeit zu erbringen oder die entsprechenden Mehrzahlungen zu leisten.

Es ist nicht zu leugnen, daß diese Beschlüsse in gründlicher Weise mit jenen Mißständen aufzuräumen bestrebt sind, die sich im Laufe der Zeit eingenistet haben und ohne Zweifel geeignet sind, den ärztlichen Stand und seine Vertreter schwer zu schädigen. Vielleicht liegt der Hauptfehler der geplanten, von der Aerzteschaft sicherlich warm begrüßten Action in ihrer allzu großen Gründlichkeit. Wäre es nicht klüger gewesen, nicht mehr zu verlangen, als mit einiger Aussicht auf Erfolg begehrt werden kann? Das Wichtigste ist und bleibt die Möglichkeit der Beschränkung unentgeltlicher Ordinationen in Krankenhäusern und Ambulatorien auf mittellose Personen. Eine solche Beschränkung wäre nur ein Act der Gerechtigkeit, nicht allein den praktischen Aerzten, sondern auch den mittellosen Kranken gegenüber, die heute in ihrem Rechte auf Gratisbehandlung durch den Andrang Zahlungsfähiger erheblich verkürzt werden. Die weitere Forderung, auf den sog. Zahlzimmern von Bemittelten auch Bezahlung der Aerzte, Assistenten etc. zu begehren, ist — abgesehen von ihrer sehr discutablen inneren Berechtigung — vor Allem aussichtslos und nicht sonderlich wichtig.

Wir zweifeln nicht daran, daß auch dem Versuche der Beschränkung der Ordinationen in Spitälern, Polikliniken etc. alsbald eine heftige Opposition, und zwar seitens der Schule, erstehen wird. Schon hat ein in der Kammer sitzender Ordinarius das Begehren geäußert, auch jene Kranken von der Pflicht, die Mittellosigkeit nachzuweisen, auszunehmen, welche die Hilfe der Universitätskliniken aufsuchen und hiedurch ihrer Bereitwilligkeit Ausdruck geben, als Material für den klinischen Unterricht zu dienen, gleichsam als Gegenleistung für die ihnen gewährte unentgeltliche Behandlung. Solchem Ausnahmswunsche werden andere folgen und damit die Ausnahme zur Regel erheben.

Wenn die von der Kammer zu beschließende Action erfolgreich sein soll, so muß sie zunächst das von uns hervorgehobene Petitum: Beschränkung der Gratisordinationen auf nachweislich Unbemittelte, durchzuführen und gegen alle Angriffe zu vertheidigen bemüht sein. Der Kampf wird kein leichter sein; handelt es sich ja um Beseitigung seit langer Zeit eingewurzelter Mißstände. Hiezu kommt in diesem Falle das lebhafte, wie wir sehen, bereits bethätigte Interesse der Schule an Erhaltung des für sie werthvollen Ambulantenmateriales. Die Kammer sollte daher, so glauben wir, ihren ganzen Einfluß, ihre volle Kraft aufbieten, das durch Gewohnheitsrecht und Sonderinteressen gefestigte Bollwerk mißbräuchlicher, die mittellosen Kranken und die praktischen Aerzte gleichmäßig schädigender Ordinationsnorm in den Krankenhäusern und Ambulatorien zu durchbrechen und hier einen Erfolg zu erringen, der ihr den Dank der Aerzteschaft sichern würde. Denn in dieser Frage stehen die praktischen Aerzte geschlossen hinter ihr.

[1]) S. „Wr. Med. Presse", 1895, Nr. 18.

(Wiener Aerztekammer.) Die vorgestrige Vollversammlung der Kammer hat zahlreiche wichtige Geschäftsstücke erledigt. Zunächst wurde das von Dr. Kornfeld erstattete Referat, die Bekämpfung des Mißbrauches der unentgeltlichen Ordinationen an Kliniken und Ambulatorien betreffend, welches wir im Vorstehenden besprechen, mit geringen Modificationen angenommen. Der in vorwöchentlicher Nummer eingehend gewürdigte Antrag des Dr. Herz bezüglich der Jurisdiction ärztlicher Delicte wird — soweit er den angeführten Fall betrifft — der Generalprocuratur zur Wahrung des Gesetzes übermittelt werden. Weiters wurde beschlossen, die Frage der Ausbildung der praktischen Aerzte in der Geburtshilfe einem Comité zur Vorberathung zu übergeben, welches die Vorstände der geburtshilflichen Kliniken zum Beitritte einladen wird, insofern dieselben nicht ohnehin Sitz und Stimme in der Kammer besitzen. Die von mehreren ärztlichen Vereinen angeregte Action, die Verbilligung der Telephongebühren für Aerzte betreffend, wurde abgelehnt, da Ermäßigungen dieser Gebühren principiell nur an Staats-Institute und zu Staatszwecken bewilligt werden. Schließlich wurde der Beschluß gefaßt, an maßgebender Stelle dahin zu wirken, daß der geplanten Enquête für die Revision der medicinischen Studien- und Prüfungs-Ordnung ein Vertreter der Kammer beigezogen werde.

(Die Wohlfahrtseinrichtungen der Aerztekammern.) Das Kammergesetz gibt Raum für die Errichtung von Institutionen gemeinnütziger Art — vor Allem Witwen- und Waisen-Versicherung, Altersversorgung — durch die einzelnen Kammern. Schon regt es sich hie und da, die ersten Bausteine zu dem Gebäude zusammenzutragen, das in seiner Krönung den größten Triumph der Organisation des ärztlichen Standes bedeuten würde. Die Wiener Kammer hat auch hier die Initiative ergriffen. Von erfahrener Hand wurde der Grundriß zu dem Werke entworfen, dessen Errichtung beabsichtigt wird: der Gründung einer gemeinsamen Hilfscasse für Altersrenten-, sowie für Witwen- und Waisen-Versicherung durch sämmtliche Kammern Oesterreichs mit obligatorischem Beitritte aller kammerpflichtigen Aerzte. Die vom vollendeten 60. Lebensjahre an fällige Altersrente würde fl. 400, die Witwenpension dieselbe Summe, die Waisenversicherung fl. 50 per Kopf (bis zum Höchstbetrage von fl. 200) und Jahr betragen. Befreit sind alle Jene, welche eine Pensionsberechtigung, resp. Witwen- und Waisenpension in gleicher Höhe durch Anstellung oder Einkauf besitzen, ferner im Uebergangsstadium alle Aerzte, welche das 40., beziehungsweise 50. Lebensjahr überschritten haben. Zwei gewichtige Momente stehen der Activirung dieser Vorschläge im Wege: einerseits die unleugbare Schwierigkeit, alle Kammern Oesterreichs zu gemeinsamem Vorgehen zu vereinen, andererseits die Rechtsfrage. In ersterer Hinsicht sei darauf verwiesen, daß andere Kammern bereits separatistische Tendenzen zeigen. So hat das von der deutschen Section der böhmischen Aerztekammer ad hoc eingesetzte Comité, wie uns berichtet wird, bereits beschlossen, eigene Wohlfahrtseinrichtungen (Invaliden- und Alterversorgungscasse, Krankenunterstützungs-, Unfallversicherungscasse) für die deutschen Aerzte Böhmens zu schaffen. Motivirt wurde dieser Beschluß durch den Hinweis auf die Polyglottie der österreichischen Aerztekammern, die Schwierigkeit der Controle durch die einzelnen Kammern, die Verschiedenheit der provinziellen und localen Verhältnisse. Das zweite Moment ist die sicherlich nicht unberechtigte Frage, unter welchem Rechtstitel die Durchführung des obligatorischen Beitrittes aller kammerpflichtigen Aerzte erfolgen könnte. Wohl ist der Aerztekammer durch § 13 des Gesetzes vom 21. December 1891 die Beschlußfassung über die zur Erreichung der Ziele und Aufgaben der Kammer zu ergreifenden Mittel, „insbesondere in Bezug auf die Pflege hilfreicher Wechselseitigkeit der Standesgenossen und ihrer Angehörigen“, vorbehalten, jedoch nur nach Maßgabe der dem Ministerium des Innern vorzulegenden Geschäftsordnung. Von dieser Stelle wird es abhängen, ob die Kammern das Recht zur zwangsweisen Durchführung der obligatorischen Alters- und Witwen-Versicherung der Aerzte ihres Sprengels erhalten werden, und damit steht und fällt das Project, dessen wir heute erwähnten.

(Oberster Sanitätsrath.) Nach Erörterung mehrerer sanitärer Fragen, welche in Bezug auf die in Verhandlung stehende Vorbereitung eines neuen Patentgesetzes in Betracht kommen, gelangte in der am 6. d. M. abgehaltenen Sitzung ein ausführliches Referat zur Verhandlung, die Verunreinigungen des Getreides und der Mahlproducte mit Mutterkorn betreffend. Der Oberste Sanitätsrath perhorrescirt das Vorhandensein des Mutterkornes als eines giftigen Körpers in dem zur Vermahlung bestimmten Getreide in größerer als jener minimalen Menge, welche der gesetzlich vorgeschriebenen Reinigung des Getreides unter Anwendung der bekannten technischen Hilfsmittel entspricht, da die vermeidbare Verunreinigung des Getreides, der Mahlproducte und des Brotes mit Mutterkorn in einer jenes Minimum übersteigenden Menge endemische Krankheiten (Kriebelkrankheit) zur Folge hat. Gleichzeitig wurde darauf aufmerksam gemacht, daß der durch die Reinigung aus dem Getreide ausgeschiedene „Ausreuter“ außer Mutterkorn noch andere giftige Körper, insbesondere Samen von Giftpflanzen, enthalten könne, weshalb die Verfütterung des Ausreuters in veterinär-sanitärer und sanitäts-polizeilicher Hinsicht nicht gleichgiltig erscheine. Jedesfalls sei zu verhüten, daß Ausreuter in Form fein vermahlenen Mehles gebracht werde, in welcher Form er Futtermehlen oder gar dem zur Bereitung menschlicher Nahrungsmittel dienenden Mehle beigemengt werden könne. — Hierauf folgte die Berathung über die Verhütung der Erkrankung der Caissonarbeiter auf Grund der von Prof. MAX GRUBER an Ort und Stelle persönlich gepflogenen Erhebungen und erstatteten Anträge. Es wurden hienach die von der n.-ö. Statthalterei bereits erlassenen Verfügungen gebilligt und durch die weitere Forderung ergänzt, daß mit Rücksicht auf die gegenwärtige bedeutende Tiefe der Caissons in Nußdorf und des sehr bedeutenden Luftdruckes, unter welchem gearbeitet wird, vorzuschreiben sei, daß zu den Arbeiten in dieser bedeutenden Tiefe nur vollkommen gesunde Arbeiter zugelassen werden, welche bereits durch frühere Arbeit in erhöhtem Luftdrucke sich an denselben gewöhnt hatten, wogegen die unvermittelte Zulassung von Neulingen zu den Arbeiten unter abnormem hohen Drucke unbedingt hintanzuhalten ist. Für künftige Fälle wird bei Einsenkung neuer Caissons die Herstellung bedeutend geräumigerer und mit allen nothwendigen Behelfen ausgestatteter Personenschleusen als nothwendig erachtet.

(Zur Reform der Sanitätsgesetzgebung.) Der Minister des Innern, Graf KIELMANSEGG, hat im Abgeordnetenhause erklärt, es sei ein Gesetzentwurf in Vorbereitung, durch welchen den Wünschen nach Reform des Sanitätswesens entsprochen werden wird. Durch denselben werde die Stellung des bezirksärztlichen Personals günstiger gestaltet und außerdem für den dringend nothwendigen Inspectorendienst seitens der Landesstellen durch Bestellung von Sanitäts-Inspectoren der zweiten Instanz Vorsorge getroffen werden.

(Ein intrauteriner Schreibals.) GRANDIN berichtet im „Med. and Surg. Reporter“ über folgenden interessanten Fall: Bei einer Steißgeburt war man gezwungen, wegen Wehenschwäche die Extraction des Kindes vorzunehmen. Nachdem die Kranke narkotisirt war, führte man die Hand in den Uterus ein und holte den Fuß des Fötus herab. In dem Momente, als der Fuß in der Vulva erschien, hörten alle Anwesenden ein deutliches und wiederholtes Kindergeschrei Der Ton der Stimme war dumpf und der Schrei schien von unterhalb des Bettes zu kommen. Die Geburt wurde so schnell als möglich beendet. Das Kind befand sich im Stadium leichter Asphyxie, konnte aber rasch in's Leben zurückgerufen werden. Es fand sich kein Zeichen, welches für eine Aspiration von Flüssigkeit gesprochen hätte. GRANDIE meint, daß in dem Momente, als der Fuß des Kindes herabgeholt wurde, Luft in das Cavum uteri eindrang, welche der Fötus aspirirte. Analoge Fälle, bei welchen gelegentlich der Manipulationen bei der Wendung Luft in den Uterus eindrang, sind in der Literatur genugsam bekannt, doch starben in der Mehrzahl der Fälle die Kinder während der Geburt. Die Wichtigkeit solcher Fälle in gerichtsärztlicher Beziehung ergibt sich von selbst.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Plath W., Briefe eines Arztes an eine junge Mutter. 7. Aufl. Bearb. von Dr. A. ROSSMANN. Braunschweig 1895, F. Vieweg & Sohn.

Jacob Ch., Atlas des gesunden und kranken Nervensystems. München 1895, J. F. Lehmann.

Dauchez H., Memento formulaire de poche de posologie et thérapeutique infantiles. Paris 1895, Société d'éditions scientif.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Nr. 29. Sonntag den 21. Juli 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in **Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem k. k. Kaiser Franz Josef-Spital in Wien.

Vier Fälle von Cholera asiatica.

Von **Doc. Dr. Jos. V. Drozda,**
k. k. Primararzt, Vorstand der ersten medicinischen Abtheilung.

Nachdem im Jahre 1893 die auf Pavillon B der Anstalt etablirte „Choleraexspectanz" in dienstlicher Beziehung zur Besorgung der ersten medicinischen Abtheilung unterstellt wurde, so erachten wir es im Interesse der weiteren Oeffentlichkeit als geboten, den entfallenden wissenschaftlichen Bericht auch weiteren Kreisen zugänglich zu machen, und erlauben uns demzufolge unsere diesbezüglichen Erfahrungen in gedrängter Kürze hier niederzulegen.

In dem betreffenden Jahre wurden ebendort im Ganzen 66 Männer und 28 Weiber, in Summa 94 Individuen, von verschiedenen Seiten als „choleraverdächtig" eingeliefert, Patienten mit den unterschiedlichsten Erkrankungen, bei denen blos in vier Fällen der „Choleraverdacht" sich als vollends gerechtfertigt erwies, und wo auch theilweise die weitere klinische und in allen Fällen fast (mit Ausnahme eines einzigen) die autoptische Untersuchung die Bestätigung dieser Annahme klar sicherstellte.

Von den restirenden anher als „choleraverdächtig" Ueberstellten waren 34 acute Darmcatarrhe, 23 acute Magencatarrhe, 19 Fälle von Digestionsstörungen unterschiedlichster Art, 3 acute Alkoholismen, 2 Dysenterien, 2 Pneumonien, je ein Lungenanthrax, ein Wechselfieberfall und eine Bauchfellentzündung, fürwahr eine stattliche Auswahl der diversesten Krankheitsformen!

Wir übergehen nunmehr sofort zur genauen Wiedergabe der entfallenden vier Cholera-Krankengeschichten und werden wir dort, wo es uns indicirt erscheinen wird, einige epikritische Bemerkungen unmittelbar anzufügen uns erlauben.

1. Cholera asiatica. — Tod.

E. F., Taglöhner, 46 Jahre alt, katholisch, ledig, aufgenommen am 26. August 1893, sub J.-Nr. 4193 auf Pavillon B (Cholerabereitschaft).

Anamnese: Pat. gibt an, am 22. d. M. Abends angeblich nach dem Genusse von „Schweinsgrammeln" erkrankt zu sein, und zwar traten am nächsten Tage heftiges Erbrechen und Abführen, Unterleibsschmerzen und Krämpfe in den Extremitäten auf. Auch in den nächsten Tagen anhaltendes Erbrechen und zahlreiche flüssige Stühle von angeblich galliger Beschaffenheit. Pat. wurde laut Angabe am Freitag den 25. August 1893 in's Spital der Barmherzigen Brüder gebracht, ohne aber selbst näher angeben zu können, wie er dorthin gekommen ist. Pat. hielt sich in den letzten Jahren stets in Wien auf, zuletzt in der Franzensbrückenstraße, und war bis Mittwoch den 23. August 1893 im städtischen Lagerhause mit dem Tragen von Säcken beschäftigt und soll hierauf durch zwei Tage unterstandslos gewesen sein. Nähere weitere Angaben sind derzeit vom Pat. wegen theilweiser Benommenheit des Sensoriums nicht zu erhalten.

Status praesens. Pat. mittelgroß, von kräftigem Knochenbau, mäßiger Ernährung, die Haut trocken, an den peripheren Theilen kühl anzufühlen. Die sichtbaren Schleimhäute cyanotisch verfärbt. Sensorium benommen; auf gestellte Fragen gibt Pat. erst nach längerem Besinnen Auskunft. Stimme matt klingend. Augen leicht halonirt, Gesichtsausdruck apathisch. Körpertemperatur bei der Aufnahme 36° C. Puls klein, von geringer Spannung. Die Frequenz der Pulse etwas erhöht. Die Haut ziemlich trocken, leicht in Falten legbar. In der Musculatur der unteren Extremitäten zeitweise leichte tonische Krämpfe. Große Prostration, Klage über Unterleibsschmerzen und Gefühl von Druck auf der Brust, Kurzathmigkeit, Respiration: 30 in der Minute. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt keine wesentliche Abweichung von der Norm. — Die Herztöne sind äußerst schwach, matt, kaum hörbar. Doch ist eine genauere Untersuchung wegen theilweiser Benommenheit und lebhafter Unruhe des Pat. nicht durchführbar. Abdomen leicht aufgetrieben, auf Druck empfindlich, in der Ileocoecalgegend deutliches Gurren hörbar. Pat. hat bis jetzt hierorts keinen Stuhl gehabt; die ein-

geführten Flüssigkeiten (Wein, Cognac) werden bald nach der Einnahme wieder durch Erbrechen entleert. Keine Anurie. Im spärlich entleerten Harne Spuren von Albumen. Im Laufe der Nacht hat Pat. nicht weiter erbrochen und auch keinen Stuhl gehabt.

Therapie: Warme Tücher, Campher-Injectionen; Frottiren, rother Wein, Cognac, Aqua laurocerasi, Eispillen.

Trotz Anwendung verschiedener excitirender Mittel rasches Sinken der Herzkraft unter zunehmender Benommenheit des Sensoriums. Um 4 Uhr Morgens am 27. August Exitus letalis unter Erscheinungen der Herzschwäche.

Nachdem der Fall denn doch etwas suspect erschien, wurde die sanitätspolizeiliche Obduction angeordnet. Das Resultat derselben am 27. August ergab nachstehenden Obductionsbefund (Prof. Dr. KOLISKO):

Körper von kräftigem Knochenbau, mittlerer Größe, ziemlich guter Ernährung; die allgemeinen Decken blaß, grau, an der Rückseite mit blaßvioletten, diffusen Todtenflecken versehen, im Gesicht, Hals und den oberen Extremitäten braun pigmentirt. Die sehr kräftige Musculatur der Extremitäten in starken Bäuchen vorspringend, die oberen Extremitäten im Ellbogengelenk gebeugt (Fechterstellung); die Todtenstarre sehr stark entwickelt und nur mit großer Kraftanstrengung zu überwinden. Bulbi zurückgesunken, die sichtbaren Schleimhäute des Gesichtes livid gefärbt. An der rechten Seite des dicken Halses eine kreuzergroße braune Borke. Thorax breit, gewölbt; Abdomen flach, die Bauchdecken sehr straff gespannt. Aus dem After eine graugelbliche Flüssigkeit austretend.

Kopfhaut mäßig mit Blut versehen. Der Schädel geräumig, von mittlerer Dicke, größtentheils compact, etwas asymmetrisch durch stärkere Wölbung der rechten Stirnbeinschuppenhälfte. Dura gespannt, blutreich, die beiden Seiten des Sichelblutleiters von zahlreichen Pacchionischen Granulationen durchbrochen, im Sichelblutleiter dunkles, dünnflüssiges Blut. Die Innenfläche der Dura allenthalben glatt und glänzend, auch in den Sinus an der Basis dunkles, flüssiges Blut. Die inneren Hirnhäute über der Convexität der Hemisphären getrübt, etwas verdickt, ziemlich stark serös durchfeuchtet. Hirnsubstanz teigig weich, am Durchschnitte feucht glänzend, im Marke zahlreiche Blutpunkte. Die Rinde blaßgrau. Die Ganglien ziemlich blutarm, ebenso das Kleinhirn und verlängerte Mark, Kammern enge, die basalen Hirngefäße zartwandig.

In den Halsvenen dunkles, dünnflüssiges Blut. Schilddrüse klein, blutreich. Im Larynx etwas schaumige Flüssigkeit; die Schleimhäute desselben und die der Trachea injicirt und mit einzelnen kleinen Blutungen gezeichnet. Rachen leer, Schleimhaut violett verfärbt. Lungen ziemlich stark gedunsen, beide stellenweise im Unterlappen angewachsen, die Pleura glatt und glänzend, stark klebrig anzufühlen. Das Parenchym beider Lungen allenthalben lufthältig, blutreich, etwas ödematös. Das reichlich auf der Schnittfläche sich entleerende Blut dünnflüssig. In den hintersten untersten Partien des rechten Oberlappens einige den Läppchen entsprechende, luftleere, graugelbliche, dichtere, gelbliche Flüssigkeit am Schnitt entleerende Herde.

Im Herzbeutel einige Tropfen Serum. Pericardium glatt und glänzend, an der Herzbasis ecchymosirt. Herz von entsprechender Größe, links contrahirt und starr, rechts schlaff, enthält in seinen Höhlen locker geronnenes, schwarzrothes, in den Vorhöfen auch dunkelflüssiges Blut und rechts auch einige speckige Fibringerinnsel. Klappen zart, Herzfleisch blaßbraun, etwas leicht zerreißlich, verquollen. Intima der Aorta in kleinen streifigen Herden gelblich gefleckt.

Baucheingeweide normal gelagert. Magen mäßig, der Querdarm ziemlich stark ausgedehnt; die Dünndarmschlingen etwas ausgedehnt, ihre Serosa leicht injicirt, mit einem klebrigen, seifigen, fadenziehenden Belag versehen. Leber etwas hinaufgedrängt, von gewöhnlicher Größe, Kapsel über dem linken Lappen etwas getrübt und verdickt, ihr Parenchym röthlich braun, deutlich acinös gezeichnet, aus den größeren Lebergefäßen dunkles, dünnflüssiges Blut sich entleerend. Milz klein, Kapsel getrübt und gerunzelt, Parenchym dunkelbraun, dicht.

Nieren normal gelagert, von gewöhnlicher Größe, etwas weicher, Kapsel leicht abziehbar, zart, Oberfläche glatt, von injicirten Venensternen gezeichnet. Auf der Schnittfläche die Rinde etwas verbreitert, in der linken Niere grauviolett, in der rechten in's Gelbliche erbleicht, verquollen, Glomeruli stark vorspringend und größtentheils injicirt. Pyramiden blaßroth. Schleimhaut des Beckens und der Nierenkelche blaß. In der Harnblase circa 50 Cm. eines etwas gelb sedimentirten lichten Harnes. Schleimhaut blaß, am Genitale nichts Auffallendes.

Im Magen nebst Gas etwas gallig gelb gefärbte Flüssigkeit, der einige Schleimflocken beigemengt sind. Die Magenschleimhaut etwas pigmentirt, mit weißlichem Schleim bedeckt. Im Duodenum ziemlich reichliche, gallig-gelbe schleimige Flüssigkeit. Gallenblase strotzend gefüllt, mit schwarzgrauer, dünnflüssiger, leicht durch Druck zu entleerender Galle. In den Dünndärmen sehr reichliche, in den oberen Abschnitten gelblich gefärbte, in den unteren grüne, schleimige Stoffe. Die Schleimhaut allenthalben etwas geschwellt, locker und injicirt; die Plaques und Follikel etwas geröthet, die mesenterialen Lymphdrüsen etwas vergrößert, weicher, am Schnitt vorquellend, blutarm. Im Dickdarm nebst Gas mäßig reichliche, strohgelb gefärbte, fäculente Flüssigkeit. Die Schleimhaut des Dickdarms etwas geschwellt, gelockert, an der oberen Flexur auch injicirt, durchwegs den Follikeln entsprechend pigmentirt. Pankreas derb. Nebennieren central erweicht.

Die mykologische Untersuchung des Darminhaltes ergab die Anwesenheit von Commabacillen.

Obductions-Diagnose: Cholera asiatica.

Epikrise. Im gegebenen Falle war man klinischerseits geneigt, einen Fall von „Cholera nostras“ als höchst wahrscheinlich zutreffend zu erschließen und hat auch die Beobachtung in der Anstalt keinerlei Anhaltspunkte für eine andere Möglichkeit der Schlußfassung ergeben. Erst die autoptische Erhebung und mykologische Untersuchung des noch bei der Autopsie vorgefundenen Darminhaltes hat „Cholera asiatica“ erwiesen, doch blieb die Provenienz der Erkrankung trotz sorgfältigster weiterer Erhebungen vollkommen unaufgeklärt.

2. Cholera asiatica. — Tod.

M. F., Steinmetzgehilfe, 40 Jahre alt, katholisch, verheiratet, aufgenommen auf Pav. B am 3. September 1893, sub J.-Nr. 4306.

Anamnese: Pat., der sich seit 6 Wochen in Kerösmesö, Com. Marmaros-Sziget, aufgehalten haben soll, erkrankte vor drei Tagen angeblich ohne besondere Veranlassung mit Magenüblichkeiten, zweimaligem Abführen. Erbrochen hat der Pat. nicht, auch waren keine Muskelkrämpfe vorhanden. Pat. ist mit seinem Sohn zu Fuß nach Marmaros-Sziget gegangen (von Donnerstag den 31. August 1893, Früh, bis 10 Uhr Früh Freitag); seit gestern Früh mit der Eisenbahn heimwärts gefahren. Während der Reise gesellten sich starke Muskelkrämpfe zu seinen Beschwerden. Pat. erbrach einmal; führte jedoch erst nach seiner Ankunft in Wien zweimal ab und wurde sofort als choleraverdächtig hieher transportirt (Donauwasser will der Pat. nicht getrunken haben).

Status praesens: Pat. mittelgroß, von sehr kräftigem Knochenbau, musculös, mäßig genährt. Turgor der Haut ansehnlich vermindert; die aufgehobenen Falten bleiben längere Zeit stehen. Zeitweilig Brechreiz und Singultus. Thorax stark gewölbt, faßförmig. Fibrilläre Zuckungen der Brustmusculatur, intensive tonische Krämpfe in allen Extremitäten. Augen etwas eingesunken. Sichtbare Schleimhäute leicht cyanotisch, Zunge feucht, gelbgrau belegt, Puls klein, von normaler Frequenz, Sensorium vollständig frei. Stimme etwas heiser. Subjectives Schwächegefühl, zeitweise Schmerzen in den Extremitäten. Temp.: 34·9° C. Abdomen tief eingesunken, druckempfindlich, in der linken Ileocoecalgegend deutliches Quatschen. Percussion der Lunge hell und hypersonor, etwas tiefer reichend, reines Vesiculärathmen. Herzdämpfung eingeengt. Ueberall am Herzen eine tonartige Systole und eine tonartig einsetzende und mit einem lauten Geräusche endigende Diastole; am stärksten im zweiten linken Intercostalraum und über dem Sternum hörbar. Rückwärts der Schall hypersonor, tiefer als normal reichend. Athmungsgeräusch vesiculär, nach abwärts abgeschwächt. Bald nach seiner Ankunft hatte Pat. einen flüssigen, fäculent riechenden, mit Blut untermischten Stuhl gehabt, der sofort in einem sterilisirten Fläschchen wohlverwahrt der mykologischen Untersuchung zugeführt wurde. Anurie.

Im Laufe des Nachmittags immerwährend Brechreiz und Singultus jedoch kein Erbrechen. Eispillen, warme Tücher, Aq. lauroc. c. Morphio, Opiumpulver.

4. September: Gestern Nachmittags erhielt Patient eine Enteroklyse (2 Liter 1% Tanninlösung von 40° C.). Die Temperatur stieg auf 35·4°, um nach einer halben Stunde wieder abzufallen. Puls heute kaum fühlbar, Temp. 34·7°, Herztöne kaum zu hören. Deutliches pericardiales Reiben am Sternum (Höhe der 3. Rippe) erweisbar. Extremitäten kühl, cyanotisch, Gesicht vollständig verfallen, Augen tief eingesunken, halonirt, Stimme heiser. Am Abend einige reiswasserähnliche Stühle.

Während der Nacht war Pat. sehr unruhig, gab lebhafte Schmerzäußerungen zu erkennen und hatte starke Krämpfe in der Musculatur der Extremitäten. Unwillkürlicher Abgang von mehreren blutigen Stühlen. — Campherinjection. Unter zunehmender Schwäche Exitus letalis um ½10 Uhr Vormittags. Die bacteriologische Untersuchung der Dejecte ergab die Anwesenheit ziemlich ansehnlicher Mengen von Cholerabacillen.

Die am selben Tage noch Nachmittags durchgeführte sanitätspolizeiliche Autopsie ergab nachstehenden Obductionsbefund (Prof. Kolisko):

Körper von mittlerer Größe; sehr kräftigem Knochenbau, musculös, mäßig genährt. Die allgemeine Decke blaßgrau, die aufgehobenen Falten der Haut kurze Zeit stehen bleibend. Auf der Rückseite ausgebreitete, diffuse, dunkelviolette Todtenflecke. Das Gesicht etwas cyanotisch, Augen halonirt. Lippen leicht cyanotisch, Muskelbäuche an dem kurzen Halse stark vorspringend. Das Jugulum und die Supraclaviculargruben stark eingesunken. Beide obere Extremitäten im Ellbogen gebeugt, die Hände über den Bauch gekreuzt. Muskeln namentlich der Oberarme in starken Bäuchen vorspringend. Die Todtenstarre stark entwickelt und nur mit großer Kraft zu überwinden. Thorax kurz, breit, gewölbt, das Abdomen eingesunken, die Bauchdecken gespannt. Aus dem After eine röthliche Flüssigkeit austretend. Todtenstarre auch an den unteren Extremitäten stark entwickelt. Aus dem Orificium externum urethrae eine grau schleimige, fadenziehende Flüssigkeit sich entleerend.

Kopfhaut mäßig mit Blut versehen. Schädel ziemlich geräumig, von mittlerer Dicke, in der Stirne auf 1 Cm. verdickt, durchwegs compact, seine Innenfläche glatt. Dura mater gespannt, ziemlich blutreich, durchscheinend von Pacchionischen Granulationen zu beiden Seiten durchbrochen, in letzteren dickflüssiges, schwarzrothes Blut. Die Innenfläche der Dura glatt und glänzend. Innere Meningen zart, mäßig mit Blut versehen, längs des medialen Randes mit Pacchionischen Granulationen durchsetzt. In den Sinus an der Basis dunkles, dickflüssiges Blut. Die Gehirnsubstanz zähe, mäßig mit Blut versehen, die Kammern enge, die basalen Stirngefäße zartwandig.

Das Zwerchfell rechts zwischen 4.—5. Rippe, links zwischen 5.—6. Rippe stehend. Die Musculatur braunroth, trocken. In den Halsvenen dunkles, dünnflüssiges Blut. Die Schilddrüse in beiden Lappen etwas vergrößert, mäßig mit Blut versehen, colloid, körnig. Im Larynx schleimige Flüssigkeit, Schleimhaut desselben in der Trachea blaß. Der Rachen leer; seine Schleimhaut und die der Mundhöhle blaß. Die linke Lunge zurückgesunken, außerordentlich collabirend, die Pleura mit einer klebrigen, fadenziehenden Flüssigkeit bedeckt. Die rechte Lunge etwas angewachsen, sonst wie die linke beschaffen. Das Parenchym beider Lungen allenthalben lufthältig, trocken, auf dem Schnitte dickflüssiges Blut entleerend. Das Herz etwas auf Rechnung des rechten Ventrikels vergrößert, ziemlich stark, namentlich rechts, mit Fett bewachsen, hier auch streifige Sehnenflecke auf dem glatten, glänzenden, leicht klebrig anzufühlenden Pericardium.

Der linke Ventrikel contrahirt, der rechte und sein Vorhof dilatirt. In den Herzhöhlen mäßig reichlich dickflüssiges, schwarzrothes Blut und rechts auch einige feuchte Fibringerinnsel. Die Klappen zart; das Herzfleisch graubraun, derbe. Die im aufsteigenden Bogentheile etwas erweiterte Aorta mit zahlreichen Kalkplatten innen besetzt. Die Baucheingeweide normal gelagert; der Magen mäßig von Gas ausgedehnt, ebenso stellenweise der Dickdarm. Die Dünndärme mäßig ausgedehnt, ihre Serosa injicirt, braunviolett mit einem klebrigen, fadenziehenden Beschlage, dick anzufühlen, schwappend.

Die mit ihrem Lappen etwas hinaufgedrängte Leber von gewöhnlicher Größe, Kapsel etwas getrübt, Parenchym gelbbraun, am Schnitt deutlich acinös gezeichnet, aus den großen Gefäßen dickflüssiges Blut entleerend. Milz von gewöhnlicher Größe, derb anzufühlen. Kapsel etwas getrübt, gerunzelt, ihr Parenchym dicht, blutreich, aus den großen Gefäßen dickflüssiges Blut entleerend. Nieren normal gelagert, von ziemlich fester Consistenz. Kapsel leicht abziehbar, Oberfläche glatt, grauviolett. Auf der Schnittfläche die Rinde etwas verbreitet, graugelblich, stellenweise streifig injicirt, verquollen. Die Glomeruli größtentheils deutlich injicirt; Pyramiden blaßviolett. Die Schleimhaut des Beckens und der Kelche blaß. Die Harnblase enthält etwa 30 Ccm. eines klaren, lichten Harnes, ihre Wand etwas verdickt; die Prostata mit Bildung eines mittleren Lappens leicht vergrößert.

Im Magen nebst Gas eine gallige, gelbgrüngefärbte, schaumige Flüssigkeit. Die Magenschleimhaut geröthet, gelockert und geschwellt. Reaction der Flüssigkeit nicht sauer. Im Duodenum eine gallige, gelbgrün gefärbte, schleimige, reichliche Flüssigkeit. Gallenblase strotzend gefüllt mit einer ziemlich dickflüssigen, schwarzgrünen Galle. In den Dünndärmen theils blutig gefärbte, so in den unteren Abschnitten, theils graue, so in den mittleren Abschnitten, theils, in den oberen Abschnitten, gallig gefärbte, schleimige Stoffe, die namentlich in dem mittleren Dünndarmtheil in förmliche Ausgüsse darstellenden Häuten der Schleimhaut aufliegen. Die Schleimhaut selbst allenthalben stark geschwellt und gelockert, intensiv injicirt in den oberen Abschnitten auf der Höhe der Falten, in den unteren vollkommen hämorrhagisch infiltrirt.

Im Dickdarm reichliche, graurothe, nach unten zu graugelb werdende, schaumige Flüssigkeit; die Schleimhaut des Dickdarmes stark gelockert, geschwellt, gleichmäßig injicirt. Pankreas derbe.

Obductions-Diagnose: Cholera asiatica.

Epikrise. Im gegebenen Falle hat sowohl die sorgfältige Erhebung der Provenienz der Erkrankung, als auch der klinische, sowie bacteriologische Befund intra vitam des Patienten keinerlei Zweifel darüber aufkommen lassen, daß es sich hier thatsächlich um eine „Cholera asiatica“ handelt und hat auch die nachträgliche Autopsie diese Annahme vollends bestätigt.

(Schluß folgt.)

Mittheilungen aus dem Sanatorium in Hacking.

Ueber die modificirte Mastcur.

Von **Dr. Ph. Oesterreicher.**

Bekanntlich beruht das von Weir-Mitchell eingeführte Verfahren zur Behandlung gewisser Nervöser auf der richtigen Voraussetzung, einerseits dem Organismus in verhältnißmäßig kurzer Zeit eine größere Menge Nahrungsmaterial zuzuführen und auf diese Weise eine Ueberernährung hervorzurufen, die auch dem Nervensystem zugute kommt, andererseits durch absolute körperliche und geistige Ruhe, wodurch sowohl äußere als innere Erregungsquellen ferngehalten werden, dem Organismus die Möglichkeit zu bieten, dieser gestellten Aufgabe gerecht zu werden. Die Einzelheiten der Weir-Mitchell'schen Methode sind, seitdem das Verfahren bekannt geworden, sattsam beschrieben worden, so daß kein triftiger Grund vorliegt, dieselben zu wiederholen.

Was uns zur Veröffentlichung nachstehender Krankengeschichten veranlaßt, ist die Thatsache, daß die Erfolge der sogenannten Mastcur auch dann zu erzielen sind, wenn man von einigen, in der Weir-Mitchell'schen Cur streng geforderten Bedingungen absieht. Dies bezieht sich insbesondere auf die absolute Ruhe. Weir-Mitchell verlangt, daß die Kranken ruhig im Bette bleiben, sich gar nicht bewegen sollen, und selbst zu den einfachsten Verrichtungen die Hilfe der Wärterin in Anspruch nehmen. Es ist unzweifelhaft, daß dies für einzelne Kranke von Bedeutung ist; doch hat uns die Erfahrung gelehrt, daß gerade andere Kranke, und nicht

immer solche, die sich gegen das vollständige Abschließen sträubten, die Masteur nur schwer vertrugen und kaum gedeihten.

Wir haben demzufolge das WEIR-MITCHELL'sche Verfahren in der Weise modificirt, daß wir die Patienten außer Bette ließen, daß anfangs Ruhe mit mäßiger Bewegung abwechselte, später selbst Muskelbewegungen eingeschoben wurden und haben durch dieses Nichtfesthalten an der für die Patienten so unangenehmen und quälenden Isolirung auch die gewünschten Resultate erzielen können, wie die nachstehenden kurzen Krankengeschichten und Gewichtstabellen zeigen.

I. Frau A. W., 51 Jahre alt, verheiratet, hat beim Eintritt in die Anstalt am 30. Mai 1892 ein Körpergewicht von 52 Kgrm. Pat. ist blaß, abgemagert, Haut welk, Musculatur schlaff, klagt über große Mattigkeit, große Irritabilität, schlechten Schlaf. Schon geringe Muskelarbeit, wie Gehen, ruft Herzklopfen hervor, Pulsiren der Carotiden, das Gefühl des Pulsirens in den Füßen. Objectiv außer gesteigerten Muskel- und Sehnenreflexen nichts Abnormes nachzuweisen. Pat. hat zuhause, besonders in der letzten Zeit, wegen ständiger Magenbeschwerden nur wenig Nahrung, und zwar nur von ihr gewählte Speisen genommen. In der Anstalt wird Pat. verhalten, gemischte Kost zu nehmen, ohne Auswahl, und nebst derselben beginnt sie tagsüber einen halben Liter Milch zu trinken. Mit letzterer wird während der Dauer der Cur auf $2^1/_2$ Liter pro die gestiegen. Pat. verträgt zu ihrer Ueberraschung Alles ganz gut, der Stuhlgang, der seit Monaten unregelmäßig war, regelt sich bald. Unter diesem Regime erzielt Pat. folgende Gewichtszunahme und Heilung ihrer nervösen Beschwerden:

Beim Eintritt am 30. Mai 1892 52 Kgrm.

am 7. Mai	54 Kgrm.	30 Dgrm.	am 26. Juli	64 Kgrm.	60 Dgrm.
„ 14. „	55 „	60 „	„ 2. Aug.	65 „	80 „
„ 21. „	56 „	40 „	„ 9. „	67 „	10 „
„ 28. „	58 „	40 „	„ 16. „	67 „	40 „
„ 5. Juli	60 „	75 „	„ 23. „	68 „	40 „
„ 12. „	62 „	20 „	„ 30. „	69 „	40 „
„ 19. „	63 „		„ 7. Sept.	70 „	25 „

also im Verlaufe von drei Monaten betrug die Gewichtszunahme 18 Kgrm. 25 Dgrm.

II. Frau L. K., 33 Jahre alt, verheiratet, hat beim Eintritt in die Anstalt am 10. Januar 1891 ein Körpergewicht von 50 Kgrm. Pat. bietet in ihrem Aeußeren dasselbe Bild, wie die in der ersten Krankengeschichte angeführte Patientin, leidet überdies an hochgradiger Platzangst.

Beim Eintritt am 10. Januar 1891 50 Kgrm.

am 17. Januar	52 Kgrm.	50 Dgrm.	am 12. März	59 Kgrm.	10 Dgrm.
„ 24. „	53 „	60 „	„ 19. „	60 „	50 „
„ 31. „	54 „	70 „	„ 26. „	61 „	20 „
„ 7. Febr.	55 „	40 „	„ 2. April	62 „	60 „
„ 14. „	56 „	30 „	„ 9. „	63 „	
„ 21. „	57 „		„ 16. „	64 „	40 „
„ 28. „	57 „	30 „	„ 23. „	66 „	50 „
„ 5. März	58 „				

die Gewichtszunahme betrug im Verlaufe von $3^1/_2$ Monaten $16^1/_2$ Kgrm.

III. Frau J. D., 26 Jahre alt, verheiratet, sehr herabgekommen, zeigt bei ihrem Eintritt in die Anstalt am 6. Mai 1891 ein Gewicht von 56 Kgrm. Pat. klagt über große Mattigkeit, Unfähigkeit zu jeder geistigen und körperlichen Leistung, Ueberempfindlichkeit gegen jedes Geräusch, so daß sie vor dem Geräusche im eigenen Hause in das fernst gelegene Zimmer flüchtete und in den letzten zwei Wochen sich dort förmlich isolirte. Der Magen war gegen jede Speisezufuhr so intolerant, daß sie nur mehr gewiegten Schinken und Milch zu sich nahm. Von letzterer vertrug Pat. in der Anstalt nebst reichlicher gemischter Nahrung $3^1/_2$ Liter pro die.

Beim Eintritt am 6. Mai 1891 56 Kgrm.

am 13. Mai	58 Kgrm.	40 Dgrm.	am 17. Juni	65 Kgrm.	60 Dgrm.
„ 20. „	59 „	60 „	„ 24. „	67 „	
„ 27. „	61 „	30 „	„ 30. „	68 „	30 „
„ 3. Juni	62 „	40 „			
„ 10. „	63 „	50 „			

Gewichtszunahme im Laufe von 2 Monaten: 12 Kgrm. 30 Dgrm.

Die angeführten Krankengeschichten erweisen zur Genüge, daß sich auch selbst bei nicht strictem Festhalten an dem WEIR-MITCHELL'schen Regime schöne Resultate erzielen lassen, wenn man darauf sieht, daß die Pat. genügende Quantitäten gemischter Kost und so viel Milch, als sie vertragen, zu sich nehmen; und sie vertragen beides umso leichter, als es ihnen gestattet ist, Bewegung, ja selbst leichte Muskelübungen zu machen.

Pilocarpin als Prophylacticum.

Von **Dr. Carl Sziklai** in Kis-Zombor.

In meinen beiden Vorträgen, die ich auf der Wanderversammlung der ungarischen Aerzte und Naturforscher (Kronstadt 1892), sowie auf dem internationalen Congresse der Aerzte in Rom über Croup — in des Wortes weitester Bedeutung genommen — also über die Behandlung sämmtlicher croupöser Krankheiten hielt, habe ich das Pilocarpin nicht nur als Specificum dieses Krankheitsprocesses bezeichnet, in welchem dasselbe ebenso bestimmt, als auch rasch Heilung erzielt, sondern dasselbe auch als Prophylacticum empfohlen in solchen Fällen, in welchen der Croup epidemisch auftritt, und namentlich in solchen Familien, in denen unter den Kindern Eines bereits croupös erkrankt ist. Ganz besonders empfehlenswerth hat sich das Pilocarpin als Prophylacticum bei der Entzündung des Kehlkopfes erwiesen, und zwar sowohl bei der croupösen, wie auch bei der diphtheritischen.

Bevor ich jedoch meine Behauptung durch Mittheilung meiner Beobachtungen und Erfahrungen aus meiner Praxis stütze und bevor ich auf die Discussion zu sprechen komme, welche über Diphtheritis auf dem internationalen hygienischen Congresse in Budapest (September 1894), und zwar in der I., II., V., zu gemeinsamer Berathung vereinigten Sectionen stattgefunden, erachte ich es für meine Pflicht, auf denjenigen Artikel vorerst zu reflectiren, welchen College Dr. GÉZA KOVÁCS (in Zsidve) in Nr. 8 der „Gyógyászat" (14. April 1894) unter dem Titel: „Pilocarpinum muriaticum bei Lungenentzündung" veröffentlicht hat, und zwar aus dem Grunde, um einerseits „die vorzügliche Wirkung des Pilocarpin in Lungenentzündungen" auch seinerseits zu bestätigen, andererseits jedoch die prophylactische Wirkung desselben in Zweifel zu ziehen, und zwar auf Grund seines, hier in kurzem Auszuge mitgetheilten Falles:

G. M., 22 Jahre alt, wurde am 6. d. M. (April 1894) von Schüttelfrost überfallen und nach beiläufig anderthalbstündiger Dauer desselben traten linkerseits stechende Schmerzen und erschwertes Athmen ein, bald auch blutiges Sputum.

Am 8. April zum Kranken berufen, verordnete er, nachdem die 2 Tage hindurch angewandte usuelle Therapie erfolglos geblieben und sich am 9. April zu den bisherigen Symptomen noch Dämpfung des Percussionstones und entlang der linken Lunge bronchiales Athmen hinzugesellt hatte, am 10. April, an welchem ferner Cyanose zu constatiren war, geringfügig allerdings, besonders im Gesichte, und trotzdem der Puls schwächer war als am vorhergehenden Tage, Pilocarpin, und zwar 0·07 auf ein Ipecacuanha-Infus (0·50 : 180).

Die im Stadium der Hepatisation befindliche Lunge ist nach kaum 13stündigem Gebrauche des Pilocarpins entzündungsfrei, der ganze Organismus fieberfrei geworden. Und nun hätte die vollständige Heilung erfolgen müssen, wenn meine Behauptung von der prophylactischen Wirkung des Pilocarpin in croupösen Krankheiten eine begründete wäre.

Nun klagt jedoch der Kranke am 12., „daß er Nachts 11 Uhr — also 16 Stunden nach dem Aussetzen des Pilocarpin, während welcher Zeit er sich vollkommen wohl gefühlt — rechterseits stechende Schmerzen und erschwertes Athmen spürte und darum, sowie auch wegen des quälenden Hustens die ganze Nacht hindurch nicht schlafen konnte. Sputum abermals blutig, Temperatur 40·0, Respiration 44, über der rechten Lunge gedämpfter Percussionston, scharfes,

stellenweise ausgesprochen bronchiales Athmen, während linkerseits der Befund dem von Tags vorher entspricht (d. h. normal ist). Ich habe den noch vorhandenen Vorrath von Pilocarpin abermals verordnet.....“

Auch dieser Fall von Lungenentzündung ist Collegen Dr. Kovács genesen, ebenso wie alle diejenigen Pneumonien, die er mit Pilocarpin behandelte, wie er dies in der Einleitung des citirten Artikels selbst auch in folgender Weise erklärt: „Ich muß vorausschicken, daß mir sämmtliche mit Pilocarpinum muriaticum behandelten Fälle von Lungenentzündung einen günstigen Ausgang nahmen, so auch der folgende“ (nämlich der oben auszugsweise mitgetheilte).

Bevor ich mich nun über die prophylactische Wirkung des Pilocarpins äußere, sei es mir vorerst noch gestattet, zwei einschlägige Fälle von croupösen Affectionen mitzutheilen, den einen aus eigener, den anderen aus der Praxis des bestens beleumundeten, größtentheils zu Consilien herbeigezogenen, hervorragenden Arader Collegen Dr. Vas, welche noch auffälliger und deutlicher als der Fall des Collegen Dr. Kovács zu beweisen geeignet sind, daß das Pilocarpin nach einmal erfolgter Infection prophylactische Wirkung überhaupt nicht mehr haben kann.

B. L., 4 Jahre altes Büblein, Sohn des Dieners am hiesigen Pfarrhofe, erkrankte in der Sylvesternacht (1892) in sehr ängstlicher Weise und fand ich bei ihm um Mitternacht, zu welcher Zeit ich dringend gerufen wurde, sämmtliche Symptome der Laryngitis crouposa.

Auf Pilocarpin wurde das Kind am 2. Januar 1893 vollkommen wohl; am 4. Januar jedoch, also nach 2tägiger vollständiger Euphorie, zeigte sich abermals hochgradiges Fieber und am 5. Januar war das Krankheitsbild der Bronchitis crouposa vollständig entwickelt. Abermalige 2 Ctgrm. Pilocarpin, einmal repetirt, in Summa also 4 Ctgrm., haben meinen kleinen Pat. in 2 Tagen fieber- und symptomenfrei gemacht.

36 Stunden nach eingetretener Besserung, nachdem der Kleine auch schon Nahrung zu nehmen angefangen, zeigte sich neuerdings Temperatursteigerung, eine neuerliche Attaque signalisirend, und entwickelte sich in der That Pneumonia crouposa, welche Diagnose auch Collega F. aus Mako bestätigte. Mit Hilfe derselben Medication, wie bei den vorausgegangenen zwei Affectionen, genas das Kind leicht und sozusagen spielend in 3 Tagen, so daß der Croup — in des Wortes weitester Bedeutung genommen — den Respirationstract des Kindes im Verlaufe von 10 Tagen stufenweise befallen hat und jedesmal durch Pilocarpin bezwungen wurde.

Der Fall des Dr. Vas ist folgender:

40 Jahre alter Mann, mit linksseitiger Pneumonie, Dämpfung und bronchiales Athmen über der Scapula in der Ausdehnung von beiläufig eines Mannes Handteller; erschwerte Expectoration, sehr klebriges, blutiges Sputum. Auf Pilocarpin sind nach Verlauf von 24 Stunden die charakteristischen Symptome verschwunden, jedoch nach 48 Stunden traten dieselben Symptome in der linksseitigen Lungenspitze auf. Nach 24—30 Stunden sistirte der Proceß auf Pilocarpin auch hier, trat jedoch nach Ablauf eines Tages im linksseitigen unteren Lappen neuerdings auf, so daß wir eine Pneumonia migrans annehmen mußten. Ich sah den Kranken (als Consiliarius) insgesammt 3mal während seiner Krankheit, als nämlich die Symptome die allerbedenklichsten waren. Wie ich vernommen, war die Reconvalescenz etwas protrahirt, aber der Kranke genas vollkommen und ist heute ebenso robust als früher.

Ueber die meinerseits seit Jahren propagirte Pilocarpin-Therapie äußert sich Dr. Vas in einem Briefe, den ich von ihm erhielt, folgendermaßen: „Soviel ist nun schon klar, daß wir im Pilocarpin ein sehr verläßliches Medicament besitzen, gegen den Croup, sowie gegen sämmtliche, mit demselben verwandten Krankheiten....“ Ferner: „Ich muß mit Freude die Thatsache constatiren, daß das Pilocarpin in denjenigen Fällen, in welchen ich dasselbe zu verordnen für nothwendig fand, sich stets bewährt hat.“

* * *

Aus diesen Krankheitsgeschichten ist klar ersichtlich, daß, wenn einmal irgend ein Organ oder Organtheil croupös erkrankt ist, die einmal erfolgte Infection, mag die Folge derselben, der entwickelte croupöse Krankheitsproceß, so prompt als nur denkbar dem Pilocarpin weichen, als nicht geschehen unmöglich gemacht werden kann.

Ueber die prophylactische Wirkung des Pilocarpin habe ich auf der Wanderversammlung der ungarischen Aerzte und Naturforscher mich folgendermaßen geäußert:

„Es ist sehr wahrscheinlich, daß auch die Präventivwirkung des Pilocarpin eine vollständig befriedigende sein wird, und dürfte es, besonders beim epidemischen Auftreten des Croup, zu prophylactischen Zwecken, in refracta dosi verabreicht, auf das zur Gerinnung neigende Transsudat der vielleicht schon angegriffenen Kehlkopfschleimhaut verdünnend wirken und auf diese Weise das Zustandekommen einer Auflagerung verhindern.“

Noch entschiedener, weil auf mittlerweile gemachte einschlägigen Erfahrungen basirt, lautet meine Aeußerung über die prophylactische Wirkung des Pilocarpin beim Croup, die ich in meiner, auf dem internationalen medicinischen Congresse in Rom gehaltenen Dissertation gethan:

„In geeigneten Fällen und zur rechten Zeit verabreicht hat das Pilocarpin auch präventive Wirkung.“

Diese prophylactische Wirkung des Pilocarpin beim Croup verstand ich nämlich und wollte auch dahin verstanden wissen, daß dasselbe, präventiv verabreicht, im Stande ist, den Organismus vor Infection zu schützen, nicht aber, daß, wenn Infection nun einmal schon erfolgt und eine croupöse Krankheit schon entstanden war, diese ursprüngliche Infection behindert werden kann, sich weiter zu erstrecken.

Auch auf dem internationalen hygienischen und demographischen Congresse in Budapest (September 1894) habe ich gegenüber dem von Behring, Heubner, Löffler und Roux empfohlenen prophylactischen Verfahren, welches bekanntlich in präventiver subcutaner Einspritzung von Blutserum immunisirter Thiere besteht, die präventive Verabreichung von Pilocarpin empfohlen, besonders in solchen Familien, wo bei mehreren Kindern Eines an Croup oder auch an Diphtheritis bereits erkrankt ist.

Jawohl, auch im Falle einer diphtheritischen Erkrankung habe ich dies für empfehlenswerth erachtet, nicht als ob ich die von mir empfohlene Pilocarpintherapie auch bei Diphtheritis als zuverlässig erklären wollte — was ich nie gethan — sondern aus folgenden zwei Gründen:

1. weil während einer Diphtheritisepidemie auch Croup aufzutreten pflegt, und zwar nach Prof. Löffler in 30% sämmtlicher Diphtheritisfälle und so kann nie mit positiver Bestimmtheit vorhergesagt werden, ob eine neuerliche Infection in derselben Familie eine diphtheritische oder croupöse sein wird;

2. auch darum, weil das Pilocarpin auch bei Diphtheritis im Stande ist, die Bildung der obturirenden Membran zu verhindern, wovon ich mehreremal Gelegenheit hatte, mich zu überzeugen.

Und zwar empfahl ich und empfehle auch jetzt noch das Pilocarpin zu prophylactischen Zwecken in 1% Lösung, von welcher täglich 3mal je 10 Tropfen zu verabreichen wären (Kindern unter 1 Jahr blos die Hälfte dieser Dosis).

Die so vielfach betonte schädliche Wirkung des Pilocarpin kenne ich nicht, auch bin ich nicht in der Lage, dieselbe anzuerkennen, vorausgesetzt, daß bei der Verordnung desselben mit gehöriger Vorsicht und Aufmerksamkeit vorgegangen wird. Noch habe ich seit $3^1/_2$ Jahren, während welcher Zeit ich dasselbe fort und fort anwende, selbst nach der von mir geübten, die usuelle, ziemlich stark übersteigende Dosirung, keine Gelegenheit gehabt, bei meinen Pat. irgend welches beunruhigende Symptom zu beobachten.

Da 16 Tropfen destillirten Wassers 1 Grm. wiegen, ist die Tagesdosis der zu prophylactischen Zwecken von m

empfohlenen Pilocarpinlösung circa 2 Ctgrm., was bei Kindern im Alter von über ein Jahr durchaus keine schädlichen Folgen haben kann. Dieselbe Dosirung hat vor Jahren Prof. STILLER in Budapest, allerdings zu anderen Zwecken empfohlen und habe ich demnach bereits Gelegenheit, in Bezug auf die absolute Unschädlichkeit der von mir empfohlenen Dosirung mich auf einen, auf dem Gebiete der internen Medicin als Capacität ersten Ranges anerkannten Fachmann berufen zu können.

Wenn diese Dosirung jedoch trotzdem für bedenklich gehalten werden sollte, was sollen wir dann von der von DUFF zu prophylactischen Zwecken empfohlenen Strychnindosirung sagen?

In Nr. 28 des „Centralbl. f. Gynäkologie" (1894) empfiehlt nämlich genannter Autor solchen Frauen zu prophylactischen Zwecken Strychnin zu verordnen, bei denen während vorangegangener Geburten schwache und unregelmäßige Wehen auftraten und deren Bauchmusculatur entschieden Schwäche zeigte oder bei denen post partum wegen ungenügender Contraction der Gebärmutter Blutungen auftraten. Das Strychnin wäre 6—8 Wochen hindurch vor dem präsumptiven Eintritte der Geburt, und zwar 3mal täglich je 1 Mgrm., in den letzten 8 Tagen sogar 3mal täglich je $1^1/_4$—$1^1/_2$ Mgrm. zu nehmen.

Das Strychnin ist entschieden eines der stärksten Gifte, welches überdies noch leicht auch cumulative Wirkung haben kann, während das Pilocarpin aus dem Organismus bald eliminirt wird und in dieser Weise nie cumulativ wirken kann.

DUFF's Empfehlung zufolge hätte eine derart prophylactisch behandelte Frau 7 Wochen hindurch 141, in der letzten Woche weitere $10^1/_2$ Mgrm. Strychnin eingenommen, in Summe demnach $151^1/_2$ Mgrm., und wenn diese Menge für den Organismus als unschädlich erklärt wird, dann braucht vor der, übrigens auch restringirten Dosirung des Pilocarpin Niemand Angst zu haben, und zwar umso weniger, da diese Dosirung des Pilocarpin höchstens 10—14 Tage hindurch zu erfolgen hat.

* * *

Den Ausbruch irgend welcher Krankheit zu behindern, also als Prophylacticum zu dienen, ist am sichersten dasjenige Mittel geeignet, welches als Specificum dieser Krankheit dieselbe eben wegen dieser seiner Eigenschaft rasch und bestimmt zu heilen vermag.

Das Wechselfieber, die Malaria, ist einzig und allein das Chinin im Stande zu heilen, und so verordnen wir dasselbe als Prophylacticum besonders denjenigen, die, nach südlichen Gegenden abgehend, von der dort leicht zu acquirirenden Malaria geschützt sein wollen.

Nun, auch das Pilocarpin ist ein Specificum des Croup und sämmtlicher croupösen Krankheiten, dieselben ebenso rasch als bestimmt heilend, und darum erscheint es ebenso rationell als zweckmäßig, dasselbe auch als Prophylacticum gegen diese Krankheitsgruppe zu verwenden.

Kaum hatte ich dies zu allererst betont — Kronstadt 1892 — als ich alsbald Gelegenheit fand, mich von der Richtigkeit und Stichhältigkeit meiner Behauptung zu überzeugen.

Im December 1892 nämlich brach in meinem Sanitätskreise eine Diphtheritisepidemie aus und sah ich nur in solchen Familien neuerdings Infection, in denen ein Kind bereits diphtheritisch erkrankt war und welche die von mir empfohlene Pilocarpinlösung zu prophylactischen Zwecken den anderen Kindern nicht verabreicht hatten. (Es erscheint kaum nothwendig hervorzuheben, daß diese Familien nicht zu den intelligenten gehörten, deren Indolenz und Geiz so groß war, daß sie nur über eindringliches Zureden dazu zu bewegen waren, wenn auch nur dem kranken Kinde die nothwendigen Medicamente zu beschaffen.) In solchen Familien hingegen, wo das Pilocarpin als Prophylacticum in der von mir vorgeschriebenen Dosirung den Geschwistern des erkrankten Kindes verabreicht wurde, kam eine neuerliche Infection nicht vor. Ich bin davon überzeugt, daß die Herren Collegen mit der prophylactischen Wirkung des Pilocarpin zufrieden sein werden und sehe ich demnach zustimmenden Aeußerungen von nun ab mit Zuversicht entgegen.

* * *

Um meine Behauptung von der prophylactischen Wirkung des Pilocarpin auch durch Mittheilung concreter Beobachtungen zu stützen, mögen hier deren einige, kurz gefaßt, folgen, die beweiskräftig genug sein dürften.

Sämmtliche Beobachtungen hatte ich Gelegenheit, auf dem benachbarten Gute des Grafen Náko zu machen, auf dessen Territorial in den weit auseinander gelegenen Meierhöfen im letzten Sommer die Diphtherie epidemisch ausgebrochen war.

1. Theresienhof. 5jähriges Mädchen des Großknechtes Horváth, an Rachendiphtherie erkrankt. Dasselbe genas innerhalb eines Zeitraumes von 8 Tagen; die 3 Geschwisterchen im Alter von $3^1/_2$ und 2 Jahren, das jüngste 9 Monate alt, nahmen das Pilocarpin getreulich 3mal täglich in der von mir angegebenen Dosirung 14 Tage hindurch ein. Von der Möglichkeit einer Isolirung konnte keine Rede sein. Infection und neuerliche Erkrankung in der Familie hat nicht stattgefunden.

2. Kálmánhof. $1^1/_2$ Jahre altes, an Diphtheritis erkranktes Kind eines Knechtes, welcher mit drei anderen Kameraden und deren Familien gemeinschaftlich eine große Stube bewohnte. Summe der Kinder der 4 Familien 20; Isolirung undenkbar; Fall etwas protrahirt; Dauer der Behandlung 14 Tage; im Verlaufe derselben auch stenotische Erscheinungen, die auf subcutane Pilocarpininjection prompt wichen; Ausgang in vollständige Genesung; kein neuer Fall; Pilocarpin von sämmtlichen übrigen Kindern 3 Wochen hindurch vom Anbeginn der Behandlung in refracta dosi genommen und ohne jede Beschwerde vertragen.

3. Malvinhof. 4jähriges Mädchen des Lehrers an Scharlach und Diphtheritis des Rachens erkrankt. Isolirung der übrigen 4 Kinder nur nominell, indem dieselben im angrenzenden Zimmer untergebracht waren und Eltern, sowie Dienstboten mit ihnen in nahezu fortwährender Berührung waren. Genesung; keine weitere diphtheritische Erkrankung.

* * *

Wie in jeder meiner bisherigen Publicationen, in denen ich casuistische Fälle angeführt, habe ich auch in der vorliegenden die Namen der betreffenden Kranken ausführlich angegeben, um Jedermann die Möglichkeit zu bieten, sich von der Richtigkeit und Wahrhaftigkeit meiner Mittheilungen überzeugen zu können.

Zum Schlusse fühle ich mich noch angenehm verpflichtet, dem Wirthschaftsbeamten, Herrn Béla v. Kis, meinen verbindlichsten Dank auszudrücken für seine Unterstützung, die er mir zum Zwecke neuerlicher praktischer Erprobung meines prophylactischen Verfahrens dadurch angedeihen ließ, daß er mir die, sozusagen massenhafte Verordnung des Pilocarpin in denkbar höflichster Zuvorkommenheit gestattete, wodurch er sich allerdings das Verdienst erworben, zur Coupirung der Diphtheritisepidemie in thatkräftiger Weise beigetragen zu haben.

Referate und literarische Anzeigen.

V. JAKSCH (Prag): Klinische Beiträge zur Kenntniß der alimentären Glycosurie bei functionellen Neurosen, Phosphorvergiftung und Leberatrophie.

Alimentäre Glycosurie ist jene, welche künstlich durch Einführung größerer Mengen von Traubenzucker in den Körper hervorgerufen werden kann. Die seit 20 Jahren nach den allgemein gebräuchlichen Methoden mit dem Materiale seiner Klinik angestellten Versuche („Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 27) führten zu folgenden Resultaten: Bei bestimmten Kategorien von Kranken Tabes

dorsalis, Syringomyelie, Chorea, multiple Sclerose, multiple Neuritis, Myelitis in ihren verschiedenen Formen — erfolgt nach Darreichung von 100 Grm. Traubenzucker in einer Dosis keine Glycosurie. Hingegen konnte in einigen Fällen von functioneller Neurose Glycosurie hervorgerufen werden, und zwar bei schwerer Hysterie, sogenannte Grande Hystérie CHARCOT, in der Zeit, wenn alle Symptome wohl entwickelt waren, und bei der traumatischen Neurose. Bei letzterer Krankheit ist das Auftreten der alimentären Glycosurie von großer diagnostischer Bedeutung, um Simulation auszuschließen.

Während bei Chorea und Syringomyelie in der Regel keine alimentäre Glycosurie hervorgerufen werden konnte, gelang es, eine solche in je einem Falle dieser Krankheiten, betreffend schwangere Frauen im 4., resp. 6. Graviditätsmonate hervorzurufen. Der Zusammenhang der alimentären Glycosurie in diesen beiden Fällen mit dem physiologischen Zustande der Schwangerschaft ergab sich aus Versuchen, welche an der geburtshilflichen Klinik des Professor v. ROSTHORN angestellt wurden, indem unter 16 schwangeren Frauen bei 10 alimentäre Glycosurie erzeugt werden konnte.

Bei Phosphorvergiftung kommt in ihrem gewöhnlichen Verlaufe kein Traubenzucker im Harn vor. Künstliche Glycosurie tritt bei schweren Fällen mit stark vergrößerter Leber und intensivem Icterus aus. Aus 2 zur Obduction gelangten Fällen konnte der Nachweis erbracht werden, daß die größere oder geringere Menge des in dem Harn erscheinenden Traubenzuckers mit der Intensität der anatomischen Veränderung des Leberparenchyms in geradem Verhältnisse stehe. Interessant ist eine Beobachtung von Phosphorvergiftung, bei welcher alimentäre Glycosurie erst mit dem Auftreten der Leberschwellung begann, mit der Volumszunahme der Leber stieg und mit dem Verschwinden der Leberschwellung und des Icterus allmälig zurückging.

Diese Beobachtungen, sowie die von v. NOORDEN, nach denen auch bei Leuten mit Fettleber Glycosurie erzeugt werden kann, weisen auf den Zusammenhang der alimentären Glycosurie mit den tiefen Parenchymveränderungen der Leber bei Phosphorvergiftung hin, und bestätigen die von den Physiologen aufgestellte Ansicht, daß die Kohlenhydrate in der Leber aufgespeichert und umgesetzt werden, auch bezüglich des menschlichen Organismus.

Auch in einem Falle von acuter Leberatrophie ex Ingestis konnte v. JAKSCH künstliche Glycosurie erzeugen, und zwar zur Zeit, als die Leber verkleinert war (15·9 Grm. von 100 Grm.). Mit der Zunahme des Lebervolumens und Besserung des Befindens wurde die Menge des ausgeschiedenen Traubenzuckers immer kleiner, um endlich ganz zu verschwinden. —z.

THOMAS BARLOW (London): Der infantile Scorbut und seine Beziehung zur Rachitis.

Verf. führt zunächst das anatomisch und klinisch wichtige Krankheitsbild des infantilen Scorbutes vor, indem er die Schlüsse wiederholt, die er schon vor 11 Jahren daraus gefolgert hat, und zeigt dann kurz, was sich inzwischen durch weitere Forschung und Kritik geändert hat („Ctlbl. f. inn. Med.", 1895, Nr. 21 u. 22).

Die Krankheitssymptome des infantilen Scorbuts treten in der Regel ziemlich plötzlich auf und können nach zurückgelegtem vierten Lebensmonate in jeder Periode des Kindesalters eintreten, am häufigsten wohl vom 9.—18. Monat. Es handelt sich in der Regel um rachitische Kinder, an welchen eine gewisse Blässe und eine plötzlich eintretende, in bestimmter Richtung sich äußernde Unruhe auffällt. Das Kind ist nämlich ruhig, so lange es sich selbst überlassen bleibt, schreit aber unaufhörlich, wenn man es in's Bad setzt oder sonst zu Bewegungen veranlaßt; während an den oberen Extremitäten passive Bewegungen noch schmerzlos ausgeführt werden können, gibt jeder Versuch, die Ober- oder Unterschenkel zu bewegen, Anlaß zum Schreien. Bald constatirt man an den unteren Extremitäten nicht scharf begrenzte Schwellungen, welche hauptsächlich die Diaphysen der langen Knochen betreffen. Langsam, aber zusehends nimmt der Umfang der ergriffenen Knochen zu; mitunter constatirt man ein geringes Oedem an den Füßen. Während das Kind früher mit flectirten Beinen dalag, sind dieselben jetzt nach außen gedreht und unbeweglich, etwa in einem Zustande der Pseudoparalysis. Aehnliche Veränderungen, doch niemals in diesem Grade, können auch die oberen Extremitäten zeigen. Die Gelenke bleiben stets frei, hingegen kann in schweren Fällen ein anderes Symptom constatirt werden, nämlich Crepitation in der Gegend der Epiphysenlinie. Das obere und untere Ende des Femur, das obere Ende der Tibia ist der gewöhnliche Sitz von Fracturen, doch kann das obere Ende des Humerus dasselbe Verhalten bieten. Eine sehr auffallende Erscheinung kann während dieser Periode am Thorax sich abspielen. Das Sternum nämlich, die angrenzenden Knorpel und die dazu gehörigen Rippenenden erscheinen nach hinten eingesunken, gleichsam als ob sie von vorne durch einen Stoß zerbrochen und nach hinten getrieben wären. Gelegentlich findet sich eine Schwellung an der Außenfläche des Schädels, selbst an den Gesichtsknochen, jedoch ohne locales Oedem. Bisweilen entwickelt sich ziemlich plötzlich eine Proptosis des einen Bulbus. Von den Allgemeinsymptomen ist das auffallendste die hochgradige Anämie, deren Grad parallel geht mit der Zahl der ergriffenen Knochen. In sehr schweren Fällen ist die Hautfarbe gelb oder erdfahl und es kommt zu Ecchymosen in der Haut. Die allgemeine Schwäche ist sehr bedeutend und rührt vom Muskelschwund her. Die Temperatur ist zur Zeit, da die Knochen nach einander befallen werden, erhöht, übersteigt aber selten 39°; zu anderen Zeiten kann sie normal oder subnormal sein.

Was nun das Verhalten des Zahnfleisches anbelangt, so hängt die Betheiligung desselben davon ab, ob überhaupt und wie viele Zähne vorhanden sind. Sind nämlich mehrere Zähne da, so kann die Erkrankung des Zahnfleisches ganz bedeutend sein und man gewahrt dann eine aus dem Mund hervortretende derbe Schwellung, welche den Anlaß zu Blutungen und Foetor ex ore abgibt. Sind hingegen nur wenige Zähne vorhanden, dann ist die Erkrankung des Zahnfleisches geringer, aber doch ausgesprochen, und sind überhaupt keine Zähne da, so sieht das Zahnfleisch ganz normal aus, oder zeigt höchstens ganz kleine bläuliche Flecken dort, wo die Zähne später durchbrechen. Der Appetit ist in der Regel gut, Erbrechen und Diarrhöen kommen nur selten vor.

Was den weiteren Verlauf betrifft, können bei vorgeschrittener Kachexie hinzutretende Complicationen, wie Bronchitis, Pleuropneumonie, Darmcatarrhe, Exantheme, bald zum Exitus führen. In anderen Fällen nimmt die Krankheit einen recidivirenden chronischen Verlauf. Im Allgemeinen dauert die Krankheit, wenn sie durch die eingeleitete Behandlung unbeeinflußt bleibt, 2—4 Monate. Die Schwellungen an den Knochen gehen langsam zurück und zugleich läßt die Spannung nach. Der Muskelschwund tritt nun deutlich zu Tage, ebenso die neugebildeten, aus resistentem Gewebe gebildeten Schwarten, welche sich hauptsächlich um die Diaphyse des Femur finden. Es bedarf Monate, bis diese knöchernen Massen resorbirt sind; selbst in den Fällen mit Fractur ist die Wiederherstellung eine solche, daß entweder gar keine oder nur eine geringe Difformität zurückbleibt. Das Gleiche gilt von den Rippenfracturen. Mit der Restitution der erkrankten Knochen bessert sich die Anämie, Blutungen, Schwäche und Schmerzen lassen nach.

Der Urin enthält oft ganz geringe Mengen von Eiweiß und Blut, in ganz vereinzelten Fällen ist die Milz etwas vergrößert, Lunge und Herz bleiben in der Regel gesund.

B. geht nun auf die pathologisch-anatomischen Befunde über, welche über diese Krankheit ziemlich übereinstimmend vorliegen, und von denen weitaus die wichtigsten die subperiostalen Blutungen mit ihren weiteren Folgen sind. Eine große Meinungsverschiedenheit herrscht hingegen noch bezüglich der Actiologie dieser Erkrankung. Nachdem B. auf das Verhältniß derselben zur Rachitis, congenitalen Syphilis, zum infantilen Rheumatismus, zur Hämophilie, Purpura haemorrhagica näher eingegangen ist und gezeigt hat, daß alle diese Affectionen nicht in Betracht kommen können, zieht er den Scorbut heran, um zu zeigen, daß die Erkrankung am meisten demselben und zumal dem Scorbut der jugendlichen Individuen ähnelt. Von dieser Thatsache ausgehend, untersucht B., ob die in Frage stehende Erkrankung und der Scorbut der Erwachsenen bezüglich der veranlassenden, ätiologischen Momente etwas Gemeinsames mit einander haben. Nach den bisherigen Erfahrungen steht es fest, daß eine fortgesetzte Entziehung von frischen

getabilien und ihren Aequivalenten von allen anderen ätiologischen
menten des Scorbuts das häufigste ist. Was nun die Fälle von
antilem Scorbut betrifft, so lebte allerdings die Mehrzahl derselben
er günstigen hygienischen Bedingungen, hingegen handelte es
n durchaus um künstlich ernährte Kinder, welche mit den ver-
iedensten Surrogaten ernährt worden waren. Eine solche Er-
nrungsweise ist geeignet, die Entwicklung des Scorbuts zu fördern.
afür sprechen auch die Erfolge, die man erzielt, wenn man eine
iscorbutische Diät einleitet. An Stelle der condensirten Milch
t man frische Kuhmilch, an Stelle der stark verdünnten reine,
che Kuhmilch verabreichen. Anstatt der künstlichen Präparate
t man täglich etwas mit Milch zubereitetes Kartoffelmus und etwa
en Eßlöffel Fleischsaft. Endlich wird noch ein Eßlöffel Orangen-
er Traubensaft, mit Wasser verdünnt, in einzelnen Portionen ge-
ben. Der Erfolg dieser Behandlungsmethode ist schon nach 2 oder
Tagen ein geradezu überraschender. Die Speisen werden gerne
nommen, das Kind wird viel ruhiger, die Spannung an den Extre-
täten nimmt zusehends ab, die Erkrankung des Zahnfleisches geht
ist unmittelbar zurück, die Blässe wird bedeutend geringer, dem
eiterschreiten der Krankheit wird ein fester Damm entgegen-
etzt. Eine locale Behandlung der Extremitäten ist im Ganzen
ht erforderlich, wohl aber ist permanente Ruhe in horizontaler
ge angezeigt.

In den letzten Jahren haben sich die Beobachtungen von in-
tilem Scorbut noch bedeutend gemehrt. Besonders amerikanische
toren hatten vielfach Gelegenheit, die Krankheit zu studiren. Als
e besondere Errungenschaft ist die Erfahrung anzusehen, daß die
ankheit gerade unter der niederen, sehr armen Bevölkerung selten
rkommt, und daß fast ausschließlich Kinder aus den besseren
nden von der Erkrankung heimgesucht werden. Es dürfte dies
t der Thatsache zusammenhängen, daß besonders in England und
nerika die Abneigung der Mütter, ihre eigenen Kinder zu stillen,
ch im Anwachsen begriffen ist, und daß in Folge dessen die An-
ndung künstlicher Nährpräparate sich sehr verallgemeinert hat,
e Ernährungsweise, welche von der wohlhabenden Bevölkerung
hr als von der armen bevorzugt wird. Nach CHEADLE kommt
bei noch in Betracht, daß in den armen Bevölkerungsschichten
n Kindern ziemlich früh von den für die Erwachsenen zube-
teten Speisen kleine Portionen zugeführt werden, wodurch dem
dlichen Organismus manche antiscorbutischen Bestandtheile ein-
rleibt werden. Speciell Kartoffel genießen die armen Kinder schon
einer viel früheren Periode ihres Lebens, als diejenigen aus be-
zenden Classen und so sind auch die ersteren, wiewohl rachitisch,
ch weniger geneigt, an Scorbut zu erkranken, als die letzteren.
glaubt, daß auch die Kuhmilch, wenn sie zu lange gekocht und
rilisirt wird, viel von ihren antiscorbutischen Eigenschaften ein-
ßt. Nach Allem scheint es heute festzustehen, daß nur die längere
rtsetzung einer mangelhaften Ernährung in der Regel den Anstoß
r Entwicklung des infantilen Scorbuts gibt. Ba.

AMBROSIUS: Bericht über die im Landkrankenhause zu Hanau in der Zeit vom 1. April 1891 bis Ende December 1893 ausgeführten Tracheotomien bei Diphtherie.

Nachdem ich in Nr. 2 (1895) der „Wiener Med. Presse“ die
SCHER'sche Arbeit über Tracheotomie bei Diphtherie referirt habe,
ll ich auch von den Ergebnissen dieser Operation im Landkranken-
use zu Hanau berichten, welche AMBROSIUS in der „Deutschen
itschrift für Chirurgie“, Bd. 40, H. 5/6, mittheilt.

Von 99 tracheotomirten Kindern genasen 46 = 46·5%, und
ar von 28 des ersten Beobachtungsjahres 10 = 35·8%, von 36
s zweiten 10 = 28% und von 35 des dritten 26 = 74%.
desursachen waren Blutung aus der Wunde, Pneumonia crouposa,
scendirender Croup, Myocarditis, Vaguslähmung, Nephritis. Während
s Durchschnittsalter der an descendirendem Croup Verstorbenen
/2—2 3/4 Jahre war, war das der an Allgemeininfection Ver-
rbenen 4 1/2 Jahre; das beweist neuerdings, daß die jüngeren
t. mehr durch descendirenden Croup, die älteren mehr durch die
lgemeininfection gefährdet sind. Die hohe Gefahr des descen-
direnden Croups veranlaßte AMBROSIUS, schon bei der Operation mit
dem ROSER'schen Ringhäkchen die Membranen aus der Trachea zu
entfernen und die Trachea selbst mit in 1/2‰ Sublimatlösungen
eingetauchten Federn, die vor dem Gebrauch in strömendem Wasser-
dampf sterilisirt und in gut schließenden Gefäßen aufbewahrt wurden,
auszuwischen; dies Verfahren wurde bei jedem Canülenwechsel, der
eintrat, sobald man aus der angestrengteren und schärferen Athmung
eine Neubildung der Membranen, bezw. ein Weiterschreiten des
Processes annehmen mußte, wiederholt. Dieses Verfahren setzte die
Sterblichkeit an absteigendem Croup herab. Vielleicht erwies sich
in einigen Fällen auch die LANGENBUCH'sche Tamponade des ober-
halb der Canüle liegenden Luftröhrenabschnittes, die mit Jodoform-
gaze ausgeführt wurde und 2—4 Tage liegen blieb, nützlich. Die
Canüle wurde durchschnittlich nach 6·2 Tagen entfernt; je einmal
gelang das Decanulement erst am 13., am 14. und am 41. Tage.
Bei 5 tracheotomirten Kindern traten Schlucklähmungen auf.

Operationsmethode war nur einmal die Tracheotomia inferior,
sonst stets die BOSE'sche Operation, zuweilen Durchtrennung des
Ringknorpels. Ein einziger Unfall, Anschneiden der Art. thyreoid.
super. dextr., ereignete sich dabei. Die Operation wurde anti-
septisch ausgeführt, die Wundversorgung consequent offen, ohne jede
Naht, wohl aber mit sorgfältiger Jodoformgazetamponade um die
Canüle herum. Von den 99 Operirten wiesen 2 Wunden im Ver-
laufe mäßige Reaction“ auf, 2 erkrankten an Wunddiphtherie und
führten so zum Tode. Operirt wurden sämmtliche mit Stenose-
erscheinungen eingelieferten Kinder, und auch die dyspnoischen
wurden chloroformirt (Tropfmethode in Rückenlage des Kindes). Nur
4mal wurde wegen Asphyxie auf die Narkose verzichtet. Local-
behandlung des Rachens fiel nach der Tracheotomie fort; nur zu-
weilen wurden indifferente Lösungen inhalirt. R. L.

Geburtshilfe und Gynäkologie. II. Band der Arbeiten aus der königl. Frauenklinik in Dresden. Von **Prof. Dr. G. Leopold,** geheimem Medicinalrath, Director der königl. Frauenklinik, Poliklinik und ordentl. Mitglied des königl. Landes-Medicinalcollegiums in Dresden. Mit 2 lithographischen Tafeln, 12 Curventafeln und 37 Abbildungen. Leipzig 1895, S. Hirzel.

Nach einem kurzen Berichte über den Unterricht der Heb-
ammenschülerinnen und Aerzte in der königl. Frauenklinik zu
Dresden, über die klinischen Vorträge, seminaristischen Uebungen
und die geburtshilfliche Poliklinik werden die Dienstordnung für
Gebärsaal und Wöchnerinnen-Abtheilung und die Vorschriften über
Reinigung und Desinfection mitgetheilt. Weiters enthält der Band
eine Reihe von geburtshilflichen und gynäkologischen Arbeiten
LEOPOLD's und seiner Schüler.

W. FRANKE bringt einen kritischen Rückblick über diejenigen
Geburten, welche bei mehr oder weniger verengtem Becken ohne
operatives Eingreifen und ohne Anwendung des Kolpeurynters ver-
liefen, um die Bedingungen festzustellen, unter welchen die Spontan-
geburt abgewartet werden kann und darf, sowie die Erfolge zu be-
trachten, die dabei im Vergleich mit denen bei operativen Entbin-
dungen in demselben Zeitraum für Mutter und Kind gewonnen
wurden.

In einer mit 49 Curven belegten Abhandlung „Typische
Wochenbettscurven“ versucht LEOPOLD das Verhalten des Pulses und
der Temperatur bei normalem und gestörtem Verlaufe des Puer-
periums festzustellen, um zu einer strengeren Classificirung der Er-
krankungen zu gelangen. Im Anschlusse an LEOPOLD's diesbezüg-
liche Ausführungen bringt Dr. MAHLER (Budapest) eine Abhandlung
über „Thrombose, Lungenembolie und plötzlichen Tod“, in welcher
er durch rechtzeitige Diagnose des Thrombus die Prophylaxis der
Lungenembolie zu stützen trachtet. Diese Diagnose ist nicht schwer,
wenn der Thrombus als Knoten im Verlauf einer Vene zu fühlen
ist, oder wenn er seinen Sitz durch Oedem und Schmerzhaftigkeit
der betreffenden Körperstelle verräth; aber wie erkennt man das
Vorhandensein von Thromben in den tiefen Schenkelvenen oder in
den Beckenvenen, die ab und zu keine sichtbaren Symptome machen?
M. beantwortet diese Frage dahin, daß bei Thrombose der Puls
und die Temperaturcurve von ganz charakteristischen Eigenthüm-

lichkeiten sind, aus denen man auf das Vorhandensein der Thrombose schließen und durch rechtzeitig ergriffene Vorsichtsmaßregeln der drohenden Gefahr der Embolie entgegentreten kann.

„Die Diagnose des Placentarsitzes in der Schwangerschaft und während der Geburt" sucht LEOPOLD aus dem Verlaufe der Tuben zu stellen. Insertion der Placenta an der hinteren Uteruswand verschiebt die Tuben nach vorne. Sie verlaufen dann im spitzen Winkel nach aufwärts. Sitzt dagegen die Placenta an der vorderen Uteruswand, so rücken die Tuben an die Seite und nach hinten.

Den Schwerpunkt des gynäkologischen Theiles bilden Publicationen über die vaginale Totalexstirpation des Uterus und eventuell der Adnexe, in welchen LEOPOLD die Dauererfolge dieser Operation bei Uteruscarcinom und die Verhütung der Recidive, Dr. BERNER die Anwendung dieses Operationsverfahrens auf die Behandlung der Uterusmyome und Dr. WOLFF für Totalprolaps bespricht.

LEOPOLD hat seit 1885 in 37 Fällen die Entfernung der chronisch schwer erkrankten Adnexe und des Uterus von der Scheide aus vorgenommen und ist durch die Erfolge derart befriedigt, daß er dieses Verfahren der Exstirpation der Adnexa per laparotomiam vorzieht und ihm wesentliche Vortheile auch bezüglich der dauernden Genesung zuschreibt.

Den Abschluß des Bandes bildet ein kurzer Bericht über 1000 Laparotomien von LEOPOLD mit 133 Todesfällen. C. BREUS.

Physiologisches Practicum. Eine Anleitung für Studirende zum Gebrauch in praktischen Cursen der Physiologie. Von **Dr. F. Schenk**, Privatdocent und Assistent des physiologischen Institute in Würzburg. Mit 153 Abbildungen. Stuttgart 1895, Ferdinand Enke.

Anleitungen zum praktischen Arbeiten kann es nicht genug geben, denn nirgends spricht sich die Individualität des Lehrers besser aus, als in der Methode seines Unterrichts in praktischen Cursen. Man lernt die didactische Fähigkeit eines Docenten nur in sehr seltenen Fällen aus seinen Lehrbüchern kennen, aber stets aus den Anleitungen, welche er für den praktischen Gebrauch gibt. Das vorliegende Buch stellt der Lehrthätigkeit des Verf. ein vorzügliches Zeugniß aus; in richtiger Weise wählt er die vorzuführenden Versuche aus, seine Erklärungen sind kurz und klar und seine Bemerkungen verrathen überall den geübten Experimentator. Eine nächste Auflage wird sich hoffentlich nicht blos mit der Vorführung von Schulversuchen begnügen; ein so glücklich angelegtes Buch soll mehr sein als eine Unterstützung des Studirenden bei den physiologischen Arbeiten, es soll ihm als eine Anleitung auch bei seinen späteren selbstständigeren Arbeiten dienen, und dazu ist vor Allem eine physiologische Methodik nöthig, wie sie etwa CYON geschrieben hat. Der Verf. des vorliegenden Buches ist offenbar dazu berufen, eine moderne Anleitung zu experimentellen Arbeiten zu liefern und es liegt wohl sehr wenig daran, wenn etwa der Umfang des Buches um das Doppelte steigen würde. Der Verf. würde dadurch ein Werk liefern, für welches man ihm überall, wo man sich mit Thierexperimenten beschäftigt, herzlichen Dank wissen wird. Auch in einem solchen Buche brauchte, ebenso wie in dem vorliegenden, die physiologisch-chemische Analyse und die mikroskopische Technik keinen Platz zu finden, wohl aber müßte zum Unterschiede von dem vorliegenden Practicum die anatomische Präparation mindestens für das Kaninchen und für den Frosch ausführlich besprochen werden. Daneben könnte auch das pharmakologische Experiment eine entsprechende Berücksichtigung finden. Wir hoffen, daß SCHENK's physiologisches Practicum rasch verkauft wird, und daß der Verf. bald in die Lage kommt, an der größeren Aufgabe seine Kräfte zu versuchen. Fe.

Feuilleton.

Bestrebungen auf hygienischem Gebiete in alter Zeit.

Von **Dr. Ingenhoven.**

I.

Die Hygiene bei den Israeliten.

Wohl kaum hat in den letzten Jahrzehnten eine Zweigwissenschaft der Medicin einen so erfreulichen Aufschwung genommen, als die Hygiene, und die erzielten Erfolge berechtigen uns, eben dieses medicinische Specialfach eine Wissenschaft der Zukunft zu nennen.

Daher dürfte es wohl nicht unangebracht sein, die Vorgeschichte der hygienisch-prophylaktischen Maßnahmen, wie wir sie bei den alten Culturvölkern, sowie im Mittelalter finden, etwas genauer zu betrachten, zumal es ja nicht nur interessant, sondern auch lehrreich ist, die Vorschriften zu kennen, die die Alten in dieser Hinsicht zur Verhütung, resp. Unterdrückung von Krankheiten und Seuchen gegeben haben.

Denn das Alte sollte auch in der Medicin, trotz der großen Errungenschaften, die diese Wissenschaft in den letzten Jahrhunderten gemacht hat, nicht vergessen werden.

Habe ich doch selbst während meiner medicinischen Studien in Bonn von dem Professor der Chirurgie, Dr. TRENDELENBURG, im Vortrag mehrfach sagen hören, daß z. B. die Lectüre des CELSUS auch den jetzigen Jüngern AESCULAP's sehr zu empfehlen sei; und in der That kann auch, trotzdem unsere Zeit auf fast allen Gebieten des Wissens so große Fortschritte zu verzeichnen hat, noch von den Alten Manches gelernt werden.

Zudem mag es ja in manchen Fällen dem Praktiker zum Vortheile gereichen, wenn er die Zeit der Entstehung einer Krankheit und die derzeitigen socialen Verhältnisse kennt, um sich dadurch ein besseres Bild von dem ihm augenblicklich vorliegenden Krankheitsfalle machen zu können.

Auch die Hygiene, eines der jüngsten der medicinischen Specialfächer, hat ihre Geschichte und sie reicht weit hinauf bis in's graue Alterthum.

Schon dem Gesetzgeber Moses, der etwa um 1320 v. Chr. die Kinder Israels aus der egyptischen Gefangenschaft in das gelobte Land führte, waren eine ganze Menge von hygienisch-prophylaktischen Maßregeln bekannt, die er zu Nutz und Frommen der Kinder Israels an den verschiedensten Stellen seiner fünf Bücher (Pentateuch) niedergeschrieben und ihnen auf das Geheiß des Herrn zur gewissenhaften Befolgung an's Herz gelegt hat.

Was indessen diese gegen die Ausbreitung von Krankheiten und Seuchen gerichteten Maßregeln anlangt, so können wir wohl mit Fug und Recht annehmen, daß Moses die Kenntnisse hierüber zum großen Theil in Egypten erworben hat, da, wie HERODOT und THUCYDIDES berichten, gerade bei den Egyptern und Aethiopern zur damaligen Zeit in hygienischer und prophylaktischer Hinsicht viel geleistet worden ist.

Daher wollen wir denn zunächst einige der wichtigsten Stellen aus den fünf Büchern Moses, soweit sie die Hygiene betreffen, in den Kreis unserer Betrachtung ziehen.

Moses gibt in seinem 3. Buche, Cap. 15, eine Anzahl von prophylaktischen und therapeutischen Vorschriften an, die sowohl Mann wie Weib zu beobachten hatten, falls sie „am Fluß des Fleisches" litten. Mit einer bis zur Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ist unter diesem Uebel die Gonorrhoe zu verstehen, und der israelitische Gesetzgeber hat es verstanden, die Maßregeln zur Verhinderung der Verbreitung dieser Erkrankung mit minutiöser Genauigkeit in dem genannten Capitel anzugeben.

So soll der Flußkranke sich stets durch Waschungen reinigen; diejenigen, die ihn berühren, sollen ihre Kleider waschen und ein Bad nehmen.

Ja, die Furcht vor Ansteckung bei dieser Krankheit war so groß, daß dem Flußkranken befohlen wurde, jedes irdene Gefäß, das er berührte, zu zerbrechen und jedes hölzerne Gefäß, das er in Gebrauch gehabt habe, in Wasser zu waschen (cfr. 3. Buch Moses, Cap. 15, Vers 12).

Hinsichtlich einer anderen schlimmen Krankheit, der Lepra (Aussatz), die bei den Kindern Israels zur Zeit Mosis sehr grassirte

und auch jetzt in Palästina noch nicht ganz ausgestorben ist, hat der israelitische Gesetzgeber in seinem 3. Buche, Cap. 14, nicht nur genaue Angaben zur Diagnose derselben, sondern auch exacte Vorschriften zur Verhütung der Ausbreitung dieser Krankheit angegeben und empfohlen.

Bekanntlich hat diese Epidemie auch unseren Erdtheil zur Zeit des Mittelalters vor dem Ausbruch der Syphilis in der verheerendsten Weise heimgesucht und besonders grassirte diese Krankheit während der genannten Zeitperiode in Deutschland und Frankreich so stark, daß man auf alle erdenklichen Mittel sann, um diesem Würgengel den Garaus zu machen (Leproserien). Auf diese Bestrebungen im Mittelalter werden wir später zurückkommen.

Was übrigens das vorher citirte Capitel 14 des 3. Buches Moses anlangt, so findet man auffallender Weise hier schon — in hygienischer Hinsicht — äußerst ausführliche Vorschriften über die Reinhaltung der Häuser, resp. über Abbruch derselben, falls die Wohnungsverhältnisse den hygienischen Anforderungen der damaligen Zeit nicht mehr entsprechend waren.

Hauptsächlich richtete sich das Augenmerk des Gesetzgebers bei Abfassung der baupolizeilichen Verordnungen auf das Auftreten des Ausschlages — oder Hausschwammes [1]), wie man heutzutage sagt — an den Wänden der Häuser, im Gebälk sowohl, wie im Gestein.

So sollen auf Befehl Mosis die Wände eines solchen schadhaften Hauses abgeschabt und die defecten Steine durch neue ersetzt werden. Bleibt dann der Schwamm noch in der Mauer, so soll das ganze Haus abgerissen werden u. s. w.

Bei der Lectüre dieser sanitären Vorschriften staunt man über die große Präcision, mit welcher Moses die Baupolizei-Ordnung geregelt hat, deren Handhabung den Priestern oblag, wie diese ja überhaupt zur damaligen Zeit in sanitärer Beziehung die Stelle unserer jetzigen Aerzte vertraten.

Zum Schluß dürfte es angebracht sein, darauf hinzuweisen, daß Moses sowohl bei Lepra in seinem 3. Buche, Cap. 14, Vers 4, als auch bei Hausschwamm in seinem 3. Buche, Cap. 14, Vers 49, 51 und 52, sowie an mehreren anderen Stellen als Reinigungsmittel Coccus, Cedernholz und Ysop empfiehlt, wie denn das Ysopkraut auch in religiöser Hinsicht bei den Kindern Israels eine große Rolle gespielt zu haben scheint. So heißt es im Vers 9 des 51. Psalmes im alten Testamente: Adsperges me hyssopo [2]) et mundabor, lavabis me et super nivem dealbabor (Entsündige mich mit Ysop, daß ich rein sei; wasche mich, daß ich weißer sei, als Schnee).

Im folgenden Abschnitte wollen wir nun sehen, wie andere alte Culturvölker, z. B. die Griechen und Römer, die Hygiene gepflegt und was sie auf diesem Gebiete geleistet haben, um dann die Bestrebungen in diesem Fache während des Mittelalters in den Kreis unserer Betrachtung zu ziehen.

Kleine Mittheilungen.

— Bei einer ausgebreiteten Masernepidemie in Bologna hatte BOLOGNINI, wie er in der „Pediatria" (1895, Nr. 4) mittheilt, Gelegenheit, **ein neues Frühsymptom der Morbillen** zu constatiren, dem er entschiedenen diagnostischen Werth zuschreibt. Wenn man nämlich die Kranken bei angezogenen Beinen untersucht, indem man die Bauchdecken leicht und nach und nach in der Gegend der Musculi recti eindrückt, erhält man die Empfindung, wie wenn zwei rauhe Flächen aneinander reiben würden. Die Localisation dieses Reibens ist nicht constant und oft sehr begrenzt; es zu finden, ist demnach oft sehr schwer und umso schwieriger, als eine unerläßliche Bedingung hiebei die absolute Ruhe des Kindes ist. Auffallend ist die Constanz dieses Zeichens: Unter 200 Kindern mit Masern, die daraufhin untersucht wurden, fehlte es nur 2mal. Es erscheint 24—48 Stunden vor dem Ausbruch des Exanthems. Bei gesunden oder von Masern geheilten Kindern findet sich das Symptom niemals. B. glaubt, daß es sich um peritoneales Reiben handelt, nicht etwa im Sinne einer Peritonitis, sondern im Sinne eines morbillösen Exanthems des Peritoneums analog dem Exanthem der sichtbaren Schleimhäute bei Masern und der Pleuritis syphilitica, wie sie von CHANTEMESSE in der Roseolenperiode beschrieben wurde.

— Nach Dr. J. CHÉRON („Rev. des mal. des fem.", 1895) gibt bei der **Behandlung der Fissura ani** folgendes Verfahren ein constant günstiges Resultat: Nachdem man den Sitz der Fissur constatirt hat, applicirt man auf dieselbe einen kleinen Wattetampon, der mit 5%iger, eventuell bei großer Empfindlichkeit mit 10%iger Cocainlösung getränkt ist. Nach 5 Minuten ist die totale Anästhesie eine vollkommene und man ätzt nun die Fissur mit reinem Ichthyol. Zu diesem Zwecke wird ein Glasstab in Ichthyol getaucht und man läßt von diesem 1—2 Tropfen auf die Fissur fallen. Diese Procedur wird durch einige Tage wiederholt. Am 4. oder 5. Tage kann man nach Application des Cocainbausches den Anus leicht dilatiren, die Fissur in ihrer ganzen Länge überblicken und mit Ichthyol touchiren. In dem Maße, als die Vernarbung fortschreitet, gelingt die Dilatation immer leichter und man kann auf diese Weise nach und nach die Sphinctercontractur beheben, die so oft alte Fissuren complicirt. Auf diese Weise kommen frische Fissuren in circa 15 Sitzungen zur Heilung; bei alten Fissuren mit callösen Rändern bedarf es einer längeren Behandlung, die aber selten mehr als 20 Sitzungen erheischt.

— Dr. GENARIO (Frankfurt a. M.) hat die Gruppe der Antithermica und Antineuralgica um ein neues Mittel bereichert, welches den Namen **Citrophen** erhalten hat und welches, wie derselbe in der „D. med. Wochenschr." (1895, Nr. 26) ausführt, gegenüber den anderen hieher gehörigen Mitteln gewisse Vorzüge besitzen soll. Das vom Chemiker Dr. J. ROOS dargestellte und von B. in die Therapie eingeführte Citrophen ist eine Verbindung der Citronensäure mit dem p.-Phenetidin. Da die Citronensäure eine dreibasische Säure ist, so sind 3 Phenetidingruppen zu ihrer Sättigung nöthig, und es sind in Folge dessen 2 Phenetidingruppen mehr im Citrophenmolecül enthalten, als in dem des Phenacetins und Lactophenins. Da aber die temperatur-herabsetzende und schmerzstillende Wirkung als durch die Phenetidingruppe bedingt erwiesen ist, so ist theoretisch das Citrophen den übrigen Phenetidinverbindungen um das Zweifache überlegen. Citrophen ist ein weißes, nach Citronensäure schmeckendes Pulver, das noch lange nach dem Gebrauche im Munde den angenehm erfrischenden Geschmack der Citronensäure zurückläßt. Es ist in circa 90 Theilen kalten, in 50 Theilen siedenden Wassers leicht löslich, kann also in Solution und subcutan sehr gut gegeben werden, ein entschiedener Vorzug vor dem Phenacetin und Lactophenin. Thierversuche haben die vollständige Ungefährlichkeit des Mittels ergeben. Einzeldosen von 2·0, welche B. selbst nahm, wurden ohne Beschwerden und Folgen vertragen. Was die Anwendung in Krankheitsfällen betrifft, wurde das Citrophen in Dosen von 0·5—1·0 in 7 Typhusfällen gegeben. Das Mittel hatte eine bedeutende Temperaturherabsetzung zur Folge (um 2—3°), die Kranken zeigten Euphorie und keinerlei üble Nebenwirkungen. Auch kommt dem Citrophen eine ausgesprochene sedative und wegen des Gehaltes an Citronensäure erfrischende Wirkung zu. Sehr günstig wurde das Fieber bei Phthisikern beeinflußt. Bei Fällen von fieberhaften Magenaffectionen wurde sowohl die Temperatur, als auch die Schmerzhaftigkeit günstig beeinflußt. Endlich leistet das Citrophen sehr gute Dienste bei Migräne und Neuralgien in Dosen von 0·5 und noch weniger. Nachdem selbst Tagesdosen von 6·0 und mehr vertragen werden, kann man mit größeren Einzelgaben entschieden noch bessere Resultate erzielen.

— Ueber einen **Fall von Erythropsie** in Folge von starker Erregung des Nervensystemes berichtet Dr. L. HILBERT in Sensburg (Memorabilien, 1895, 3. Heft). Genuines Rothsehen entsteht meist in Folge centraler Erregung des Nervensystems. Der von H. beobachtete Fall war für diese Entstehungsursache ein classischer. Eine 63jährige hysterische Frau bemerkte nach einer starken psychischen Alteration, daß ihr alle Gegenstände in feurigem Roth erschienen. Dieser Zustand hielt 10 Minuten an, um dann definitiv

[1]) Der Hausschwamm entsteht nach SOYKA durch einen Pilz, Merulius lacrymans (daher auch Thränenschwamm genannt). Er gehört zu den Algen, speciell zu der Gruppe der Hymenomyceten oder Hautpilze.

[2]) Hyssopus, summitates s. herba Hyssopi, das blühende Kraut von H. spicata. zu den Labiaten gehörig, enthält Gerbsäure und ein ätherisches Oel. Das Kraut sowohl wie das daraus bereitete Oel (Ysopöl) wurden früher als Excitans und Adstringens besonders bei Bronchialcatarrh, Asthma u. s. w. verwandt, sind jetzt aber bei uns ganz obsolet.

und für immer zu verschwinden; andere hysterische Erscheinungen traten nicht auf. Die Erscheinung stellt nach Ansicht H.'s einen larvirten hysterischen Anfall dar und ist in Folge dieser Thatsache so recht geeignet, die genuine Erythropsie als centrale Erscheinung zu erhärten. Die relativ kurze Zeit des Anfalles glaubt H. in folgender Weise erklären zu können: Die das Nervensystem erschütternde Nachricht bewirkte statt des gewöhnlichen hysterischen Anfalles einen Anfall von Rothsehen; diese neue, dem Individuum noch unbekannte Erscheinung lenkte die Aufmerksamkeit vom ursprünglichen Reize ab und auf diese neue Erscheinung hin; in Folge dessen blaßte die primäre Erregung ab und die Erythropsie verschwand in verhältnißmäßig kurzer Zeit.

— Einen Beitrag **zur Frage des angeborenen Hochstandes des Schulterblattes** bringt Prof. KÖLLIKER (Leipzig) in einer kurzen Mittheilung im „Centralblatt für Chirurgie" (1895, Nr. 27). Gelegentlich einer früheren Publication berichtete K. über 2 Beobachtungen von angeborener Verschiebung des Schulterblattes nach oben, welche durch Exostosenbildung am oberen medianen Schulterblattwinkel verursacht war. Ein dritter, kürzlich beobachteter, analoger Fall wurde mit Resection der Exostose behandelt. Allerdings fand sich bei der Operation, daß die vermeintliche Exostose der Schulterblattwinkel selbst war. Der innere obere Schulterblattwinkel war etwas länger als normal und nach vorn umgebogen, so daß er leicht eine nach dem Schlüsselbein hin gekrümmte Exostose vortäuschen konnte. Nach der Resection des Knochens ließ sich sofort das Schulterblatt um ein beträchtliches Stück nach unten schieben. Nach dieser Erfahrung ist K. der Ansicht, daß es sich auch in den beiden ersten Fällen nicht um eine das Schulterblatt fixirende Exostose, sondern um den bedeutend verlängerten und nach vorn umgebogenen oberen Schulterblattwinkel gehandelt hat. Bezüglich der Aetiologie des Leidens stimmt K. der von SPRENGEL ausgesprochenen Ansicht bei, wonach das Leiden auf eine bei zu geringer Fruchtwassermenge durch die Uteruswandungen erzwungene Verdrängung des Armes nach hinten zurückzuführen ist. Die Verbildung des Schulterblattwinkels ist erst secundärer Natur.

— Ueber die **durch Extr. filicis maris. aeth. verursachte Amaurose** hat MASIUS in Brüssel, wie er der Acad. de médec. de Belgique in der Sitzung vom 29. v. M. mittheilte, Thierversuche angestellt, nachdem er in 2 Fällen, bei welchen er wegen Ankylostomen 8·0—10·0 des Extractes an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen gegeben hatte, eine mehr oder weniger vollständige Amaurose beobachtet hatte. Von 4 Hunden, welchen das Extract verabreicht worden war, boten zwei nach kurzer Zeit unverkennbare Zeichen von Blindheit. Es scheint demnach, daß die bisher öfter beobachtete Amaurose nach Filix mas durch die Resorption toxischer Bestandtheile des Mittels bedingt ist.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VII.

WERTHEIM (Wien): **Ueber Cystitis gonorrhoica.**

Sowohl deutsche wie französische Autoren stehen auf dem Standpunkte, daß Blasenbeschwerden, die im Verlaufe des Trippers sehr häufig auftreten, nicht durch eine echte Cystitis bedingt sind, sondern durch eine circumscripte Entzündung am Orificium internum (Urethrocystitis FINGER). W. hatte nun in einem Falle von Vulvovaginitis bei einem 8jährigen Mädchen, an welchem ein Stuprum begangen worden war, Gelegenheit, ein Stückchen Blasenschleimhaut, welches von KOLISCHER mit Hilfe des Cystoskopes abgetragen worden war, genau zu untersuchen. Es fanden sich im Epithel große Mengen von Gonococcen. Damit war also der Nachweis erbracht, daß es eine echte Cystitis gonorrhoica gibt; noch interessanter war der Befund von Capillaren, die mit Gonococcen vollgepfropft waren. Im Zusammenhalte damit, daß das Mädchen auch Gelenksmetastasen aufwies, gibt dieser Befund eine Aufklärung, wie die Gonococcen in's Blut gelangen: entweder auf dem Wege der Lymphgefäße oder durch directen Einbruch in die Blutgefäße. Das letztere muß für den untersuchten Fall, bei dem es sich um eine Thrombophlebitis gonorrhoica gehandelt hat, angenommen werden.

SCHATZ (Rostock): **Die Entwicklung der Kraft des Uterus im Verlaufe der Geburt.**

Durch theoretische Berechnung und Versuche mit dem Tokodynamometer hat es SCH. versucht, die Entwicklung der Kraft des Uterus im Verlaufe der Geburt zahlenmäßig festzustellen. Der Druck im Uteruskörper während der maximalen Wehe steigt im Laufe der Geburt in Folge der fortschreitenden Entleerung des Uteruskörpers erheblich, u. zw. bis zu $^1/_3$ Entleerung (Kopf auf dem Beckenboden) auf das Anderthalbfache, bis zu $^1/_2$ Entleerung (bis zum Einschneiden des Kopfes) auf das Doppelte, bis zu $^5/_6$ Entleerung (bis zur bevorstehenden Austreibung der Placenta) auf das 4—5fache, bis zur vollständigen Entleerung wenigstens auf das 6fache des maximalen Wehendruckes bei Beginn der Geburt.

SÄNGER (Leipzig): **Zur Asepsis in der Bauchhöhle.**

Der Vortr. hat im Ganzen 147 Coeliotomien mit feuchter Asepsis (Soda-Kochsalzlösung) ausgeführt, und zwar mit 6 Todesfällen, darunter kein einziger an Sepsis. 3 zur Obduction gelangte Fälle lieferten den Beweis, daß sich keine Adhäsionen im Bauche gebildet hatten. Die feuchte Asepsis mit der TAVEL'schen Soda-Kochsalzlösung erscheint demnach als ein ganz ausgezeichnetes Mittel, um die Peritonealhöhle keimfrei zu erhalten und Verwachsungen zu verhüten.

STUMPF (München): **Ueber Ileus nach Laparotomie.**

Vortr. berichtet zunächst über 2 Fälle, in welchen es nach Laparotomie zu paralytischem Ileus gekommen war; beide Fälle sind genesen. Im ersten Falle, eine 42jährige Pat. mit Myoma uteri gravidi betreffend, bei welcher Darmschlingen während der Operation eine halbe Stunde, mit warmen Compressen bedeckt, freilagen, kam es unmittelbar nach der Operation zu Symptomen des Ileus, am 6. Tage zu schweren Collapserscheinungen. Da die in den Mastdarm eingegossene Flüssigkeit nicht in der ganzen Menge wieder zurückkehrte, konnte eine Resorptionsfähigkeit im unteren Darmabschnitte angenommen werden, und ST. nahm deshalb seine Zuflucht zu Nährklystieren, worauf sich die Collapserscheinungen besserten und nach wenigen Tagen colossale Mengen von Fäcalien abgingen. Nach 3 Wochen volle Reconvalescenz. Es dürfte sich um eine Circulationsstörung gehandelt haben, welche zur Lähmung führte, entweder durch den Einfluß der Luft oder durch vorher schon vorbereitete Einflüsse.

Im 2. Falle, ein Myom mit reichlichem, freien Erguß in die Bauchhöhle bei einer 34jährigen Nullipara betreffend, entwickelte sich der Ileus am 3. Tage nach der Operation. Diesen Ileus hielt ST. für entzündlicher Natur.

Zur Prophylaxe des Ileus nach Laparotomie empfiehlt ST. die gewissenhafteste Asepsis und möglichste Ausbildung der Operationsmethoden. Therapeutisch ist dort, wo eine Paralyse die Grundlage für den Ileus abgibt, ein operativer Eingriff nur schädlich. Die Wiedereröffnung des Bauches empfiehlt sich überhaupt nur für jene Fälle, wo erst nach einiger Zeit (nach einigen Wochen) Darmstenose und Ileus auftritt. Im Uebrigen wird man das Opium zur Herabsetzung der Peristaltik und Linderung der Schmerzhaftigkeit nicht entbehren können.

Discussion.

Zweifel hat bei allerstrengster trockener Asepsis und trotz vielen Eventrirens nur ein einziges Mal einen Todesfall an Ileus erlebt, 2 weitere Fälle zeigten Symptome von chronischem Ileus und wurden später durch Darmoperationen geheilt. Diese Resultate sprechen doch für die trockene Asepsis.

Freund bemerkt, daß in der letzten Zeit die Fälle von Ileus nach Laparotomien entschieden seltener geworden sind, was wohl mit der verbesserten Operationstechnik und mit dem Weglassen der Antiseptica zusammenhängt. F. hat innerhalb der letzten 5 Jahre 4 Fälle von Ileus gesehen, von denen nur einer eigentlich mit der Operation zusammenhing, in den anderen 3 Fallen betraf die Stenosirung immer eine und dieselbe Stelle im Darme, nämlich eine tiefe Stelle der Flexura sigmoida, woselbst ausgedehnte Stricturen auf Grund alter catarrhalischer Entzündungen bestanden.

Ziegenspeck hat aus einer Beobachtung, die er mittheilt, die Lehre gezogen, daß man jedesmal bei Ileus, wenn man sich zur Eröffnung der Bauchhöhle entschließt, die Operationsstelle absuchen und sie auf eventuelle Adhäsionen untersuchen solle.

Schauta verfügt über circa 1300 Coeliotomien, wovon die erste Hälfte mit feuchter, die zweite mit trockener Asepsis ausgeführt wurde. In der ersten Hälfte ereigneten sich 4 Fälle von Ileus, in der zweiten gar keiner. Gleichwohl könne man daraus nicht den Schluß ziehen, daß die trockene Asepsis den Vorzug verdiene. Es komme darauf gar nicht an, sondern nur auf das aseptische Operiren und auf die verbesserte Technik.

Skutsch glaubt gleichfalls, daß das aseptische Operiren die Hauptsache sei und theilt einen Fall von einfacher Ovariotomie mit, bei dem es zu Ileus durch Adhäsionen kam.

Sänger gesteht zu, daß je besser und gründlicher die Asepsis, desto weniger gestört die Heilung sei. Immerhin müsse man anerkennen, daß die feuchte Asepsis sozusagen ein physiologisches Verfahren sei.

Taufer hat 348 Laparotomien mit trockenem und 443 Laparotomien mit feuchtem Verfahren ausgeführt; in der 1. Serie finden sich 2, in der 2. Serie 10 „Unglücksfälle". Das spreche doch für die trockene Asepsis.

SCHAUTA (Wien): **Ueber Adnexoperationen.**

Redner weist nochmals auf die schon von ihm und anderen Autoren angeführten Thatsachen hin, daß die Dauerresultate der Adnexoperationen in einer gewissen Zahl von Fällen zu wünschen übrig lassen. Nicht viel mehr als die Hälfte aller Operirten werden dauernd von allen Beschwerden befreit. Alle anderen leiden auch nach der Operation an Fluor, Blutungen und Schmerzen, welch letztere durch Stumpfexsudate, oder durch fixirte Lageveränderungen, oder endlich in Fällen von einseitiger Operation durch Entwicklung von Adnextumoren der zurückgelassenen Seite verursacht werden. Da alle diese Beschwerden auf die Anwesenheit des Uterus zurückgeführt werden können, so ergibt sich der logische Schluß, daß der Uterus, der bei der gonorrhoischen Erkrankung der ersterkrankte Theil ist und demgemäß auch bei der längeren Dauer der Erkrankung gegenüber den Adnexen der intensiver erkrankte Theil sein muß, mit zu entfernen sei. Diesem Grundsatze trugen Diejenigen bereits Rechnung, welche die Exstirpation der Adnexa per vaginam befürworteten. In Fällen von wenig umfangreichen Adnexgeschwülsten mit geringen Verwachsungen und gut beweglichem, bis in die Vulva herabziehbarem Uterus zieht auch SCH. die vaginale Exstirpation des Uterus und der Adnexe der abdominalen vor. In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle, bei denen überhaupt die Operation indicirt ist, fanden sich jedoch bei größeren Tumoren so umfangreiche feste Verwachsungen, daß die vollständige Entfernung der Adnexe per vaginam sich in vielen Fällen als unmöglich oder doch als weit gefährlicher herausstellen würde, als die durch Coeliotomie. — Vor unvollständiger Entfernung der Adnexe warnt jedoch SCH., da in den zurückgelassenen Geweben die Gonococcen weiter ihre Wirkung äußern können. Von 30 hieher zu rechnenden Fällen von abdominaler Adnexoperation in Verbindung mit Totalexstirpation des Uterus hat Redner 2 verloren, d. i. 6·6%. Da er bei seinen letzten 246 Adnexoperationen ohne Uterusexstirpation 7·3% Mortalität aufzuweisen hat, so ergibt sich also, soweit ein Schluß aus so kleinen Zahlen möglich ist, daß die Adnexoperation mit Totalexstirpation des Uterus nicht wesentlich gefährlicher ist, als die Adnexoperation allein. Die Dauerresultate sind aber nach totaler Adnexexstirpation wesentlich besser, indem ja selbstverständlich Blutungen, Fluor, Lageveränderungen mit ihren Folgen nicht weiter beobachtet werden können und Stumpfexsudate bis jetzt in keinem einzigen Falle aufgetreten sind, während sie in den Fällen der früheren Zeit, in denen nur die Adnexa allein entfernt wurden, gewöhnlich schon bald nach der Operation, noch während der Reconvalescenz, nachweisbar waren. — Redner empfiehlt also auf Grund dieser Erfahrungen bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen jedesmal den Uterus mitzuentfernen und legt auf die vollständige Entfernung der beiderseitigen Adnexe großes Gewicht, was besonders für diejenigen Fälle, in denen die Operation per vaginam ausgeführt wird, nachdrücklich zu betonen ist.

Discussion.

Fritsch wendet dieselbe Methode auch bei malignen Ovarialgeschwülsten an.

Landau glaubt, daß diejenigen Frauen, welchen auch der Uterus mit exstirpirt wurde, ein günstigeres Los haben, gleichgiltig, ob es sich um Gonorrhoe oder Streptococceninfection handle; für ihn komme nur der grobe anatomische Befund in Betracht.

v. Herff gibt an, daß die Dauerresultate des Hallenser Materials nicht sehr günstig waren. Am besten befanden sich jene Frauen, bei denen die Menopause am raschesten eingetreten war.

Ba.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

X.

TILLMANNS (Leipzig): **Ueber die Aetiologie und Histogenese des Carcinoms.**

Redner beleuchtet kritisch die verschiedenen, in neuester Zeit aufgestellten Hypothesen über die Entstehung des Carcinoms und seine histogenetische Entwicklung und stellt sich schließlich ganz auf den Boden der von THIERSCH-WALDEYER vertretenen Anschauung, daß das Carcinom eine atypische destruirende Wucherung von Epithelien im entzündlichen Bindegewebe darstellt, welche in Folge ihrer Weiterverbreitung auf dem Wege der Lymphbahnen die Kranken durch allmälige Intoxication tödtet.

Allgemeine Uebereinstimmung besteht bezüglich der für die Entstehung des Carcinoms prädisponirenden Momente. Vor Allem wird die Affection veranlaßt durch länger andauernde traumatische, chemische, thermische, mechanische Reize. Die im höheren Alter an verschiedenen Körperstellen vorhandenen Zellveränderungen führen unter der Einwirkung von Insulten leicht zu Carcinom. Besonders begünstigt wird die Carcinombildung durch den Tabak- und Alkoholgenuß (unter 100 Zungencarcinomen betreffen 97 Männer, 3 Frauen). Beim Tabak kommt offenbar der zur Veredelung des Krautes angewendeten Beize eine ätiologische Bedeutung zu. Der Einfluß der Traumen wird durch die Thatsache bestätigt, daß das primäre Carcinom der Gallenblase fast ausschließlich bei gleichzeitig bestehenden Gallensteinen, die zu Entzündung und Verletzung führen, beobachtet wird. Die Narbencarcinome sprechen für die Entstehung auf tuberculöser und syphilitischer Grundlage. Bezüglich der Prädisposition durch Heredität verweist Redner auf die Mittheilung von BROCA, nach welcher von 36 Abkömmlingen einer an Carcinom der Mamma verstorbenen Frau 15 an Carcinom erkrankten, und zwar 10 an Carcinom der Mamma. Nicht minder von Bedeutung für die Prädisposition sind Geschlecht, Race und Constitution. Englische Autoren haben in neuerer Zeit auf den übermäßigen Fleischgenuß als prädisponirend hingewiesen. Ueberraschend ist die sicher festgestellte starke Zunahme des Carcinoms in Europa und Amerika, wo viermal mehr Personen als früher an Carinom zu Grunde gehen.

GEISSLER (Berlin) demonstrirt Präparate einer gelungenen Carcinomübertragung beim Hunde.

In der Discussion erklären **Hansemann** und **Israel** (Berlin) auf Grund der mikroskopischen Präparate die zur Entwicklung gekommenen Geschwülste nicht für Carcinom, sondern für Granulationsgewebe. Nach ISRAEL gibt es überhaupt kein echtes Carcinom bei Hunden, sondern nur Cancroid, eine Behauptung, welcher **Wehr** (Lemberg) entschieden widerspricht, da er vor 4 Jahren ein typisches primäres Epithelialcarcinom bei einem Hunde vorgestellt hat.

Rosenbach (Göttingen) ist ebenfalls die Transplantation von malignem Sarkom in die Bauchhöhle einer Ratte gelungen.

Czerny (Heidelberg) fordert die Hausärzte auf, bei den in den Familien vorkommenden Fällen von Carcinom darauf zu achten, ob nicht Heredität und Zusammenwohnen einen bestimmten Einfluß auf die Entstehung des Carcinoms haben.

FRIEDRICH (Leipzig): **Heilversuche mit Bacteriengiften bei inoperablen bösartigen Neubildungen.**

In 17 schweren Fällen von bösartigen Neubildungen mit ausgedehnten Metastasen, und zwar 13 Carcinomen und 4 Sarkomen, hat Redner genau nach Vorschrift von COLEY dargestellte Streptococcengifte ohne besonderen Erfolg injicirt und kommt in Folge dessen zu dem Schluß, daß beim Carcinom die COLEY'sche Behandlungsmethode nicht verwerthbar ist. In Bezug auf das Sarkom sind weitere Untersuchungen geboten.

Discussion.

Lauenstein (Hamburg) hat in einem Falle von Epithelialkrebs ebenfalls zahlreiche Einspritzungen bis in die Tiefe des Tumors ohne die geringste Veränderung desselben vorgenommen.

Lassar (Berlin) verweist auf eine von ihm vor mehreren Jahren veröffentlichte Beobachtung, daß eine Rückbildung flacher Hautkrebse in Folge

von innerlicher und subcutaner Darreichung von Solutio Fowleri stattfindet. Die Narben waren noch nach $2^1/_2$ Jahren weich und glatt, die Heilung der Epitheliome also eine vollkommene.

v. Bergmann (Berlin): Es gibt eine Menge Talgdrüsenadenome, welche den Eindruck von Carcinomen machen, wie der vorgestellte Fall beweist. Die von LASSAR in der Berliner medicinischen Gesellschaft als geheilt vorgestellten Fälle sind sehr bald mit Carcinomrecidiven in die chirurgische Klinik gekommen und dort erfolgreich operirt worden.

Kocher (Bern) hat von den Injectionen von Streptococcencultur und dem Gebrauch von Arsenik nur einen vorübergehenden Erfolg beobachtet, indem sehr bald wieder Recidive eintraten.

König (Göttingen): Die ganze Form der Geschwülste, sowie die Art des Wachsthums charakterisirt sie als von den Drüsen ausgehende Adenome und differenzirt sie völlig vom epithelialen Carcinom. Würden derartige Berichte, daß das Carcinom durch innerliche Mittel zur Heilung gebracht werden könne, erst in's Publicum dringen, so würden die erst allzu spät kommenden Fälle sich bald recht beträchtlich vermehren.

Nicoladoni (Innsbruck) berichtet über einen Fall von Rhinosklerom, der durch ein nach einer Operation eingetretenes Erysipel zur Heilung kam.

Krönlein (Zürich) fürchtet ebenfalls von der Veröffentlichung solcher scheinbarer Heilungen recht ungünstige Folgen. Auch er berichtet über einen sehr beschleunigten Todesfall einer wegen inoperablen Beckensarkoms mit Injectionen behandelten Patientin.

Lassar hat sich von praktischen Folgerungen seiner Therapie ganz ferngehalten und betont das rein wissenschaftliche Interesse der Frage, ob Tumoren von epithelialer Natur durch Behandlung mit Arsen zurückgehen.

—r.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 12. Juni 1895.

(Schluß.)

Dr. FREY demonstrirt einen Fall von **traumatischer JACKSON-scher Epilepsie**, bei welchem die **Trepanation** mit günstigem Erfolge gemacht wurde.

Die Anamnese ergibt: Pat. erhielt am 3. December 1894 bei einer Rauferei mit einem Stocke Schläge über die linke Schädelhälfte. Darauf Bewußtlosigkeit, welche 4—5 Tage anhielt, Erbrechen.

Vier Tage nachher trat vollständige Aphasie ein, die etwa 2 Wochen andauerte. Nach Ablauf dieser Zeit lernte Pat. wieder sprechen in der Art, daß seine Frau ihm die Worte vorsprach und Pat. dieselben nachsagte.

Am 29. Januar verließ Pat. das Bett. Er bemerkte aber, daß er jetzt anders sei als früher. Sein Benehmen war viel träger, die Sprache verlangsamt, andauernder Kopfschmerz. So oft sich Pat. bückte, Schwindelgefühl, Gefühl von Ziehen und Ameisenlaufen in der rechten oberen Extremität und der rechten Nackenhälfte.

Am 19. März wurde Pat. plötzlich ohne nachweisbare Ursache bewußtlos. Ob er Krämpfe in den Extremitäten hat, weiß er nicht anzugeben. Die Anfälle wiederholten sich bis 30. März, dem Tage der Aufnahme auf die Abtheilung von Prof. v. MOSETIG.

Status praesens: Am vorderen unteren Winkel des linken Scheitelbeines eine muldenförmige Depression des Knochens, circa 4 Cm. im Längsdurchmesser, 2 Cm. im Querdurchmesser. Druck auf diese schmerzhaft. Klage über Kopfschmerz, Gefühl von Ziehen und Ameisenlaufen in der rechten Nackenhälfte und rechten oberen Extremität. Sprache des Pat. verlangsamt. Gehirnnerven nicht afficirt.

Während des Spitalsaufenthaltes hatte Pat. keinen Anfall, er drängt jedoch, da er von den Kopfschmerzen gequält wird, zur Operation.

Die Trepanation wurde am 10. Mai von Prof. v. MOSETIG vorgenommen. Es wurde ein Lappen, der die Weichtheile sammt Periost über der Depression enthielt, zurückgeschlagen. Nun zeigte es sich, daß diese thatsächlich größer sei, als es ursprünglich den Anschein hatte.

Die Depression griff auf die benachbarten Theile des Stirnbeines über und zeigte 6 Cm. im Längendurchmesser, 4 Cm. im Querdurchmesser. Es wurde diese ganze Knochenpartie mit dem Meißel ausgestemmt und sah man die Gehirnoberfläche eingesunken. Das Gehirn hob sich sofort nach Entfernung des Knochens bis auf das normale Niveau. Drainage. Naht.

Die Kopfschmerzen, das Ziehen in der oberen Extremität und Nacken rechts dauern, wenngleich in schwächerem Grade, durch drei Wochen an.

Heute ist Pat. von seinen Beschwerden vollkommen befreit, seine Sprache ist ungehindert, seine Stimmung ist lebhaft, und wenngleich man heute wegen der kurzen Zeit nach der Operation von Heilung noch nicht sprechen kann, so hatte zweifellos die Operation eine auffallende Besserung zur Folge.

Dr. HERMANN SCHLESINGER demonstrirt aus der Klinik Prof. SCHRÖTTER einen 30jährigen Mann, bei welchem wegen **JACKSON-scher Epilepsie** die **Trepanation** vorgenommen wurde.

Pat. stürzte vor 4 Jahren auf das Hinterhaupt; nachfolgende Bewußtlosigkeit. Erst ein halbes Jahr später aus Anlaß einer psychischen Emotion Auftreten von Krämpfen im Bereiche der linken Körperhälfte bei vollkommen erhaltenem Bewußtsein. Dieselben schwanden spontan, kehrten aber nach einem Jahre wieder. Damals konnte Vortr. den Kranken durch längere Zeit an der Klinik SCHRÖTTER beobachten. Es bestand linksseitige Parese. Es traten in der gelähmten Körperhälfte, in der Handmusculatur beginnend, sehr gehäufte Krampfanfälle auf, welche auf die Musculatur des Armes, der Schulter, des linken Beines und der linken Gesichtshälfte ausstrahlten. Ende eines Anfalles in der Regel mit Laryngospasmus. Das Sensorium war stets frei. Augenhintergrund normal. Die Anfälle gingen auf hohe Bromgaben zurück und blieben durch zwei Jahre aus. Im Beginne dieses Jahres stellten sich quälende Kopfschmerzen, Parästhesien in der linken Körperhälfte ein, nach einer heftigen Erregung traten abermals typische Krampfanfälle (links) auf und die linksseitigen Extremitäten wurden neuerlich gelähmt.

Die Untersuchung ergab außer Störungen der Intelligenz und der Sprache diesmal ausgesprochene Stauungspapille. Da die Zahl der Anfälle auf 200 täglich gestiegen war, wurde die Operation vorgenommen, trotzdem die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Tumor in der Gegend der Centralwindungen lauten mußte und ein völlig befriedigender Heilerfolg nicht zu erwarten stand.

Dr. EWALD nahm die Trepanation vor; es prolabirte sofort Hirn in außerordentlichem Maße; eine Entscheidung, ob in den vorgefallenen Hirnpartien ein infiltrirtes Gliom sitze, konnte begreiflicher Weise nicht getroffen werden. Ueber den etwa faustgroßen Prolaps wurde die Haut zusammengenäht. Man fühlt die Hirnpulsationen unter der Haut gegenwärtig sehr deutlich.

Trotzdem keine Hirnpartie abgetragen wurde, gingen dennoch die meisten Erscheinungen zurück. Die linke Parese wurde besser, die Stauungspapille bildete sich zurück, die Krämpfe verschwanden völlig, ebenso die subjectiven Beschwerden. Die Besserung hält zur Zeit der Demonstration (7 Wochen nach der Operation) noch an. Der Erfolg ist relativ befriedigend.

Vortr. hebt zwei Punkte noch besonders hervor: Bei der Operation wurde versucht, mittelst Reizung der Hirnrinde Muskelcontractionen zu erzielen. Es konnten aber nur mit starken Strömen Zuckungen, und zwar der Musculatur des rechten Armes bei Reizung der rechtsseitigen Centralwindungen hervorgerufen werden, während die linksseitigen Extremitäten ruhig blieben. SCH. erklärt dies durch Stromschleifen bei leitungsunfähig gewordenen Bahnen der rechten Hemisphäre.

Ein anderes interessantes Verhalten ist das Auftreten von hochgradigen Muskelatrophien in den gelähmten Extremitäten, welche sich sehr rasch entwickelten und besonders die kleine Hand- und Schultergürtelmusculatur betreffen. Da man in Folge der gehäuften Krampfanfälle nicht von Inactivitätshypertrophie sprechen kann, so handelt es sich hier um cerebrale Muskelatrophien.

Discussion.

Docent Dr. Königstein bemerkt, daß die Stauungspapille zurückgehen mußte, sobald der intracranielle Druck sank.

Dr. Biedl: Wie waren die Ströme und die Zuckungen in der Narkose?

Dr. Schlesinger: Die Stromstärke wurde gesteigert und die Zuckungen betrafen ganze Muskelgruppen.

Dr. Biedl: Das weist entschieden auf Stromschleifen hin. Rechts bestand eine Erkrankung der motorischen Sphäre und die Degeneration setzte sich durch die rechtsseitige Pyramidenbahn fort; daher die linksseitige Lähmung. Wurde rechts stark gereizt, so gingen Stromschleifen auf die linke Hemisphäre, daher die Zuckungen der rechten Extremitäten.

Notizen.

Wien, 20. Juli 1895.

Die Reorganisation des Sanitätsdienstes in Oesterreich.

Der vom Minister des Innern in dieser Woche dem Abgeordnetenhause vorgelegte Gesetzentwurf, den Sanitätsdienst bei den Bezirkshauptmannschaften und bei den politischen Landesbehörden betreffend, hat folgenden Wortlaut:

§ 1. Für den Sanitätsdienst bei den Bezirkshauptmannschaften, sowie zur hilfsärztlichen Dienstleistung bei den politischen Landesbehörden werden Sanitätsconcipisten in der X., Bezirksärzte in der IX. und Bezirksoberärzte in der VIII. der durch das Gesetz vom 15 April 1873 für Staatsbeamte festgesetzten Rangsclassen bestellt.

§ 2. Die Einreihung in diese Rangsclassen hat in der Art stattzufinden, daß von der für jedes Verwaltungsgebiet systemisirten Gesammtzahl der im § 1 genannten Amtsärzte in der Regel ein Fünftel der X., drei Fünftel der IX. und ein Fünftel der VIII. Rangsclasse angehören. Die Besetzung der Stellen der X. und VIII. Rangsclasse findet in der Regel durch Ernennung im Concurswege, jene der IX. Rangsclasse in der Regel durch Vorrückung aus der X. Rangsclasse statt.

§ 3. Dem Landeschef steht zu, die Amtsärzte aller drei Rangsclassen zu den Bezirkshauptmannschaften oder zu der politischen Landesbehörde gegen Zugestehung der normalmäßigen Uebersiedlungsgebühren zu versetzen.

§ 4. Zur Heranziehung eines geeigneten Nachwuchses und zur Verwendung als Hilfspersonale im staatlichen Sanitätsdienste bei den politischen Landes- und Bezirksärzten können Sanitätsassistenten mit und ohne Adjuten bestellt werden. Die Zahl der Adjuten darf in der Regel die Hälfte der Anzahl der Sanitätsconcipisten nicht überschreiten. Im Uebrigen haben hinsichtlich der Sanitätsassistenten die für Conceptspraktikanten bei den politischen Behörden bestehenden Vorschriften Anwendung zu finden.

§ 5. Bei den politischen Landesbehörden, deren Geschäftsumfang in Sanitätsangelegenheiten zu groß ist, als daß der Landes-Sanitätsreferent den ihm überwiesenen dienstlichen Obliegenheiten, insbesondere in Bezug auf die persönliche Ueberwachung und Inspicirung der sanitären Verhältnisse seines Amtsgebietes entsprechend nachkommen könnte, sind besonders qualificirte Amtsärzte als Landes-Sanitätsinspectoren mit der VII. Rangsclasse zu bestellen. Zur Zeit außergewöhnlicher Bedrohung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch pandemische Infectionskrankheiten sind in den bedrohten Verwaltungsgebieten nach Maßgabe des unmittelbaren Bedarfes für die Dauer der Gefahr geeignete Bezirksoberärzte aushilfsweise als inspicirende Amtsärzte zu bestellen und ist ihnen für die Dauer dieser ausnahmsweisen Verwendung die Stellung von Landes-Sanitätsinspectoren provisorisch einzuräumen. Der Minister des Innern ist ermächtigt, Landes-Sanitätsinspectoren und inspicirende Amtsärzte eines Verwaltungsgebietes ausnahmsweise zu besonderen fachlichen Erhebungen außerhalb ihres regelmäßigen Amtsgebietes, insbesondere in Verwaltungsgebieten, in denen keine Landes-Sanitätsinspectoren bestellt sind, zu verwenden.

§ 6. Die Bestimmungen dieses Gesetzes treten mit dem 1. Juni 1896 in Kraft und werden mit diesem Zeitpunkte die mit demselben nicht im Einklange stehenden Bestimmungen der Gesetze vom 30. April 1870 und vom 24. November 1876 außer Wirksamkeit gesetzt.

Dieser Gesetzentwurf erscheint zunächst geeignet, die Regulirung der Rangsverhältnisse der landesfürstlichen Amtsärzte endlich perfect zu machen, welche bisher weit ungünstiger waren, als die der anderen Kategorien des politischen Beamtenstandes. Während bisher die l. f. Bezirksärzte zu drei Fünftel in die X. und zu zwei Fünftel in die IX. Rangsclasse eingetheilt waren und ein Avancement in eine höhere Rangsclasse so gut wie ausgeschlossen erschien, soll nach dem Gesetzentwurf die Hauptstärke des amtsärztlichen Personalstatus in der IX. Rangsclasse liegen, welche drei Fünftel des Personalstandes umfaßt, und aus welcher, der Qualification entsprechend, die Ernennung für die nächst höhere Rangstufe erfolgt, welch letztere ein Fünftel des Personalstandes ausmachen soll. Ein Fünftel sollen auch die in die X. Rangsclasse eingereihten Sanitätsconcipisten betragen. Die auch jetzt schon activirten Sanitätsassistentenstellen sollen erhalten bleiben, die Zahl der Adjuten aber auf die halbe Anzahl der Sanitätsconcipistenstellen vermindert werden.

Darnach würde sich der ärztliche Personalstatus bei den politischen Landes- und Bezirksbehörden in folgender Weise gestalten:

Sanitätsreferenten	VI. Rangsclasse	14	(bisher 14)
Sanitätsinspectoren	VII. „	7	(„ —)
Bezirksoberärzte	VIII. „	69	(„ —)
Bezirksärzte	IX. „	206	(„ 134)
Sanitätsconcipisten	X. „	68	(„ 206)
	in Summa	364	(bisher 354)
	hiezu Sanitätsassistenten	20	(„ 26)
		384	(bisher 380)

Als ein vollkommenes Novum erscheint das Institut der „Sanitätsinspectoren“. Sie sollen den Landes-Sanitätsreferenten in den größeren Verwaltungsgebieten, in welchen letztere der Obliegenheit der persönlichen Nachschau und Intervention nicht genügend nachkommen können, zu diesem Zwecke an die Seite gegeben werden. Es ist zunächst die Bestellung von 7 Sanitätsinspectoren in Aussicht genommen, von denen je 2 für Galizien und Böhmen, je 1 für Niederösterreich, Mähren und Steiermark ernannt werden sollen. In den kleinen Ländern soll jedem Sanitätsreferenten mindestens ein Sanitätsconcipist beigegeben werden. Den durch das neue Statut bedingten jährlichen Mehraufwand schlägt der Gesetzentwurf mit 50.000 fl. an.

(Gegen den Mißbrauch der unentgeltlichen Ordinationen.) Das seitens der Wiener Aerztekammer zum Beschluß erhobene Referat über den Mißbrauch der unentgeltlichen Ordinationen an Kliniken und Ambulatorien hat nicht verfehlt, in den Kreisen der praktischen Aerzte freudigste Sympathie zu finden. Gleichwohl fehlt es nicht an Stimmen, die, kritisirend und nörgelnd dem Referate von vornherein den Boden zu entziehen suchen. Man greift das vom besten Willen getragene Elaborat an seiner in der That schwächsten Stelle an, an jener nämlich, die da von den „Classenzimmern“ handelt. Wir haben bereits in der letzten Nummer Gelegenheit genommen, unseren Standpunkt in dieser Frage dahin zu präcisiren, daß der Schwerpunkt der geplanten Action lediglich auf die Durchführung der Beschränkung der unentgeltlichen Ordinationen an Bemittelte zu legen sei. Es ist übrigens nicht uninteressant, zu erfahren, was ein College aus dem Reiche jüngst über denselben Gegenstand in der „D. Med. Wochenschr.“ geschrieben hat. J. SCHWALBE berechnet, daß die jetzt in Berlin durch Polikliniken (wozu selbstverständlich in erster Reihe die Ambulatorien der königlichen und öffentlichen Krankenhäuser gehören) gratis behandelten Krankheitsfälle pro anno auf etwa 300.000 zu schätzen sein dürften. Nimmt man für jeden Krankheitsfall eine durchschnittlich 10malige Behandlung an — mit Hinblick auf die lange Cur der Haut-, Augen-, Ohren-, chirurgischen Kranken wohl nicht zu viel — so ergeben sich 3 Millionen Behandlungstage, die bei einem Honorarsatz von nur 30 Pfg. einer Summe von 900.000 Mark entsprechen, welche in erster Linie den praktischen Aerzten verloren geht. Allerdings steht das Privat-Poliklinikwesen in Berlin in einer erschreckend üppigen Blüthe. Gleichwohl kommt ihr Ambulantenmaterial gegenüber dem der königlichen Polikliniken in Berlin und gar gegenüber dem unserer öffentlichen Krankenhäuser, resp. Kliniken kaum in Betracht. Daß eine erhebliche Reduction des Materials auf die Verwerthbarkeit desselben zu didactischen Zwecken nur günstig einwirken würde, darin können wir SCHWALBE nur vollends recht geben. „Die Materie des Poliklinikenwesens“ — und diese deckt sich bezüglich der unentgeltlichen Ordinationen gänzlich mit dem der Aerztekammer vorgelegenen Gegenstand — „muß, wie SCHWALBE meint, in die Tagesordnung der Aerztekammern wieder aufgenommen werden und darf nicht eher von derselben verschwinden, als bis eine wirksame Abhilfe für diesen Krebsschaden der großstädtischen Aerzteschaft gefunden ist.“ Wahrlich, wir praktischen Aerzte und die Aerztekammern an unserer Spitze gehen einem schweren Kampfe entgegen, aber er muß und wird durchgekämpft werden zu einem gedeihlichen Ende.

(Universitätsnachrichten.) Der ordentliche Professor der Chirurgie an der Innsbrucker Universität Hofrath Dr. C. NICOLADONI ist in gleicher Eigenschaft an die Grazer Hochschule an Stelle WÖLFLER's berufen worden. — Zum Rector der deutschen

Universität in Prag wurde für das kommende Schuljahr der Professor der medicinischen Chemie Dr. C. HUPPERT gewählt. Dr. O. FRANKENBERGER hat sich als Docent für Laryngo- und Rhinologie an der Prager czechischen Universität habilitirt.

(Die 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte) wird in der Zeit vom 16.—21. September d. J. in Lübeck abgehalten werden. In den allgemeinen Sitzungen werden u. A. sprechen: KLEBS (Basel): Ueber einige Probleme aus der Physiologie der Fortpflanzung; BEHRING (Marburg): Ueber die Heilserumfrage; RIEDEL (Jena): Ueber chirurgische Operationen am Gehirn; v. RINDFLEISCH (Würzburg): Ueber Neovitalismus; W. OSTWALD (Leipzig): Die Ueberwindung des wissenschaftlichen Materialismus. Eine stattliche Reihe von Vorträgen erscheint bereits für die Sectionssitzungen angemeldet. Außerdem wird eine Reihe gemeinsamer Sitzungen verwandter Disciplinen abgehalten werden, nachdem dieser Vorgang gelegentlich der vorjährigen Wiener Versammlung sich so außerordentlich bewährt hat. Auch für diese Sitzungen sind reichliche Anmeldungen eingelaufen. Die Theilnehmerkarten werden von jetzt an gegen Einsendung von 15 Mark von der Geschäftsstelle der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck ausgefolgt.

(Die Frage der Zulässigkeit der Frauen zum Universitätsstudium), welche in diesen Blättern im Laufe der letzten Jahre bereits sattsam ventilirt wurde und die in den letzten Tagen bei uns neuerdings actuell geworden ist, beginnt auch an anderen Orten die Oberfläche zu gewinnen. So wird uns aus Berlin mitgetheilt, daß eine vorbereitende Commission des Abgeordnetenhauses beschlossen habe, diesem zu empfehlen, „die Petitionen, soweit sie die Zulassung zu einer Reifeprüfung, zum medicinischen Studium, sowie zur Ausübung der ärztlichen Praxis an Frauen und Kindern, endlich überhaupt zu Universitätsvorlesungen und Staatsprüfungen betreffen, der königl. Staatsregierung zur Erwägung zu überweisen". In Budapest hat bezüglich derselben Angelegenheit der Unterrichtsminister den Professorenkörper der dortigen Universität zur Abgabe eines Gutachtens aufgefordert. Die philosophische und die medicinische Facultät haben bereits in entschiedener Weise für das Frauenstudium Stellung genommen. Diesen Standpunkt hat auch der Universitätssenat zu dem seinigen gemacht, indem er es für zulässig hält, daß Frauen die ärztliche oder Apothekerlaufbahn betreten. Doch sei unbedingt die vorausgegangene Maturitätsprüfung zu fordern. Nach erfolgreicher Absolvirung der Universitätsstudien sollen die Hörerinnen das Diplom als Arzt oder als Apotheker erlangen können.

(Aus Paris) schreibt man uns: Im Sitzungsbericht des Gesundheitsrathes des Seine-Departements findet sich die Mittheilung über einen Todesfall durch Antidiphtherieserum. Es handelte sich um ein 6jähriges Kind, welches an einer Angina erkrankt war, deren Natur nicht genau bestimmt werden konnte. Für alle Fälle wurde, während man auf das Resultat der bacteriologischen Untersuchung wartete, eine Präventivimpfung gemacht. Der bacteriologische Befund sprach gegen Diphtherie. Gleichwohl starb das Kind am 10. Tage nach der Injection. Ein zum Consilium herbeigerufener Arzt des Hôpital des Enfants sprach die Ansicht aus, daß das Kind höchst wahrscheinlich einer acuten, durch das Serum bedingten Vergiftung zum Opfer gefallen sei. Es wurde eine Untersuchung des Falles angeordnet, und Prof. PROUST äußerte sich in seinem Berichte, daß es wohl schwer sei, in diesem Falle das Heilserum nicht anzuschuldigen. In dem speciellen Falle wäre es wohl klüger gewesen, das Resultat der bacteriologischen Untersuchung abzuwarten; dies könne aber nicht im Allgemeinen gelten, da man gerade auf diese Weise die werthvollste Zeit versäumen könne. Eine andere Frage sei, ob die injicirte Dosis nicht zu hoch war. Das gegenwärtig vom Institut PASTEUR gelieferte Serum ist merklich wirksamer, als im Anfang. Es dürften daher in zweifelhaften Fällen 5 Ccm. genügen. Das in Rede stehende Kind hatte 10 Ccm. erhalten. „Alles in Allem, meint PROUST, scheint der Tod des Kindes wohl auf Rechnung der Seruminjection zu kommen. Es ist dies ein Malheur, aber glücklicher Weise eine seltene Ausnahme, welche die ungeheuern Vortheile der Methode nicht vergessen machen darf." Dies letzte Wort hat eine Bekräftigung durch die Thatsache erfahren, daß in der Woche vom 23.—29. Juni kein einziger Todesfall an Diphtherie in Paris vorkam, ein seit dem Bestehen des städtischen statistischen Bulletins und vielleicht, seit es eine Diphtherie in Paris gibt, noch nie dagewesenes Ereigniß.

(Aetherstrahlapparat redivivus.) Der Apostel der Sonnenäthertherapie, der bekanntlich auf unserem heimatlichen Boden erstanden, hat Schule gemacht. In München hat ein „Professor" KORSCHELT in einer Gasse, die den bezeichnenden Namen „Wurzerstraße" führt, eine „Naturheilanstalt Sonnenäther" etablirt, woselbst die famosen „Sonnenätherstrahlapparate" der leidenden Menschheit gegen gutes Geld zur Verfügung stehen. Der Ortsgesundheitsrath in Karlsruhe bezeichnet in einer officiellen Note das Ganze als einen plumpen Schwindel und warnt vor demselben. Natürlich mit Recht. Aber wer hätte gedacht, daß solch plumper Schwindel noch Nachahmer findet!

(Statistik.) Vom 7. bis inclusive 14. Juli 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6101 Personen behandelt Hievon wurden 1338 entlassen; 161 sind gestorben (10 7% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 46, egyptischer Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 17, Scharlach 65, Masern 154, Keuchhusten 82, Wundrothlauf 16, Wochenbettfieber 3, Parot. epid. 16, Influenza 1, Rötheln 2, follicull. Bindehaut-Entzündung 1. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 668 Personen gestorben (+ 37 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. FERDINAND KOCH im 72., der prakt. Arzt J. F. B. LATTERMANN im 90. Lebensjahre; in Baden bei Wien Dr. J. HOLLITSCHER; in Turnau Doctor W. LAUFBERGER; in Heidelberg der hervorragende Otiater Professor S. MOOS, im 64. Lebensjahre.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Penzoldt F. und **Stintzing R.**, Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. 19. 20. Lief. Jena 1895, G. Fischer.

Durante F., Trattato di patologia e terapia chirurg. Vol. I. Rom 1895, Dante Aighieri.

Eisenschitz S., Beiträge zur Morphologie der Sproßpilze. Wien 1895.

Bétous J., La cure de Barèges. Paris 1895, Société d'éditions scientif.

Schaefer K., Die Kost des Gesunden und Kranken. Leipzig 1895, C. G. Naumann.

Rosner K., SHAKESPEARE's Hamlet im Lichte der Neuropathologie. Berlin und Prag 1895, H. Kornfeld.

Rettig W., Neue Schulbank. Leipzig 1895, O. Schneider.

König A., Die neueren Hilfsmittel zur Diagnose und Therapie der Blasenkrankheiten. Leipzig 1895, C. G. Naumann.

Flatau S., Die Retroflexio uteri und ihre Behandlung. Leipzig 1895, C. G. Naumann.

Fröhlich W., Beitrag zur Behandlung der Mäler. Leipzig 1895, C. G. Naumann.

Landau R., Arzneiverordnungen für Krankencassenärzte. Leipzig 1895, C. G Naumann.

Steuer A., Die häufigsten Ohrenkrankheiten im Bilde. Leipzig 1895, C. G. Naumann.

Strauß A., Grundriß der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Leipzig 1895, C. G. Naumann.

Eisenhart H., Die Wechselbeziehungen zwischen internen u. gynäkologischen Erkrankungen. Stuttgart 1895, F. Enke.

Martin A., Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig 1895, E. Besold.

Ott D. v., Beiträge zur Kenntniß der ektopischen Formen der Schwangerschaft. Leipzig 1895, E. Besold.

Lange O., Schemata zum Einzeichnen ophthalmologischer Krankheitsbefunde. Braunschweig 1894, Harald Bruhn.

Schmiedeberg O., Grundriß der Arzneimittellehre. Leipzig 1895, F. C. W. Vogel.

Berenberg C., Das Nordseebad Norderney. 3. Aufl. Norden u. Norderney 1895, Herm. Braams.

Eulenburg A., Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. III., gänzlich umgearbeitete Auflage. VII. Band. Wien und Leipzig 1895, Urban und Schwarzenberg.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unsrer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Nr. 30. Sonntag den 28. Juli 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in Wien, I., **Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der medicinischen Poliklinik des Professor Dr. Martius in Rostock.

Gastroptose und Chlorose.

Untersuchungen von **C. A. Meltzing**, praktischem Arzt.

Die Chlorose ist, wie bekannt, eine im Entwicklungsalter scheinbar spontan auftretende, vorwiegend durch Herabsetzung des Hämoglobingehaltes der einzelnen rothen Blutkörperchen charakterisirte Erkrankung des weiblichen Geschlechtes.

Die Zahl der rothen Blutkörperchen ist dabei häufig wenig oder gar nicht vermindert und die Neigung zur Entwicklung kachektischer Zustände, wie solche bei perniciösen Anämien fast regelmäßig vorkommen, fehlt vollkommen. Worauf nun diese oft plötzlich auftretende und ebenso oft plötzlich und spurlos wieder verschwindende Oligochromhämie beruht, ist uns bisher völlig unbekannt. Es bestehen, wie noch jüngst v. Noorden hervorhebt, drei Möglichkeiten für das Zustandekommen derselben. Entweder liegt die Bildung des Hämoglobins darnieder, oder aber es besteht eine gesteigerte Zerstörung des bereits vorhandenen Blutrothes oder drittens können sich beide Vorgänge mit einander combiniren. Allen drei Möglichkeiten ist man auf dem Wege klinischer Forschung nachgegangen.

Zu einem sicheren Ziele hat indeß bisher keiner geführt, und alle Erklärungsversuche dieses interessanten Krankheitsbildes bewegen sich mehr oder weniger im Bereich der Hypothese. Es beruht dies wohl nicht zum mindesten darauf, daß uns außer dem die Krankheit regelmäßig begleitenden Hämoglobinmangel bisher die Kenntniß weiterer, die Chlorose constant begleitender pathologisch-anatomisch feststellbarer Veränderungen fehlte.

Alles, was darüber berichtet ist, sind mehr oder weniger zufällige Nebenbefunde.

Neuerdings hat nun E. Meinert „über einen bei gewöhnlicher Chlorose des Entwicklungsalters anscheinend constanten pathologisch-anatomischen Befund und über die klinische Bedeutung desselben" in mehreren Arbeiten [1]) ausführlich berichtet und im Anschluß daran eine, nunmehr aber anscheinend pathologisch-anatomisch gut fundirte Theorie über das Zustandekommen der Chlorose den vielen bereits bestehenden hinzugesellt.

In der vorliegenden Arbeit sind die Untersuchungsresultate Meinert's einer Nachprüfung unterzogen.

Es sei mir daher gestattet, zunächst seine Theorie in ihren Grundzügen wiederzugeben.

Meinert faßt mit Trousseau, Neusser, Krüger, Lloyd Jones die Chlorose als eine „Neurose" auf. Dieselbe kommt durch eine dauernde Zerrung des in nächster Nachbarschaft des Magens liegenden Plexus solaris und der damit verbundenen Läsion der die Blutbereitung in der Milz regulirenden Sympathicusfasern zu Stande.

Die Ursache dieser Sympathicusreizung ist ihrerseits in einer Verlagerung des Magens nach unten (Gastroptose) zu suchen, die Meinert bei allen Chlorotischen durch starke Aufblähung des Magens mittelst Kohlensäure feststellen konnte. Die Schuld für diese Ectopie des Magens trägt in erster Linie das Corset. Durch dasselbe wird die Thoraxapertur eingeengt und der Magen nach unten gedrängt. Einen gleichen Effect haben angeborene Thoraxdeformitäten, die mit dem fixirten Schnürthorax Aehnlichkeit haben, so vor Allem der lange schmale, der flache und der rachitische Thorax.

Nun hat nach Meinert nicht jede Gastroptose eine Chlorose zur Folge, — von 400 Frauen, die sicher mit einer Gastroptose seit ihren Entwicklungsjahren behaftet waren, wollte nur die Hälfte chlorotisch gewesen sein — sondern durch die Gastroptose ist nur die Krankheitsdisposition, nicht die Krankheitsursache gegeben, sie ist gleichsam „der Boden, auf welchem sich die typische Bleichsucht der Pubertätsjahre in der überwiegenden Zahl der Fälle, vielleicht in allen Fällen aufbaut".

Es wird eben durch die mit der Gastroptose verknüpfte Nervenzerrung zunächst nur ein Zustand erhöhter Reizbarkeit

[1]) Siehe das Literatur-Verzeichniß am Schlusse der Arbeit.

und Leitungsleichtigkeit des sympathischen Geflechtes geschaffen. Ausgelöst wird der Symptomencomplex der Chlorose erst durch Gelegenheitsursachen, die entweder auf rein mechanischem oder aber auf psychischem Wege die Sympathicuszerrung bis zur Ueberschreitung der Reizschwelle steigern und so zu einer „enteroptotischen Krise" führen.

Gelegenheitsursachen dieser Art sind:

I. Gemüthserregungen, namentlich deprimirende Einflüsse von längerer Dauer.

II. Hochgradige Zunahme des Eigengewichtes der prolabirten Bauchorgane. Dieselbe ist hervorgerufen:

1. Durch Blutüberfüllung, so in Folge von Erkältung, habituellem Frieren, gewissen Infectionskrankheiten wie Typhus abdominalis, acutem Gelenksrheumatismus, Dysenterie und Scharlach. Rhythmische Erschütterungen des Unterleibes, namentlich das Treten der Nähmaschine, haben analog dem GOLTZ'schen Klopfversuch den gleichen Effect. Dasselbe ist von der ersten Hälfte der Schwangerschaft, dem Beginn der Pubertätsperiode und dem Climacterium zu berichten.

2. Durch Druck in der Prolapsrichtung.

Hier ist zu nennen der starke Husten jugendlicher Phthisiker. („Die Hustenstöße theilen sich durch die gewöhnlich weit unter die Rippen hervorragende Leber der kleinen Curvatur des Magens mit und werden hiedurch zur Gelegenheitsursache einer Krise von ausgesprochen chlorotischem Charakter.") Ferner anhaltendes Sitzen, schließlich auch Berg- und Treppensteigen.

Alle diese Formen von Sympathicusreizung haben einen hervorragend intermittirenden Charakter und wirken dadurch besonders kräftig. Eine solche intermittirende Reizung bewirkt auch das Corset, weil seine Wirkung Nachts fortfällt.

Die Thatsachen, auf denen sich diese Theorie über das Zustandekommen der Chlorose aufbaut, sind folgende:

1. Die Geschichte und Geographie der Chlorose lehnt sich innig an an die Geschichte und Geographie der den Brustkorb verunstaltenden weiblichen Kleidung. Den Aerzten des Alterthums und des Mittelalters soll z. B. die Chlorose als selbstständige Krankheit völlig unbekannt geblieben sein.

2. Für die Mitleidenschaft des Plexus solaris spricht ein in der Regel dicht unter dem Processus ensiformis localisirter, oft in andere Magengebiete ausstrahlender, bei Druck sich verstärkender Schmerz. Derselbe ist nicht als Magenschmerz aufzufassen, sondern seine Localisation entspricht der bei der Gastroptose zwischen unterem Leberrand und herabgesunkener kleiner Curvatur entstandenen Lücke. Er hat seinen Sitz in dem die Vorderfläche der Bauchaorta überspinnenden Nervengeflechte.

3. MEINERT hat nie eine Chlorose beobachtet, bei der nicht auch gleichzeitig Gastroptose vorhanden gewesen ist.

Dieser letztgenannte Punkt ist der Wichtigste. Auf ihm basirt die Beweisführung MEINERT's.

Wird er widerlegt, so ist die ganze oben wiedergegebene Chlorosentheorie hinfällig und kann höchstens nur noch auf eine sehr beschränkte Anzahl von Fällen Anwendung finden.

Die von mir unter directer Aufsicht und Leitung meines verehrten Lehrers, des Herrn Prof. Dr. MARTIUS, angestellten Untersuchungen weisen nun in der That mit Bestimmtheit darauf hin, daß ein derartiger Zusammenhang zwischen Chlorose und Gastroptose nicht existirt.

Bevor ich jedoch auf dieselben genauer eingehe, ist es meiner Meinung nach unbedingt nöthig, einige Worte über den Krankheitsbegriff der Gastroptose voranzuschicken.

Nach der pathologisch-anatomischen Seite hin ist derselbe bereits von HERTZ (2) in ausreichender Weise definirt.

Nach seinen Untersuchungen ist die Gastroptose als eine Verdrängung und Formveränderung von Magentheilen, seltener des ganzen Magens, aufzufassen.

Dieselbe wird hervorgerufen durch die durch Corsetdruck deformirte Leber. Durch dieselbe kommt trotz ihrer außerordentlich verschiedenen Formation meistens zweierlei zu Stande.

Ein Magentheil — und zwar fast ausschließlich der Fundus — wird an Ort und Stelle zusammengedrängt, während der dem Epigastrium angehörende Theil des Magens nach unten oder nach der Seite hin ausweicht. Wir finden daher die kleine Curvatur bald wagerecht gestellt und dadurch Fundus und Pylorustheil winklig zu einander abgeknickt, bald bogenförmig nach unten und links hinübergedrängt.

Die Compression des Fundus hat aber auch noch häufig ein Anderes zur Folge, nämlich eine secundäre Dilatation der Pars epigastrica ventriculi. Die Ingesta sammeln sich natürlich vorwiegend an der dilatirten Stelle an und ziehen dadurch den Pylorus mehr oder weniger weit, oft bis zum Promontorium hinunter. Diese eben genannten Vorgänge — Compression, Dilatation und Verlagerung — können sich in der mannigfachsten Weise combiniren. Es kommt dadurch ein überaus buntes und mannigfaltiges anatomisches Bild zu Stande und HERTZ unterscheidet nicht weniger als 4—5 Arten von Dislocation und Formumgestaltung des Magens, die wieder noch durch zahlreiche Uebergangsformen mit einander verknüpft sind.

Von einer Gastroptose schlechthin, wie MEINERT dies thut, zu sprechen, hat darnach wenig Sinn, sondern es ist, um mehr Klarheit in das noch immerhin recht dunkle Gebiet der Gastroptosenfrage zu bringen, bei jedem einzelnen Fall genauer die Localisation und Formation des Magens und auch des unteren Leberrandes zu beschreiben.

Ueberhaupt scheint uns nach alledem der Ausdruck „Gastroptose" für das vorliegende Krankheitsbild nicht recht geeignet zu sein.

Er erweckt unwillkürlich den Eindruck, als ob es sich lediglich um ein Herabfallen (also Dislocation nach unten) des in seinen ligamentösen Verbindungen gelockerten Organes in toto handelte.

Dies kann aber schon wegen der guten Fixation der Cardia am Zwerchfell und auch aus anderen rein physikalischen Gründen nicht der Fall sein. Da es sich also mehr um eine partielle Organverlagerung oder, wenn man es so nennen will, um eine Luxation desselben aus seiner von Leber, Pancreas, linker Niere, Nebenniere und Milz gebildeten Gelenkfläche handelt, so scheint mir der Ausdruck Gastrokateixie[2]) (Kateixis = Verschiebung) geeigneter zu sein, zumal da derselbe erst nach genauerer Angabe der Art der Verlagerung verständlich wird, die Meinung des Lesers also in keiner Weise präjudicirt.

Auf noch viel größere Schwierigkeiten als bei der anatomischen Untersuchung stoßen wir bei der klinischen Feststellung der Gastroptose. Alles, was die bisher üblichen physikalischen Untersuchungsmethoden bei der Untersuchung des normalen Magens bestenfalls leisten, ist eine genaue Feststellung des Verlaufes der großen Curvatur. Ueber die von Leber, Lunge und Milz überlagerten Magentheile bleiben wir in fast allen Fällen im Unklaren. Nur die Durchleuchtung leistet insofern mehr, als durch sie meistens auch die Lage des Fundus, selbst da, wo er schon von der Lunge überdeckt ist, mit Sicherheit festzustellen ist.

Der Verlauf der großen Curvatur des functionell völlig normalen Magens ist nun aber außerordentlich großen physiologischen Schwankungen unterworfen.

Sie kann, wie wir durch Durchleuchtungsversuche an einer größeren Reihe Magengesunder feststellten (3), bis zur Symphyse hinabreichen, ohne daß auch nur die geringste motorische oder secretorische Störung vorhanden ist.

Man benöthigt daher zur Feststellung einer Gastroptose auch noch unbedingt der Kenntniß des Verlaufes der kleinen Curvatur und der Lage des Fundus. Das ist ein klinisches Postulat, an dem unter allen Umständen festgehalten werden muß.

---

[2]) Herr Prof. d. class. Philologie Dr. E. BETHE hatte die Güte, diesen Ausdruck in Vorschlag zu bringen. Derselbe ist von εἴκω = weichen abgeleitet.

Erfüllbar ist es nur dann, wenn die kleine Curvatur wirklich „wandständig" ist, das heißt, wenn sie den Bauchdecken frei anliegt. Das findet jedoch nur, wie die 33 der HERTZ'schen Abhandlung beigegebenen Abbildungen zeigen, bei besonders hochgradigen Fällen von Gastroptose statt.

Doch auch bei diesen stößt die klinische Untersuchung auf nicht unerhebliche Schwierigkeiten. Die Percussion wird hier, wo es gilt, die kleine und die große Curvatur Darmschlingen gegenüber abzugrenzen, nur in den allergünstigsten Fällen — bei völlig leerem Darm und luftgefülltem Magen — verwerthbare Resultate geben.

Nicht viel besser steht es mit der Aufblähung des Magens ad maximum durch in demselben entwickelte Kohlensäure oder Luftinsufflation. MEINERT, der sich der ersteren von beiden Methoden bei der Untersuchung seiner Kranken auf Gastroptose ausschließlich bediente, gibt zwar an, daß die Aufblähung des Magens ad maximum die einzige exacte Methode zur Feststellung seiner Lage und Gestalt sei, wir haben uns indeß bei der gleichzeitigen Anwendung dieser Methode und der Durchleuchtung nicht davon überzeugen können.

MEINERT berichtet, daß nach Darreichung von 6·0 Grm. Acid. tartaric. und 8·0 Grm. Natr. bicarb. nicht nur der Verlauf der großen Curvatur sichtbar wurde, sondern es trat auch die kleine Curvatur deutlich hervor und das selbst da, wo sie von Randpartien der Leber überlagert war.

Bei normalem Magen war dies wegen der Mächtigkeit der übergelagerten Lebertheile nicht der Fall. (Forts. folgt.)

Infection durch Schlangengift per os.

Beobachtet von **Dr. J. Hirschhorn**, k. u. k. Regimentsarzt, Commandant des Truppen-Spitales in Trawnik.

Während meines zwölfjährigen Aufenthaltes in Bosnien war ich neunmal in der Lage, Personen, welche von der hier häufig vorkommenden Kreuzotter gebissen worden waren, Hilfe zu leisten. Acht Fälle zeigten den gewöhnlichen Symptomencomplex, als: rasche Anschwellung der gebissenen Stelle unter großer Schmerzhaftigkeit, Verbreitung der Anschwellung unter livider Verfärbung der Haut über die ganze Gliedmaße, meist auch auf die eine Hälfte des Rumpfes, begleitet von Schwindel und großer Hinfälligkeit. Nur in einem Falle, bei einem Hirten, der in der Nacht im Schlafe von einer Kreuzotter in den rechten Mittelfinger gebissen wurde, war 7 Stunden später die ganze rechte obere Gliedmaße von walnuß- bis apfelgroßen, mit dunkelrother, seröser Flüssigkeit gefüllten Blasen, die ganz das Bild des Pemphigus cachecticus darboten, bedeckt.

Während gewöhnlich das Schlangengift durch Biß, also direct aus den Giftdrüsen der Schlange durch die Giftzähne in die Lymphbahnen oder in den Kreislauf des Blutes des Gebissenen übertragen wird, hatte ich in der letzten Zeit Gelegenheit, eine Infection mit Schlangengift zu beobachten, die durch Aufnahme des Giftes beim Aussaugen der Bißwunde durch eine zweite Person entstanden ist und eigenthümliche Abweichungen von dem gewöhnlichen Krankheitsbilde darbot, wie sie mir aus der einschlägigen Literatur nicht bekannt geworden sind.

Am 23. Juni v. J. wurde in Priscka, einem Dorfe an der bosnisch-dalmatinischen Grenze, die 17jährige M. B., während sie vor ihrem Hause auf einem Steine saß, von einer Kreuzotter in den rechten Zeigefinger gebissen. Gendarmerie - Postenführer Johann Gellner befand sich damals im Dorfe, kam 10 Minuten später in's Haus, legte der M. B. am Oberarme eine Binde an, massirte den Arm gegen die Finger, machte mit einem Rasirmesser an den Bißstellen des Fingers mehrere Einschnitte in die Haut und saugte endlich mit seinem Munde die Wunde aus. Während M. B. nach einer 8tägigen Krankheitsdauer vollkommen hergestellt war, trat beim Postenführer Gellner, der bis dahin stets gesund war, nach circa 10 Minuten eine schmerzhafte Schwellung der linken Unterkiefergegend ein, die sich rasch auf die ganze linke Hals- und Brustseite, sowie auf die linke obere und theilweise auch untere Gliedmaße fortsetzte. Es gesellte sich Schwindel, Ohrensausen und große Hinfälligkeit hinzu, worauf er zwei Stunden später von clonischen und tonischen Krämpfen des ganzen Körpers, vorwiegend jedoch der linken Körperseite befallen wurde. Der herbeigeholte Arzt constatirte bei dem genannten Gendarmen eine noch wunde Zahnlücke nach einem vor einigen Tagen extrahirten, linksseitigen unteren Mahlzahne, sowie Entleerung blutigen Stuhles und Urines nach dem Anfalle. Gellner verblieb bis zum 27. Juli schwerkrank in dem genannten Dorfe, worauf er in das Marodenhaus in Livno überführt wurde. Dort besserte sich sein Zustand so, daß er am 10. Juli entlassen werden konnte. Bis zum 8. August traten bei ihm nur zeitweilig ziehende Schmerzen in den Gliedmaßen der linken Seite mit Muskelzuckungen ein. Am 8. August stürzte er plötzlich unter tonischen und clonischen Krämpfen zusammen, die 3 Stunden anhielten, worauf er in einen tiefen Schlaf verfiel. Tags darauf mittelst Wagens in das Truppen-Spital nach Trawnik überführt, kam er erst am 11. hier an und wurde während eines Anfalles vom Wagen gehoben. Die Krämpfe waren sehr heftig und ließen erst nach einer Injection von 5 Ctgrm. Morph. hydrochl. nach, worauf er in einen tiefen Schlaf verfiel. G. gibt an, das Eintreten eines jeden Anfalles kurze Zeit zuvor durch ein Gefühl der Taubheit in den Gliedmaßen der linken Seite vorauszuahnen, sein Bewußtsein sei während der Anfälle niemals ganz aufgehoben, er leide dann an großen Schmerzen, worauf eine allgemeine Abgeschlagenheit mit großer Körperschwäche eintritt.

Bei den von mir zu wiederholten Malen beobachteten Anfällen wurden die nachstehenden Erscheinungen constatirt. Tonische und clonische Krämpfe des ganzen Körpers, vornehmlich jedoch der linken Seite, mitunter von einer Heftigkeit, daß 2 Wärter ihn vor Selbstbeschädigung kaum zu schützen im Stande waren, so daß mehrere Gurten am Bette verwendet werden mußten; zeitweiliges Aussetzen der Respiration und Opisthotonus. Die Pupillen beiderseits erweitert, die Perception verringert, jedoch nicht ganz aufgehoben. Die Anfälle dauerten $^1/_2$—3 Stunden und folgte auf dieselben eine in gleichem Verhältnisse zur Heftigkeit stehende größere oder geringere Körperschwäche. Regelmäßig jedoch war nach jedem Anfalle eine dunkelrothe Verfärbung der Haut der ganzen linken Körperseite zu constatiren, bedeckt mit zahlreichen ein- bis vierkreuzergroßen, über das Hautniveau erhabenen, in der Mitte hellgefärbten Efflorescenzen (Quadeln) zu sehen. Dieses der Urticaria vollkommen gleiche Exanthem, welches ohne Erhöhung der Körpertemperatur auftrat und von Jucken begleitet war, schwand nach 2—3 Stunden.

Vom 11. bis zum 18. August traten die beschriebenen Anfälle täglich, theils stärker, theils schwächer auf. Bis zum 23. August kein Anfall. An diesem Tage blos Muskelzuckungen, worauf bis zum 29. August die Anfälle sistirten. Am 30. August in der Nacht ein heftiger, 2 Stunden dauernder Anfall. Am 6., 10. u. 11. September schwere Anfälle, worauf dann bis zum 3. October ein Stillstand mit allgemeinem Wohlbefinden eintrat. Am 3., 11. u. 15. October wurden noch kurzdauernde Muskelzuckungen beobachtet und trat bis zum 31. October, dem Tage seiner Entlassung aus dem Truppenspitale, kein weiterer Anfall ein.

G. hat während seines 83tägigen Aufenthaltes im Truppen-Spitale in Trawnik 280 Grm. Kalium bromatum in Dosen zu 10 Grm. pro die mit Unterbrechungen consumirt; ob er dauernd von seinen Anfällen befreit sein wird, läßt sich derzeit freilich nicht behaupten, da das beobachtete anfallsfreie Intervall noch zu klein ist.

Bei einer Analyse des ganzen Krankheitsbildes findet man als hervorstehende Symptome die den Paroxysmen unverkennbar vorausgehende sensible Aura und die tonisch-clonischen Krämpfe, aus welchen auf eine Epilepsia gravior geschlossen werden könnte; allein es fehlt das wichtigste Symptom der Epilepsie, nämlich der vollständige Verlust des Bewußtseins. Da die Intoxication mit Schlangengift bei Gellner durch das nach einer Zahnextraction noch wunde Zahnfleisch constatirt ist, wäre ich geneigt, die Paroxysmen als toxämische Spasmen zu bezeichnen.

Aus dem k. k. Kaiser Franz Josef-Spital in Wien.

Vier Fälle von Cholera asiatica.

Von **Doc. Dr. Jos. V. Drozda,**
k. k. Primararzt, Vorstand der ersten medicinischen Abtheilung.

(Schluß.)

3. Cholera asiatica. — Tod.

T. St., Matrose, 19 Jahre alt, ledig, katholisch, aufgenommen am 24. October 1893, sub J.-Nr. 5159 auf die Cholerabereitschaft auf Pav. B.

Anamnese: Pat. soll Montag den 23. October Vormittag mit dem Schleppschiff Nr. 78 aus Budapest am Praterquai in Wien angekommen sein. Seit Dienstag den 17. October voriger Woche befand er sich auf Reisen. Er gibt an, immer gesund gewesen zu sein. In der Sonntagsnacht will derselbe ober Hainburg in die Donau gefallen sein, welchem Umstande er auch seine jetzige Erkrankung zuschreibt. Pat. mußte dann angeblich durch 24 Stunden am Steuer arbeiten; fühlte sich jedoch noch ziemlich wohl, nur klagte er über große Kälte. Montags trat leichtes Unwohlsein ein, und klagte Pat. über vollständige Appetitlosigkeit und Schwäche. Pat. bleibt trotz wiederholten Nachfragens dabei, das Schiff nicht verlassen zu haben. Um 6 Uhr Abends legte sich Pat. zu Bette und schlief bis 1 Uhr Nachts; um diese Zeit traten Symptome einer starken Magendarmentzündung auf, nämlich: sehr starkes Erbrechen, profuse Diarrhöen, Entleerung angeblich flüssiger, weißlich gefärbter Massen, auch waren unerträgliche Muskelkrämpfe vorhanden, die zuerst an den Unterextremitäten begannen, später aber auch die oberen betrafen. Großer Durst.

Status praesens (bei der Aufnahme am 24. October Früh): Mittelgroß, ziemlich kräftig gebaut, mäßig genährt. Temp. 34·8° C., Puls sehr schwach, kaum tastbar, die Arterie zart. Zunge feucht, belegt. Das Gesicht cyanotisch. Die peripheren Extremitäten kühl, continuirliche Wadenkrämpfe mit lebhafter Schmerzäußerung und immerwährender Jactation, Brechreiz. Deutliches Sklerem der Haut. Augen tief hallonirt. Percussion vorn normal. Herzdämpfung percutorisch kaum erweisbar, stark eingeengt. Reines Vesiculärathmen. Herztöne ziemlich deutlich zu hören, nur etwas matter, Systole deutlich blasend. Rückwärts normale Percussion und Auscultation. Abdomen mäßig gespannt, bei Berührung empfindlich; bei tiefem Eindringen deutliches Quatschen in weitem Umfange erweisbar. Die erbrochenen Massen deutlich gallig gefärbt, ohne sonstige Contenta.

Auf zwei Campherinjectionen, Frottirung und Tanninenteroklyse, Einwicklung in heiße Tücher Steigerung der Körpertemperatur auf 35·6° C.; bald nach der Enteroklyse trat ein exquisit reiswasserähnlicher Stuhl ein. Drei Viertelstunden später bekam Pat. eine Hypodermoklyse. An zwei Einstichöffnungen in der Bauchwand, rechts und links vom Nabel, wurde ein Liter einer Flüssigkeit aus 4 Grm. Natr. chlorat. und 3 Grm. Natr. carbon. auf 1000 Grm. Aqu. dest. sterilis. von 40° Temp. injicirt. Darauf Temperatursteigerung um 1°, Puls etwas besser tastbar, noch immer sehr schwach. Vertheilung der injicirten Flüssigkeit durch Massage, Druckverband. Bald danach mehrere flüssige Stühle und Erbrechen. Anhaltende Anurie.

11 Uhr Nachts. Temp. dauernd subnormal; Status idem. Pat. bekommt 3 Campherinjectionen. Die Dejecte wurden sofort nach ihrem Abgange in sterilisirten Fläschchen zur bacteriologischen Untersuchung eingeschickt.

25. October. Um 6 und 8 Uhr Früh je eine Stuhlentleerung.

8 Uhr Früh. Temp. 35·8° C. Puls etwas kräftiger, 114. Bei der Untersuchung ist am Manubrium sterni in ansehnlichem Umfange ein deutliches pericardiales Anstreifen erweisbar. Nach Lüftung des Verbandes findet sich keine Abhebung der Haut und vollkommen normale Beschaffenheit der Oberfläche an den Einstichöffnungen ohne jegliche Reaction in der Nachbarschaft vor. Pat. zeigte leichte Inanitionsdelirien; zeitweise Beruhigung und Schlaf. Anurie anhaltend. Blase vollkommen leer. Die Extremitäten immer cyanotisch, momentan keine Wadenkrämpfe, kein Hautsklerem vorhanden. Zunge belegt, die Haut einen deutlichen Stich in's Gelbliche zeigend. Bulbi tief liegend. Großer Durst. Singultus. In den Dejecten wurden bei der bacteriologischen Untersuchung deutlich Cholerabacillen in ansehnlicher Menge erwiesen.

7 Uhr Abends: Neuerdings Hypodermoklyse (2 Liter). Unmittelbar danach Hebung des Pulses, geringe Temperatursteigerung auf 36·7° C. Diurese hat sich eingestellt. Im Urin Spuren von Albumen. Krämpfe etwas geringer.

26. October, 8 Uhr Früh. Temp. 36° C. Puls etwas kräftiger, beschleunigt, 120. Herztöne äußerst schwach, das pericardiale Anstreifen nur an einer circumscripten Stelle vernehmbar. Entsprechend der Höhe der zweiten Rippe mit dem Inspirium ein deutliches Kratzen vernehmbar. Die Nacht ziemlich unruhig, zeitweise Schlaf. Die Hautoberfläche markant icterisch verfärbt, stärker wie gestern. Cyanose an der Peripherie markant, Zunge feucht, nicht belegt. An den Einstichöffnungen an der Bauchhaut geringfügige Röthe, im Uebrigen keine Reaction erweisbar. Gegenwärtig keine Krämpfe, Sensorium stark benommen. In der Nacht 7 flüssige, Flocken enthaltende, gallig gefärbte Stühle. Kein Erbrechen mehr. Die Leberdämpfung einen Querfinger über den Rippenbogen hinausgehend. Aetherinjectionen.

4 Uhr Nachmittags. Im Laufe des Tages zahlreiche flüssige, gallig gefärbte, fäcal riechende Stühle. Klage über Schmerzen auf der Brust und intensive Leibschmerzen. Bei der Untersuchung der Brustorgane keinerlei weitere pathologische Aenderung erweisbar. Puls und Temperatur wie früher.

Therapie: Warmes Bad (36°) mit kalten Uebergießungen, Einhüllung in warme Tücher und Frottirungen. Hierauf Temp. 36 2, Puls etwas kräftiger. Aether-Campherinjectionen. — Die Nacht etwas ruhiger, mit wiederholtem Schlaf von 1/4 Stunde. Zwei gallig gefärbte, fäculent riechende Stuhlentleerungen. Kein Erbrechen. Anurie.

27. October. Puls schwächer wie gestern, kaum tastbar; Extremitäten kühl, cyanotisch. Sensorium benommen. Bulbi tief eingesunken, Pupillen eng; Cornea matt angehaucht, Conjunctiven blaß, mit deutlich erweiterten Gefäßen. Herztöne gar nicht hörbar; nur bei der immediaten Auscultation äußerst schwache Herztöne vernehmbar. Keine Wadenkrämpfe, zeitweise Jactation. Der Icterus in Zunahme begriffen. Ad nates beiderseits eine ziemlich intensive Röthe mit theilweiser Schilferung der oberflächlichen Schichten. Auf den Einstichsöffnungen keine Reaction erweisbar. Zunge feucht, nicht belegt, ausnehmend kalt. Eigenthümlicher stechender, vom Pat. herstammender Geruch im Zimmer.

3 Uhr. Im Laufe des Tages 3 flüssige, blutige, penetrant riechende Stühle; Anurie anhaltend. Die Temperatur hat seit gestern Abends 35° nicht überschritten. Große Hinfälligkeit, Somnolenz. Pat. reagirt nur auf eindringliche Fragen mit Mühe. Kein Erbrechen mehr, keine Wadenkrämpfe. Die Herztöne kaum vernehmbar, Puls gar nicht zu tasten.

Unter Zunahme der Herzschwäche erfolgt um 1/4 5 Uhr Nachmittags der Tod. Das unmittelbar post mortem eingelegte Thermometer zeigt nach 1/4 Stunde 36·2, hierauf fällt es ab.

28. October. Obductionsbefund (O.-S.-R. Professor Weichselbaum):

Körper mittelgroß, von kräftigem Knochenbau, ziemlich gut entwickelter Musculatur, das Unterhautbindegewebe mäßig fetthältig. An der Rückenfläche des Stammes und der Gliedmaßen finden sich, mit Ausnahme der aufliegenden Stellen, ausgedehnte, bläulich rothe Todtenflecke. Auch die Haut an der Vorderfläche der Unterschenkel und am Rücken der Füße stellenweise bläulichroth. Die gleiche Färbung zeigt die Haut des Hodensackes und der Eichel des männlichen Gliedes. Die Todtenstarre ist allenthalben entwickelt. Die Haut des Gesichtes, des Halses, des Brustkorbes und Unterleibes, sowie jene der Vorderflächen der oberen Gliedmaßen und der Oberschenkel ist blaß mit einem leichten Stich in's Bräunliche. Die Augen geöffnet, nach außen von der rechten und nach innen von der linken Hornhaut ein schmaler, vertrockneter, bräunlicher Streifen; der Hals von mittlerer Länge, mäßig dick. Der Brustkorb lang, ziemlich gut gewölbt, Unterleib flach. An der Innenfläche beider Kniegelenke und auf der rechten Gesäßbacke finden sich zahlreiche punktförmige, vertrocknete, brandige Stellen. Sonst finden sich äußerlich keine Veränderungen.

Die Kopfschwarte blutarm. Das Schädeldach oval, circa 1/2 Cm. dick und schwammig. Die Glastafel sehr blutreich, auf der Innen-

fläche derselben zahlreiche, theils seichtere, theils tiefere Gruben. Im großen Sichelblutleiter der harten Hirnhaut findet sich dickes, schwarzrothes Blut, ebenso in den Blutleitern am Schädelgrunde. Die harte Hirnhaut selbst ist durchscheinend, dünn und blutreich. Die inneren Hirnhäute allenthalben zart, durchsichtig, von mittlerem Blutgehalte; auch der Blutgehalt der Gehirnsubstanz etwas geringer; sonst keine Veränderungen.

Das Zwerchfell steht rechterseits im vierten Intercostalraum, linkerseits in der Höhe der fünften Rippe. In den großen Blutadern des Halses ist dickflüssiges, schwarzrothes Blut.

Die Schilddrüse klein, derb, grobkörnig, blaßbraun. Die Schleimhaut der Mundhöhle überall dünn, blaßgrau, im Schlunde und am Zungengrunde mäßig bluthältig, röthlich gefärbt; ebenso die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre. Die Balgdrüsen am Zungengrunde stark hervortretend.

Die linke Lunge stellenweise angewachsen, die rechte nahezu frei. Das Rippenfell fühlt sich allenthalben exquisit klebrig an; der seröse Ueberzug beider Lungen, besonders des rechten Unterlappens, zeigt mehrere punktförmige, dunkelrothe oder rothbraune Blutaustritte. Die Substanz beider Lungen allenthalben lufthältig, in den hinteren Partien dunkelroth, in den vorderen grauroth. Aus den Blutgefäßen quillt überall dickflüssiges, schwarzrothes Blut. Die Luftröhrenverästelungen enthalten nur spärlich grauen Schleim.

Die Höhle des Herzbeutels leer. Die Oberfläche des Herzens, sowie die Innenfläche des Herzbeutels zeigt überall die gleiche klebrige Beschaffenheit wie das Brustfell. Im Uebrigen ist es unverändert. In den Herzhöhlen theils dickflüssiges schwarzrothes Blut, theils lockere Faserstoffgerinnungen. Das Herzfleisch derb, dunkelbraun, sonst am Herzen keine Veränderungen.

Das Bauchfell zeigt allenthalben eine exquisit klebrige Beschaffenheit; im Uebrigen ist es zart und stellenweise ziemlich blutreich.

Milz klein, ziemlich derb, die Schnittfläche nahezu trocken, rothbraun.

Die Leber etwas kleiner, ihr freier Rand scharf, ihre Substanz eher schlaffer, die drüsige Structur verwischt. In der Gallenblase eine ziemlich dünnflüssige, dunkelbraune Galle.

Die Nieren sind leicht angeschwollen; ihre Rinde in geringem Grade verbreitert, etwas weicher und blässer, grau und röthlich gestreift. Das Mark dunkelroth.

Die Harnblase enthält einige Tropfen klaren Urins.

Der Magen ziemlich zusammengezogen und enthält geringe Mengen einer durch Galle gelb gefärbten Flüssigkeit. Die Schleimhaut stark gefaltet, größtentheils blaßgrau oder grauröthlich, auf den Höhen einiger Falten dunkelroth.

Die Gekrösdrüsen der dünnen Därme sind angeschwollen, und zwar die dem unteren Dünndarme angehörigen stärker, als die dem oberen Dünndarme angehörigen, etwas weicher, am Durchschnitt blaßgrau. Der Bauchfellüberzug des untersten Dünndarmes zeigt stellenweise dunkle, streifenförmige Blutaustritte. Der untere Dünndarm zeigt einen dicklichen, bräunlich gelben Inhalt, während der obere Dünndarm einen dicklichen, aber hellgelben Inhalt zeigt. An jenen Stellen, an welchen sich auf dem Bauchfellüberzuge Blutaustritte finden, ist die Schleimhaut, zum Theil auch das darunter befindliche Bindegewebe gleichmäßig durch ausgetretenes Blut dunkelroth gefärbt. An den übrigen Stellen zeigt die Schleimhaut nur den Falten entsprechend eine dunkelrothe Färbung. Im untersten Dünndarm findet man ferner auf der Höhe der Schleimhautfalten, und zwar in ihrer nächsten Umgebung, eine sehr zarte, festhaftende, feinkörnige, durch Galle gelb oder gelbbräunlich gefärbte Auflagerung, weshalb die Schleimhaut zwischen den Falten theils glatt, theils leicht rauh erscheint. Die beschriebenen Auflagerungen nach aufwärts gegen den oberen Dünndarm nehmen allmälig an Ausdehnung ab, und in letzterem fehlen sie vollständig. Im ganzen Dickdarm ist eine graugelbe Flüssigkeit. Die Schleimhaut überall leicht angeschwollen, glatt, schmutziggrau.

Gutachten: Als nächste Todesursache ist eine diphtheritische Entzündung des unteren Dünndarmes zu bezeichnen. Da durch die bacteriologische Untersuchung der Stuhlentleerungen des F. St. die Anwesenheit von Cholerabacterien mit Bestimmtheit nachgewiesen wurde, so ist die vorgefundene diphtheritische Entzündung des Dünndarmes als ein weiteres Stadium des Choleraprocesses anzusehen. Für letztere sprechen, abgesehen von den anatomischen Veränderungen, noch die Beschaffenheit des Blutes und die Oberflächen der serösen Häute, sowie die Veränderungen an der Niere. Somit besteht kein Zweifel, daß hier ein Fall von „Cholera asiatica" vorliegt.

4. Cholera asiatica. — Heilung.

St. B., 20 Jahre alt, Matrose, aufgenommen am 22. November 1893, sub J.-Nr. 5683 auf die Cholerabereitschaft auf Pav. B.

Anamnese: Pat kam am 21. d. M. mit dem Schleppschiffe Nr. 222 aus Budapest in Wien an. Er erkrankte im Laufe des gestrigen Tages (21. November) mit leichtem Abführen — drei breiige, gallig gefärbte Stühle — mäßigen Bauchschmerzen; kein Brechreiz, kein Erbrechen, keine Muskelkrämpfe, ziemliches Wohlbefinden. Früher war er stets gesund. Heute ein Stuhl von oben erwähnter Beschaffenheit. Pat. gibt an, Donauwasser getrunken zu haben.

Der am Aufnahmstage, den 22. November 1893, ermittelte klinische Befund ergab nachstehende Verhältnisse: Pat. mittelgroß, gracil gebaut, gut genährt. Temp. 36·3° bei der Aufnahme. Puls kräftig, 84 in der Minute. Keine Beschwerden. Leichtes Quatschen in abdomine. Keine Muskelkrämpfe, kein Brechreiz, kein Erbrechen. Appetit gut. Bald nach der Aufnahme eine flüssige Entleerung. Therapie: Opiumpulver, rother Wein, Diät.

Nachträglich gibt Pat. an, er sei nach 12tägigem Aufenthalte in Budapest am 12. d. M. von dort fortgereist und habe das Schiff nie verlassen. — Die Dejecte des Pat. wurden sofort unter den zu beobachtenden Cautelen der entsprechenden bacteriologischen Untersuchung zugeführt.

23. November. Status praesens: Am heutigen Tage Zunge feucht, nicht belegt. Temp. 36·2° C., Puls kräftig, 84. Percussion vorne normal, reines vesiculäres Athmen. Herztöne decis und rein. Rückwärts normale Percussion und Auscultation. Das Abdomen nicht gespannt, bei Berührung nicht schmerzhaft, kein Quatschen. Keine Muskelkrämpfe; Decoct. Salep, Opiumpulver.

Gestern Abends noch ein flüssiger, jedoch galliger Stuhl. Derselbe wurde abermals sofort zur bacteriologischen Untersuchung eingeschickt. Heute Morgens eine ähnliche Stuhlentleerung. Reaction derselben schwach sauer oder doch zum mindesten neutral. Die bacteriologische Untersuchung derselben wurde neuerdings veranlaßt.

Um 5 Uhr Nachmittags eine, um 7 Uhr eine zweite Stuhlentleerung von früherer Beschaffenheit; keine Beschwerden. Zunge feucht, nicht belegt, Temp. 38·1, Puls kräftig, über 80. Keine Muskelkrämpfe, kein Erbrechen. Mäßige Diurese. Urin eiweißfrei.

24. November, 8 Uhr Früh. Heute Morgens ein Stuhl von früherer Beschaffenheit. Das subjective Befinden ziemlich wohl. Sensorium frei, Zunge feucht, nicht belegt. Temp. normal, Puls 72, sehr kräftig. Keine Krämpfe, Diurese reichlich. Reaction des Stuhles exquisit sauer. Entlang des Colon ascendens, entsprechend der Nabelhöhe, ein etwa daumendicker Strang, der der Linea alba entlang verläuft. Quatschen nur in der Gegend des linken Darmbeintellers erweisbar.

Die bacteriologische Untersuchung der ersten eingeschickten Stühle ergab reichliche Commabacillen. In den nachfolgenden Stühlen keine Commabacillen mehr!

25. November. Temp. 36·3, Puls kräftig, ruhig. Zunge feucht, nicht belegt. Appetit gut. Im Laufe des gestrigen Tages 7 flüssige, gallig gefärbte Stühle von saurer Reaction. Diurese reichlich. Kein Erbrechen, keine Muskelkrämpfe. Tanninenteroklyse (2 Liter).

26. November. Temp. 36, Puls kräftig. Die Kost wird gut vertragen, subjectives Wohlbefinden. Gestern 7 flüssige, gallige Stühle von saurer Reaction. Tanninenteroklyse.

27. November. Gestern 4 flüssige gallige Stühle. Appetit sehr gut, anhaltendes Wohlbefinden. Opiumpulver.

28. November. Gestern 3 flüssige, gallige Stühle; sonst Status idem. Appetenz.

29. November. Gestern 5 flüssige, etwas lichter gefärbte Stühle; subjectives Wohlbefinden, Temp. normal. Tanninpulver.

30. November. Gestern 3 breiige Stühle, Wohlbefinden.

1. December. Appetit etwas geringer, 2 Stühle. — Extr. Gentianae.

2. December. Appetit gering. Temperatur normal; sonst keinerlei Beschwerden. 2 flüssige Entleerungen.

3. December. Gestern 3 Stühle (flüssig), Appetit wieder besser. DOWER'sche Pulver.

6. December. Gestern eine Tannineuteroklyse (2 L.), 6 flüssige Stühle, 3 vor, 3 nach der Irrigation. Sonst Wohlbefinden. Die bacteriologische Untersuchung des Stuhles ergibt keine Bacillen.

9. December. Täglich 3—4 Entleerungen. Gestern leichtes Erbrechen; Appetit gering. Heute Wohlbefinden.

10. December. Gestern kein Erbrechen. Appetit wieder besser, 3 flüssige Stühle. Sonst Status idem. Morphinsuppositorien.

12. December. Gestern 2 flüssige Stühle. Wohlbefinden.

16. December. Gestern 2 breiige Stühle. Cacao.

17. December. Während der Nacht 3 flüssige Stühle. Opiumpulver.

19. December. Während der Nacht ein normaler Stuhl. Bismuthum subnitricum, 3 Pulv.

20. December. Während der Nacht ein fester Stuhl.

21. December. Status idem.

22. December. Seit gestern 2 breiige Stühle.

23. December. Geheilt entlassen.

Epikrise. Im vorliegenden Falle konnte blos auf Grundlage des in den ersten Stühlen bei der mykologischen Untersuchung festgestellten Nachweises von Commabacillen die Diagnose „Cholera asiatica" gemacht werden, da im Uebrigen das klinische Bild dem eines „acuten Darmcatarrhes" durchweg entsprach. Bemerkenswerth erscheint es indeß, daß, trotzdem in den nachfolgenden Stuhlgängen keine Commabacillen mehr vorgefunden wurden, trotz der energischesten Maßnahmen die Diarrhoe sich ungemein hartnäckig erwies, und erst nach 32tägiger Behandlung Heilung erzielt wurde.

Revue.

Ueber arzneiliche Vergiftung vom Mastdarm oder von der Scheide aus.

Literatur: 1. Prof. C. BINZ: Arzneiliche Vergiftung vom Mastdarm oder von der Scheide aus und deren Verhütung („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 3). — 2. Dr. GEORG STICKER: Arzneiliche Vergiftung vom Mastdarm oder von der Scheide aus („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 28). — 3. ODO BETZ: Fall von Chromsäurevergiftung nach Aetzung eines inoperablen Uteruscarcinoms („Memorabilien", 39. Jahrg., 3. Heft).

Es steht heute fest und war übrigens auch schon den Alten bekannt, daß die Schleimhaut des Mastdarms und der Vagina, wenn sie auch nicht den Zweck des Resorbirens hat, dennoch diese Function in ausgezeichneter Weise leistet. Es war daher ein Verdienst BINZ', zu jenem Abschnitt des amtlichen deutschen Arzneibuches, welches von den stark wirkenden Arzneimitteln handelt, den Zusatz erwirkt zu haben, daß dieselben Vorschriften wie für die innerliche Verabreichung, auch für die Verordnung in Form des Klystieres oder Suppositoriums Geltung haben sollen. B. führt zur Illustration der Nothwendigkeit dieser Klausel eine Reihe von Fällen an (1), die interessant genug sind, um hier wiedergegeben zu werden.

In einem Falle machte sich ein Arzt wegen Madenwürmer selbst eine Sublimatirrigation von 1·0 auf 1000·0. Er erzweckte in der That den Tod der unangenehmen Gäste, gleichzeitig aber eine so heftige acute Quecksilbervergiftung, daß er einige Wochen daran zu Bette lag.

In einem zweiten Falle, welcher sich vor 16 Jahren in einer deutschen Stadt ereignete, brachte ein fahrlässig geschriebenes Recept einen Menschen in's Grab und drei in's Gefängniß. Der Arzt hatte einer Hysterischen verschrieben:

Rp. Chloral. hydrat. . . . . 15·0
Tct. opii spl. 15
Aq. dest. . . . . 60·0
S. Abends den dritten Theil als Klystier.

Der Arzt hatte 15 gtt. schreiben wollen, der Apotheker gab 15·0 und die Kranke erhielt in Folge dessen 5·0 Opiumtinctur in den Mastdarm eingespritzt und starb an der Vergiftung. Vor Gericht gestellt, wurde der Arzt mit 1 Monat, der Apotheker mit 2 Monaten und der Receptuarius mit 3 Monaten Gefängniß bestraft.

Ein dritter von B. mitgetheilter Fall ereignete sich im Jahre 1891 zu Rovigno in Südtirol, und unsere Leser dürften sich dieses Falles noch erinnern. Ein Arzt wollte einer Patienten Klystiere verordnen, die 3·0 salzsaures Chinin enthalten sollten. Gleichzeitig wollte er zur subcutanen Injection eine kleine Gabe Morphin verschreiben; er irrte sich jedoch und verschrieb auch für das Klystier statt Chinin 3·0 Morphin. Dem Apotheker war dies auffallend und er fragte einen anderen in der Apotheke zufällig anwesenden Arzt, ob er diese 3·0 Morphin für ein Klystier dispensiren dürfe. Der befragte Arzt meinte, als er das Recept gelesen hatte: „Allerdings etwas stark, aber für den äußerlichen Gebrauch geht es." Die Kranke erhielt den sechsten Theil, also 0·5 Morphin im Klystier und starb noch am Abende desselben Tages unter allen Erscheinungen acuter, narkotischer Vergiftung. Das Gericht nahm für den ordinirenden Arzt an, er habe nur einen Lapsus calami begangen, dessen Ausführung durch den Apotheker nicht hätte stattfinden dürfen. Der zweite, nur ganz zufällig als Rathgeber betheiligte Arzt wurde in den Anklagezustand versetzt und der Apotheker als der Hauptschuldige hingestellt. Bei der Gerichtsverhandlung spitzte sich die Frage dahin zu, ob ein Klystier eine innerliche Verordnung sei oder nicht. Die Zeugenaussagen hierüber gingen auseinander und es mußte ein Facultätsgutachten eingeholt werden, welches entschied, daß das Klystier als ein äußerliches Mittel zu betrachten sei. In Folge dessen wurden die beiden Angeklagten freigesprochen. Unter beinahe gleichen Umständen, meint B., wurden in Deutschland drei Personen verurtheilt, in Oesterreich zwei freigesprochen. Für den einen Gerichtshof war der Mastdarm ein inneres, für den anderen ein äußeres Organ.

In einem vierten Falle wollte der Arzt 4·0 Chloralhydrat, in Wasser gelöst, zu einem Klystier verordnen, vergaß aber das Comma und der Apotheker gab demgemäß 40 Grm. Chloralhydrat ab, die denn auch den Kranken in kurzer Zeit tödteten.

In einem weiteren Falle wurde vor 2 Jahren in einer deutschen Stadt einem 21jährigen Manne 100·0 Acid. carb. liquef., enthaltend 90% reines Carbol, zum Zwecke der Vertreibung von Madenwürmern verordnet; der mündlichen Anweisung gemäß sollte der Kranke 30 Grm. in einem Irrigator mit einem Liter lauen Wassers verdünnen und diese Lösung in den Mastdarm einlaufen lassen. Dies geschah; einige Zeit nachher fand man den Kranken am Abort als Leiche. Der angeklagte Arzt wurde zu 6 Wochen Festungshaft verurtheilt; er soll nachher zu Pfarrer Kneipp in die Lehre gegangen sein, „weil Einem da so etwas nicht passiren könne".

Daß auch die Stuhlzäpfchen neben den Klystieren einer strengen Controle bedürfen, beweist ein Fall SCHÜLER's aus dem Jahre 1880. Gegen eine Fissura ani wurde mit Erfolg allabendlich Extr. bellad. 0·06 als Stuhlzäpfchen eingeführt; eine neue Anfertigung wurde nöthig. Eine halbe Stunde, nachdem die Kranke eines der neuen Stuhlzäpfchen eingeführt hatte, wurde der Arzt schleunigst gerufen. Er fand die Patientin in den heftigsten allgemeinen Krämpfen liegen, fast bewußtlos, mit kleinem und ungemein frequentem Pulse und mit jagender Athmung. Der Apotheker hatte sich vergriffen und statt 0·06 Extr. bellad. 0·06 Atrop. sulfuricum jedem Stuhlzäpfchen einverleibt. Subcutane Einspritzungen von Morphin beseitigten die erschreckenden Symptome rasch.

Nach dem deutschen Arzneibuche werden auch die Vaginalkugeln zu den Suppositorien gerechnet, und dies mit Recht, wenn auch die Schleimhaut der Vagina weniger leicht resorbirt als die des Mastdarmes.

Einen interessanten Beitrag zu dieser Frage bilden die von STICKER (2) und BETZ (3) mitgetheilten Fälle, welche beide schwere Chromsäurevergiftungen von der Scheide aus nach Aetzung derselben betreffen.

STICKER's Fall betrifft eine 40jährige Dame, welcher er wegen eines hartnäckigen Scheidencatarrhs den Rath gegeben hatte, einen Frauenarzt zu consultiren. 3 Stunden, nachdem ST. diesen Rath ertheilt hatte, wurde er schleunigst zur Pat. gerufen und fand die bisher völlig gesunde Frau mit entstellten Zügen und aschgrauem Gesicht auf dem Bette liegend, fröstelnd, fast pulslos, sich vor Schmerz im Bauche windend. Dabei stieß sie häufig kleine blutige Darmentleerungen aus, gab unter heftigem Harndrang zeitweise einen braunen spärlichen Harn von sich und wurde von steigender Brechneigung, sowie großem Durste gequält. Die Patientin gab an, daß sie, dem Rathe ST.'s folgend, zum Frauenarzte gegangen und vor einer Stunde ganz wohl zurückgekehrt sei; kaum zu Hause angelangt, habe sie einen furchtbaren Lendenschmerz empfunden, dem alsbald flüssige Diarrhoe und Würgen folgte. Sie fühlte ein trockenes Brennen in der Scheide. Der Frauenarzt habe eine Scheidenausspülung gemacht, eine innere Aetzung vorgenommen und einen Wattepfropfen eingeführt.

Nach der Entfernung des Tampons, der an der oberen Spitze rostbraun gefärbt war, fand ST. eine mit gelben Schorfen ausgekleidete Scheide. Dieselbe wurde ausgespült und Opium verabreicht, worauf sich die Symptome besserten. Der Urin zeigte nach dem Abfiltriren eines braunflockigen, dicken Niederschlages beim Kochen fast Gerinnung. Das Sediment bestand vornehmlich aus braunen Detritusflocken, rothen Blutkörperchen, Blutcylindern und zahlreichen cubischen Epithelien. Der Frauenarzt, den S. aufsuchte, erklärte, daß er nach der Ausspülung der Scheide mit Kochsalzlösung ein Kryställchen Chromsäure auf die catarrhalischen Geschwüre der Cervix uteri gebracht habe. Da in der Literatur analoge Beobachtungen vorliegen und sogar ein Fall, bei welchem durch einen Chromsäurekrystall der Tod verursacht wurde, konnte kein Zweifel bestehen, daß es sich in dem vorliegenden Fall um eine acute Vergiftung durch Chromsäure von der Scheide aus gehandelt hatte.

Der Fall BETZ' betraf ein von ihm früher ausgekratztes und ausgebranntes Carcinom des Corpus uteri, bei welchem wieder Jauchung aufgetreten war. Er tauchte ein Wattebäuschchen an einem Watteträger in eine 50proc. Lösung von Chromsäure und wischte das Carcinom damit aus. Die Blutung war dabei sehr heftig, so daß ein großer Theil der eingeriebenen Chromsäure wieder herausgeschwemmt wurde. Nach der Aetzung wischte B. mit einem in starker Natr. carb.-Lösung getauchten Tampon nach. Die Patientin spürte einen leichten Schmerz und fuhr dann im Postwagen nach ihrem 2 Kilom. entfernten Wohnort. Unterwegs bekam sie heftige Diarrhöen und collabirte. B. sah die Patientin delirirend, ab und zu erbrechend. Klystiere und Analgetica brachten das Bewußtsein nach und nach wieder zurück; Harnverhaltung blieb noch den nächsten Tag bestehen. Die Einwirkung auf das Carcinom war, was die Jauchung betrifft, eine vorzügliche. Die Menge der einverleibten Chromsäure war nicht zu bestimmen.

Nach solchen Erfahrungen scheint die Chromsäure, die sich so großer Beliebtheit als Causticum erfreut, denn doch zu verdienen, daß ihrer giftigen Eigenschaften wegen vor ihr gewarnt wird. Bs.

Literarische Anzeigen.

Therapie der Harnkrankheiten. Zehn Vorlesungen für Aerzte und Studirende von **Prof. Dr. C. Posner** in Berlin. Berlin 1895, August Hirschwald.

Der vor Jahresfrist erschienenen „Diagnostik" läßt Professor POSNER in demselben handlichen Formate die „Therapie der Harnkrankheiten" folgen. Der Autor hebt in der Vorrede hervor, daß es ihm wesentlich darum zu thun sei, seine persönlichen Erfahrungen über Therapie zu verwerthen, daß er also auf eine akademische Aufzählung und Kritik aller Methoden von vorneherein verzichte. Es muß zugestanden werden, daß das Büchlein durch diese Art der Behandlung, durch die individuelle Färbung nur gewonnen hat, und daß es in dieser Form seinem Zwecke, dem praktischen Arzte als Leitfaden zu dienen, in hervorragendem Maße geeignet erscheint.

Entsprechend der praktischen Wichtigkeit des Gegenstandes ist die ganze erste Hälfte der Behandlung acuter und chronischer Gonorrhoe und ihrer Folgezustände gewidmet. Der Autor fußt hier durchaus auf moderner Basis, und es muß lobend hervorgehoben werden, daß namentlich die so schwierige Behandlung der chronischen Gonorrhoe in vollkommen sachlicher und objectiver Weise dargestellt wird. Auch über die Resultate der Behandlung chronischer Gonorrhoe äußert sich Verf. in nüchterner und aufrichtiger Weise, was wir in anderen den Gegenstand behandelnden Büchern so oft vermissen müssen: „Völliges Verschwinden des Ausflusses und der Fäden ist nicht immer zu erreichen. Man muß sich begnügen, wenn sie ihren eiterigen Charakter ändern und mehr epithelial werden."

In den übrigen 6 Capiteln wird die Therapie der Neubildungen, die Steinkrankheit und die Harnvergiftung in knapper übersichtlicher Form abgehandelt. v. ZUCKERKANDL.

Die Entstehung organischer Formen. Von **Dr. C. Boegle.** München 1895, J. F. Lehmann.

In geistreicher, durch 40 Zeichnungen unterstützter Weise leitet der Autor die Grundformen organischer Bildung aus dem Princip der doppelten Rotation ab, und er kommt zum Resultat, daß die Gelenkflächen als Schneckenformen anzusehen seien, was er besonders an den größeren Gelenkflächen der Fußwurzelknochen erläutert. Der von BOEGLE erbrachte Nachweis, daß die doppelte Rotation bei geometrisch richtiger Construction zu denselben Formen führt, wie sie die ausgebildeten Organe des menschlichen Bewegungsapparates darbieten, spricht wohl dafür, daß die von ihm angenommenen Bewegungsvorgänge in Wirklichkeit während der Entstehung des Organismus eine Rolle spielen. w.

Feuilleton.

Die ärztliche Honorarfrage.

Der ärztliche Stand war nie auf Rosen gebettet. Die „Praxis aurea" war stets nur eine Mythe gewesen, ein den Studirenden und jungen Aerzten vorschwebendes Trugbild, das nur für verständnißvolle Streber oder für einzelne Günstlinge Fortuna's greifbare Gestalt annahm. Den Aerzten gegenüber beginnt die Sparsamkeit der Clienten und hört ihre etwaige Generosität auf. Der Staat betrachtet die im öffentlichen Interesse den Aerzten auferlegten Leistungen als einen Tribut, der keine Gegenleistung erheische, und selbst die ihnen gewährten Privilegien gehen in unserer alles nivellirenden Zeit allmälig verloren.

So ist schwerer Kampf um's Dasein seit jeher das Los der Jünger Aesculap's, bedürftige Witwen und Waisen meist der Nachlaß nach einem in aufopfernder Berufsthätigkeit verbrachten sorgenvollen Leben. Als wahre Priester der Humanität trugen bis jetzt die Aerzte ihr Los mit philosophischer Resignation und begnügten sich mit dem Bewußtsein treu erfüllter Pflicht.

In den letzten Lustren verschlimmerten sich die traurigen Existenzbedingungen der Aerzte immer mehr. Durch die Ueberproduction von Aerzten wurde das Thätigkeitsgebiet jedes Einzelnen von Jahr zu Jahr enger und der Selbsterhaltungstrieb schaffte eine in der Wahl der Mittel rücksichtslose Concurrenz. Durch die Krankencassen wurde ihr Erwerb geschädigt, durch den Niedergang des gewerblichen Standes und die hereingebrochene agrarische Krise ihr Einkommen geschmälert, in den Universitätsstädten, zumal in dem mit zwei Universitäten ausgerüsteten Prag, den Praktikern durch die Polikliniken und unentgeltlichen Ambulatorien in den Spitälern ein sehr großer Theil der Clientel entzogen. Und während die Einnahmen immer geringer werden, steigern sich von Jahr zu Jahr trotz der größten Einschränkung die Ausgaben in Folge der stetig zunehmenden Theuerung der unentbehrlichsten Lebensbedürfnisse, der Miethzinse und des Aufwandes für Kindererziehung. Unwandelbar im Wandel der Zeiten ist das armselige orts- und familienübliche Honorar der Aerzte geblieben, und während alle Löhne

theuerer geworden sind, blieb die Entlohnung der Aerzte auf ihrem niedrigen Niveau.

Bei diesen traurigen Verhältnissen ist die Honorarfrage geradezu eine Lebensfrage der Aerzte und der allgemein erhobene Ruf nach Regelung des ärztlichen Honorars ein Nothschrei der im Kampfe um ihre Existenz schier unterliegenden Standesgenossen. Mit rühmenswerthem Eifer wird bereits diese Frage in ärztlichen Corporationen discutirt; die deutsche Section der böhmischen Aerztekammer hat zu derselben durch Berufung einer Enquête Stellung genommen, und der Club der deutschen praktischen Aerzte in Prag hat sogar einen Tarifsatz vereinbart, von dem aber in berücksichtigungswerthen Fällen — also nach freiem Ermessen jedes Einzelnen — abgegangen werden kann.

Schon dieses einzige Beispiel zeigt, welche Schwierigkeiten der Lösung dieser Frage gegenüberstehen.

Sehen wir der Sache auf den Grund, so handelt es sich bei der Honorarfrage um eine gewöhnliche Lohnfrage und ist der allgemeine Ruf nach Regelung derselben analog den Lohnbewegungen bei anderen Kategorien von Lohnarbeitern. Folgerichtig müßten zur Geltendmachung der höheren Lohnansprüche dieselben Mittel wie bei gewöhnlichen Lohnbewegungen angewendet werden.

Aber die Sache liegt nicht so einfach, wie es scheint.

Eine unerläßliche Vorbedingung des Erfolgs wäre, wie bei jeder anderen Lohnbewegung, auch hier das freiwillige oder erzwungene Zusammengehen sämmtlicher Genossen. Alle für Einen und Einer für Alle müßte die Parole sein. Das ist aber bei den verschiedenartigen individuellen Verhältnissen und den sich kreuzenden Interessen der vielen concurrirenden Collegen und außerdem noch bei dem in gemischtsprachigen oder vom Racenhaß durchseuchten Ländern und Städten bestehenden nationalen oder Racenantagonismus eine absolute Unmöglichkeit. Dazu kommen noch Bedenken ethischer Natur. Dem Anfänger in der Praxis oder einem neu angesiedelten Collegen wäre die Möglichkeit einer Existenzgründung benommen, wenn ihm von vornherein ein bestimmter Tarifsatz aufoctroyirt werden könnte. Solche Aerzte recrutiren anfangs ihre Clienten aus der unbemittelteren Schichte der Bevölkerung, und bei dieser, wohl auch bei der besser situirten fällt die billigere Berechnung der Visiten und Ordinationen sehr stark in die Wagschale bei der Wahl des Arztes. Wer wird einen Stein auf den auf seine Praxis angewiesenen Anfänger oder neu angesiedelten Familienvater werfen, wenn er bei sonstiger Beobachtung des collegialen Anstandes sich über den Tarifsatz der beati possidentes hinwegsetzt? Werden ihm die Collegen freiwillig einen Theil ihrer Clientel überlassen oder ihm sonst helfend und unterstützend zur Seite stehen? Beantworte Jeder, der immer nur von Standessolidarität spricht, sich selbst die Frage.

Abgesehen von dem Allen, machen die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine blos aus der Initiative der Aerzte hervorgegangene Regelung der Honorarfrage illusorisch.

Die Aerzte können Tarife aufstellen, soviel sie wollen, das Publicum braucht sich darum nicht zu kümmern. Wir dürfen nicht striken, d. h. dem unseren Tarifsatz nicht acceptirenden Kranken unsere Hilfe versagen, weil laut Hofdecret vom 24. Januar 1832, Z. 5891, „gegen jedes Sanitätsindividuum, das, ohne daß es in der Unmöglichkeit wäre, es thun zu können, Kranken den nöthigen ärztlichen Beistand verweigert, die Amtshandlung unnachsichtlich einzuleiten ist", und laut ministerieller Verordnung vom 30. September 1851 (R. G. Nr. 189) „sind Aerzte, welche die angesprochene Hilfe in dringenden Fällen verweigern oder verzögern, mit 1 bis 100 fl. oder Arrest von 6 Stunden bis 14 Tagen zu bestrafen". „Denn, so heißt es in dem Erlasse, die Ahndung dieser polizeilichen Uebertretung ist um so gerechter, als diese Personen (sic!) andererseits den gesetzlichen Schutz gegen Curpfuscherei genießen." (!!)

Eine mit dem Kranken von vornherein getroffene Vereinbarung betreffs Entlohnung für zu leistende Behandlung ist für diesen nicht bindend, weil nach § 879, Abs. 2 B. G., ein Vertrag ungiltig ist, in welchem ein Arzt sich von dem Kranken für die Unternehmung der Cur eine bestimmte Belohnung bedingt.

Wir wären also, wie die Sachen gegenwärtig liegen, trotz allfälliger corporativ vereinbarten Tarife bei Liquidirung unserer Forderungen auf die gütliche Auseinandersetzung mit den Parteien und bei unausgeglichenen Differenzen bezüglich der Höhe des Honorars auf den unsicheren Rechtsweg angewiesen. Exempla sunt odiosa. Hier in Prag ist es vorgekommen, daß ein als Sachverständiger berufener Professor von großem Namen, dessen hohe Taxirung seiner eigenen Dienstleistungen sprichwörtlich geworden ist, einem praktischen Arzte für eine Visite zu einem sehr wohlhabenden Kranken als Maximum 1 fl. 50 kr. zuerkannte.

Nach dem Angeführten kann diese acut gewordene Frage nur durch gesetzliche Regelung einer gedeihlichen Lösung zugeführt werden. Gleichwie für die Dienstleistungen der Advocaten und Notare müßte auch für ärztliche Deserviten auf legislatorischem oder administrativem Wege ein Tarif, und zwar wegen der Eigenartigkeit der in Betracht kommenden Verhältnisse mit Minimal- und Maximalsätzen aufgestellt werden. Selbstverständlich müßte die Regierung zuvor eine Enquête aus erfahrenen Land- und Stadtpraktikern und wegen der Verschiedenheit der klimatischen und Erwerbsverhältnisse der einzelnen Länder in jede Landeshauptstadt eine abgesonderte einberufen, welche mit den von der Regierung hiezu bestellten Organen einen in's Detail gehenden Tarifentwurf zu vereinbaren hätten. Dieser wäre von den Fachblättern zu veröffentlichen, die eingelaufenen Petita der Fachgenossen nach einem bestimmten Zeitpunkte von denselben Enquêtemitgliedern zu prüfen und dann der auf eine gewisse Anzahl von Jahren — 5 bis 10 — endgiltige Tarif festzustellen.

Besserung der materiellen Verhältnisse und moralische Hebung des ärztlichen Standes, Wegfall aller Honorarstreite zwischen Aerzten und Parteien, Beseitigung einer schmutzigen Concurrenz durch Unterbietung wären die segensreichen Folgen einer so zu Stande gekommenen Regelung der Honorarfrage. Gegen die aus Concurrenz über den gesetzlichen Tarif sich hinwegsetzenden Aerzte könnte allenfalls das ehrenräthliche Verfahren von Seite der competenten Kammer eingeleitet werden.

Sache der Kammern und auch des nächsten Delegirtentages der österreichischen Aerztekammern wird es sein, diesen Gegenstand in ernstliche Erwägung zu ziehen und ein diesbezügliches gemeinsames Petitum an die legislatorischen Factoren zu richten.

Nur auf diesem Wege ist aus dem Dilemma zwischen berechtigten Forderungen der Aerzte und bestehenden gesetzlichen Bestimmungen herauszukommen. M. WEISS (Prag).

Kleine Mittheilungen.

— Auf Anregung UNGAR's versuchte SCHMITZ („Jahrb. für Kinderheilkunde") die **Behandlung der Oxyuren mit Naphthalin.** Er verfährt in folgender Weise: Nachdem die kleinen Pat. wiederholt abgeführt haben, werden 8—10 Dosen Naphthalin von 0·015 bis 0·04, 4mal täglich 1 Pulver, verordnet. Das Mittel darf nicht gleich nach dem Essen genommen werden, auch muß man während der Cur Oel und Fett vermeiden, die das Naphthalin auflösen und somit die Wirkung hemmen könnten. Nach 8 Tagen wird wieder dieselbe Naphthalindosis verschrieben, und ebenso nach 14 Tagen eine dritte Dosis; in seltenen Fällen mußte das Mittel zum vierten Male gegeben werden. Bei durch Naphthalin bedingter Obstipation muß ein Abführmittel gereicht werden. Von 46 auf diese Weise behandelten Fällen heilten 26 vollständig und dauernd. In den anderen 20 Fällen trat blos Besserung, aber keine definitive Heilung ein. Das Mittel wird von den Kindern sehr gut vertragen. In einem einzigen Fall trat Strangurie ein, doch waren die Erscheinungen derselben leichte und vorübergehender Natur. Die gleichzeitige Anwendung von Klystieren vermied SCH., um das Versuchsresultat nicht zu trüben. Doch hält er hohe Irrigationen, z. B. mit verdünnter Lösung von essigsaurer Thonerde, für empfehlenswerth, wodurch die in den tiefen Partien des Darmes eingenisteten Parasiten getödtet und der dadurch bedingte Reiz der Darmschleimhaut gemildert würde.

— Unter dem Titel: **Superfötation: ein weißes Kind und ein schwarzer Fötus** theilt A. W. WIGHT in Trinidad dem „British med. Journ.“ (1895, 6. Juli) folgenden Fall mit: Zu einer gebärenden Frau gerufen, fand er, daß dieselbe bereits einen weiblichen Fötus von 6 Zoll Länge geboren hatte. Die Haut war straff, der Mund breit und offen, das Geschlecht wohl entwickelt, die Nägel im Erscheinen begriffen und der Nabel nahe der Symphyse. W. schätzte das Alter des Fötus auf 4 Monate. Auffallend war noch, daß der Fötus tiefdunkel gefärbt war, gleich der Mutter, einer ostindischen Arbeiterin. Die Placenta mußte entfernt werden. Ungefähr eine halbe Stunde nach der Entfernung der Placenta entband W. die Frau von einem ausgetragenen, völlig reifen Mädchen, welches ganz und gar das Aussehen von „eines weißen Mannes Kind“ hatte. Die Mutter leugnete natürlich jede Möglichkeit, was bei dem Vorhandensein eines eifersüchtigen Ehemannes nicht anders zu erwarten war.

— CLAUDE und PILLIET berichten im „Bull. de la soc. anat. de Paris“ (Ref. im „Ctbl. f. Chir.“, 1895, Nr. 27) über einen **Fall von Krebs-Autoinoculation.** Es handelte sich um eine 57jährige Pat., bei welcher die wegen eines in einer alten Verbrennungsnarbe entstandenen Hautcancroids in Aussicht genommene Amputation des linken Vorderarmes vermieden werden sollte. Es wurde deshalb zunächst die Geschwulst gänzlich entfernt und, nachdem nur anscheinend völlig gesundes Gewebe zurückgeblieben war, der entstandene Defect mit einem aus der Bauchhaut gebildeten, mit dieser auch noch durch 2 Ernährungsstiele zusammenhängenden Lappen gedeckt. Doch noch in der Behandlungszeit zeigte sich am Arm ein Recidiv, das die sofortige Abtragung des Armes im Ellbogengelenk nöthig machte und Pat. wurde dann bald als geheilt entlassen. Schon nach noch nicht ganz 2 Monaten jedoch wurde an der Stelle des Bauches, von der der Lappen gebildet worden war, ein Carcinom constatirt, das, inoperabel, in kurzer Zeit den Tod der Pat. unter großen Leiden herbeiführte. Es sind 3 Möglichkeiten, wie man sich die Uebertragung des Carcinoms hier vorstellen kann: 1. Es kann kranke und anscheinend gesunde Haut aus der Umgebung des Defectes mit dem gestielten Lappen vereinigt, 2. es kann auf dem Wege der Lymphgefäße der Krankheitsstoff von dem Krankheitsherde in den gestielten Lappen geführt und 3. es kann der Krankheitsstoff während der Operation mit den Instrumenten, Händen etc. in die Wunde am Bauche gebracht worden sein.

— Einen Beitrag zur **Behandlung der Gelenkstuberculose mit Stauungshyperämie nach BIER,** über welche wir unsere Leser bereits unterrichtet haben [1]), liefert C. WAGNER in seiner Inaug.-Dissertation. (Ref. im „Ctbl. f. Chir.“, 1895, Nr. 26). Der Bericht erstreckt sich im Ganzen auf 27 Fälle der Breslauer Klinik, wovon 8 bereits in der Mittheilung von MIKULICZ [2]) verwerthet sind. Davon können allerdings nur 10 Fälle als Maßstab für die Leistung der Methode allein herangezogen werden, da in den übrigen Fällen das Stauungsverfahren mit Jodoformglycerin-Injectionen oder mit operativen Eingriffen combinirt wurde. Unter diesen 10 Fällen handelte es sich 5mal um Kniegelenkstuberculose, 2mal um Ellbogen-, 2mal um Fußgelenkstuberculose und um eine Spina ventosa. Die Behandlungsdauer betrug 1mal nur 4 Tage (!), sonst circa 4 Wochen bis 6 Monate. Die Binde wurde nach den Grundsätzen angewendet, welche bereits MIKULICZ angegeben hat, lag oft Tag und Nacht bei öfterem Wechsel der Stelle. Als durch die Methode allein geheilt werden 2 Fälle angeführt: bei einem 43jährigen Manne heilte eine seit fast einem Jahre bestehende tuberculöse Gonitis in 4 Wochen; ein fistulöser Ellbogengelenksfungus heilte bei 6monatlicher Anwendung der Binde vollkommen aus. In den weiteren 8 Fällen konnte stets Besserung, meist erhebliche Besserung der Erscheinungen verzeichnet werden. Diese machte sich öfter schon bald durch Abnahme von Schmerzen und Contractur und in Folge dessen früheren Wiedergebrauch der Extremität bemerklich, als man es sonst zu sehen gewöhnt ist. Daß in manchen Fällen die Methode keinen positiven Erfolg, vielmehr sogar Verschlimmerung herbeiführte, das hat schon MIKULICZ erwähnt und auch der Verf. bringt die Belege dafür.

[1]) S. „Wiener Med. Presse“, 1894, pag. 1024.
[2]) S. „Wiener Med. Presse“, 1894, pag. 649.

— Unter allen gebräuchlichen Mitteln empfiehlt sich nach Prof. DÜRING in Constantinopel („La sem. méd.“, 1895, Nr. 27) am besten die **Chromsäure zur Behandlung der Stomatitis mercurialis.** Er verwendet dieselbe in 5—10% Lösung und läßt täglich die afficirten Partien pinseln. Unmittelbar nach dem Pinseln muß der Pat. den Mund ausspülen, um eine toxische Wirkung der Chromsäure, die bekanntlich keine geringe ist, zu vermeiden. Im Uebrigen läßt D. Gargarismen von Alaun oder Chlorkali gebrauchen und die Zähne täglich Morgens bürsten. Wenn der Speichelfluß ein abundanter ist, läßt man den Pat. viel Milch trinken und sucht ihn in kräftige Transpiration zu bringen. Der Effect dieser Behandlung zeigt sich bald, selbst in den schwersten Fällen von diphtheroider Stomatitis. Die Chromsäure kann nach D. auch mit Vortheil zur prophylactischen Behandlung der Stomatitis mercurialis angewendet werden. Endlich stellt die Chromsäure ein gutes Mittel dar, um die kleinen Ulcerationen der Mundschleimhaut schon frühzeitig zu entdecken, welche sonst leicht unbemerkt bleiben: Unter dem Einfluß der Chromsäure werden nämlich die ihres Epithels beraubten Stellen gelblich, während die gesunde Schleimhaut sich nicht färbt.

— Die Schwierigkeiten, welche der Darreichung des Creosots per os entgegenstehen, haben zu zahlreichen Versuchen geführt, dasselbe auf dem Wege des Mastdarms dem Körper einzuverleiben. L. BLANC (Thèse de Paris, 1895) tritt nun für die **Creosotmedication in Form von Suppositorien** ein. Wir entnehmen seiner Arbeit, welche sich auf die Behandlung der Lungentuberculose bezieht, folgende Punkte: 1. Der rectale Weg bietet bei der Behandlung der Lungentuberculose einen großen Vortheil für die Einverleibung des Creosots. 2. Das durch den Mastdarm eingeführte Creosot wird sehr rasch resorbirt und durch die Speicheldrüsen, die Lunge und die Niere ausgeschieden. 3. Die Creosotsuppositorien scheinen eine der besten Formen für die Anwendung dieses Medicaments zu sein. Sie werden von den Kranken sehr gut vertragen, können vom Pat. selbst applicirt werden; sie erfordern weder die Hilfe des Arztes, noch einen speciellen Apparat. Sie bieten auch insoferne einen Vortheil vor den übrigen Methoden, als sie mindestens ebenso gute therapeutische Effecte liefern. 4. Eine leichte Creosottherapie ist einer intensiven vorzuziehen, da letztere der Gefahren nicht entbehrt.

— POUSSON empfiehlt („Journ. méd. de Bordeaux“, 19. Mai) **Antipyrin zur localen Anästhesie der Blase.** 2—4%ige Antipyrinlösungen, die man 5—10 Minuten in der Blase beläßt, erzeugen eine Anästhesie, welche für die Anwendung des Cystoskops und der Steinsonde für kurzdauernde lithotriptische Sitzungen und für Anwendung von Höllenstein in der entzündeten Blase genügt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XI.

v. ESMARCH (Kiel): **Die Diagnose der Syphilome.**

Wie lassen sich die syphilitischen Sarkome und Lymphome anatomisch und klinisch von anderen Sarkomen und Lymphomen unterscheiden?

Schon vor 18 Jahren hat Redner über geschwulstartige operativ behandelte Neubildungen berichtet, bei denen die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges mit Syphilis sich aus dem Verlaufe der Behandlung ergab. E. verfügt über 40 Fälle von Syphilom, die ihm unter der Diagnose einer bösartigen Neubildung zur Operation zugeschickt worden sind. Der Syphilis verdächtig sind alle diejenigen Fälle, in denen die Kranken noch Zeichen der Syphilis zeigen, oder in denen ihre Eltern, bezw. Geschwister an Syphilis gelitten haben. Verdächtig sind ferner alle Geschwülste in willkürlichen Muskeln, besonders im Kopfnicker, den Bauch- und Rückenmuskeln, in der Zungenmusculatur etc., endlich diejenigen sarkomatösen Geschwülste,

welche nach Exstirpation in regelmäßigen Zwischenräumen recidiviren. So berichtet E. von einem Patienten mit Sarkom des N. ischiadicus, bei dem er wegen wiederholter Recidive den Oberschenkel exarticulirte. Wegen erneuten Recidivs gab E. täglich 10—15 Grm. Jodkali, so daß nach einem Jahr circa 4 Pfund verbraucht waren. Seitdem blieb Pat. gesund und recidivfrei.

Verdächtig sind ferner die Geschwülste, bei denen der Gebrauch von Jodkali, Quecksilber oder Decoctum Zittm., endlich von Arsen einen günstigen Einfluß ausübt. Eine von E. viermal wegen steten Recidivs operirte Mammageschwulst kam erst unter der Darreichung von Arsen zu dauernder Heilung.

Zu den verdächtigen Fällen gehören auch die Geschwülste, welche unter dem Einfluß eines Erysipels oder nach Injection von Toxinen verschwinden. Eine Wirkung der letzteren ist jedoch nur bei Sarkom, niemals bei Carcinom beobachtet worden. Die angeführten Verdachtsgründe sind zugleich Hauptmomente der klinischen Diagnose. Eine sorgfältige Untersuchung und Durchforschung der Anamnese ist daher außerordentlich wichtig. Die Art des Wachsthums der Geschwülste ist ohne diagnostische Bedeutung; ebensowenig charakteristisch ist die Consistenz derselben. Von besonderer Wichtigkeit ist der Erfolg, bezw. Mißerfolg früher vorgenommener Curen. Anatomisch läßt sich in manchen Fällen die Diagnose stellen, wenn in dem grauröthlichen Granulationsgewebe Stellen von fettiger Degeneration auftreten. Bei krebsigen Geschwüren ist die Untersuchung der Geschwürsflächen für den Nachweis von Krebsperlen ausreichend. Manche Syphilome lassen sich auch durch das Mikroskop nicht von kleinzelligen und spindelförmigen Sarkomen unterscheiden. Am schwersten zu diagnosticiren sind die syphilitischen Lymphome.

Discussion.

König (Göttingen) kann dem Vortr. in Bezug auf die Häufigkeit der Verwechslung zwischen Sarkom und Syphilis nicht zustimmen. Vielleicht liegt die Differenz an der Verschiedenheit des Materials der verschiedenen Gegenden; an der See kommen offenbar viel schwerere Fälle von Syphilis vor als im Binnenlande. Die tiefen Ulcerationen mit massenhafter Gewebsproduction, besonders im Gesicht, die, walartig am Rande weiter wachsend, schnell ulceriren und in die Tiefe gehen, sind als syphilitische anzusprechen. Leider gehen derartige Kranke, wie K. in 3 Fällen beobachtete, trotz antisyphilitischer Curen zu Grunde.

Rose (Berlin) gibt auf Grund seiner Erfahrungen in der Schweiz eine Bestätigung der Esmarch'schen Anschauungen und verweist besonders auf die Syphilis hereditaria tarda, sowie auf die Entstehung bösartiger Geschwülste auf der Haut auf syphilitischer Grundlage. Derartige Geschwülste können unter Jodkalibehandlung in kurzer Zeit vollständig verschwinden.

Krause (Altona) bestätigt das Auftreten von sehr schwerer Lues an der Küste, deren Krankheitsbilder von denen des Binnenlandes ganz verschiedene sind. Er beobachtete selbst eine Frau mit angeblicher Sarkomgeschwulst am Oberkiefer, deren Heilung auf Jodkali prompt erfolgte, ferner 4 syphilitische Geschwülste des Femurs mit 3 Spontanfracturen, von denen die beiden ersten unter Extension und Jodkalibehandlung zur Heilung kamen.

v. Esmarch: Die schwere Syphilis kommt nicht blos aus den Tropen, sondern auch aus Schweden. Wenn auch die Wirkung der antisyphilitischen Cur nicht gleich anfangs eine eclatante ist, so darf man doch nicht gleich wieder damit aufhören, sondern muß sie noch wochenlang fortsetzen, da die Heilung dann oft ganz rapid erfolgt.

Lindner (Berlin) ist der Ansicht, daß manche Wunderheilungen von inoperablen Geschwülsten durch Homöopathen auf Syphilis zurückzuführen sind. Redner behandelte eine Dame mit einer enormen Geschwulst des Oberkiefers, dessen Resection wiederholt von hervorragenden Chirurgen vorgeschlagen, von der Pat. aber verweigert worden war. In der Behandlung eines Homöopathen bildete sich der Tumor innerhalb 3—4 Wochen zurück. Später erlitt Pat. noch dreimal Spontanfracturen.

v. Esmarch weist darauf hin, daß syphilitische Neubildungen zuweilen auch spontan verschwinden können.

v. Bardeleben (Berlin): **Weitere Erfahrungen über frühzeitige Bewegungen gebrochener Glieder mit besonderer Rücksicht auf die untere Extremität.**

Die frühzeitige Bewegung bei Unterschenkelbrüchen hat den Vortheil, daß der Pat. seine Körperkräfte behält und in relativ kürzerer Zeit geheilt werden kann. Von 46 Unterschenkelbrüchen wurden 39 mit Gehverbänden behandelt, und zwar wurde bei 10 Fracturen der Gypsverband schon am ersten Tage, 17mal am zweiten, 5mal am dritten, 6mal am 4. Tage angelegt, gewöhnlich nur bis zu den Condylen der Tibia, nur selten über das Kniegelenk. Alle Patienten verließen noch an demselben Tage das Bett, kräftige Männer gingen schon am ersten Tage ohne Stütze, die Mehrzahl war nach 5—6 Tagen im Stande, sich ohne Stütze zu bewegen. Zur Vermeidung übler Zufälle empfiehlt B., mit den Gehversuchen erst am 2.—3. Tage zu beginnen. In 22 Fällen war die Heilung unter Einem Verbande vollendet. In den übrigen Fällen wurde beim Verbandwechsel ein die häufige Controle der Bruchstelle gestattender Gypsleimverband angelegt. Nur in 5 Fällen war ein dritter Verband nothwendig. Die Consolidation erfolgte mit Ausnahme eines Falles zur normalen Zeit. Eine Verschiebung der Bruchstücke und deforme Heilung trat in keinem Falle ein. Keine starke Callusbildung. Die Beweglichkeit im Knie- und Fußgelenk war in allen Fällen eine freie und vollkommene; sämmtliche Kranke konnten nach Abnahme des Verbandes gut gehen. Nur in einzelnen Fällen bestand ein nicht meßbarer Muskelschwund. Die größte eingetretene Verkürzung betrug $1^1/_2$ Cm. Alle Säufer entgingen bis auf einen den Delirien. Die durchschnittliche Heilungsdauer bis zur Consolidation beider Unterschenkelknochen betrug 38 Tage, bei Brüchen der Fibula 19 Tage.

Von 4 Kniescheibenbrüchen wurden 2, von 23 Oberschenkelbrüchen 16 mit fixirenden Gehverbänden behandelt. Sämmtliche Kranke empfanden die Behandlung mit dem Gehverband als eine große Annehmlichkeit. Die Durchschnittsdauer der Behandlung betrug 29—36 Tage.

Diese statistischen Mittheilungen bestätigen die großen Vortheile der Gehverbände, die sich allerdings immer nur unter Einhaltung der nöthigen Vorsichtsmaßregeln, speciell der ärztlichen Ueberwachung, erzielen lassen. —r.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 7. Juni 1895.

Arnold Pick: Ein Fall von Seelenblindheit und analogen Erscheinungen in anderen Sinnesorganen.

Der vorgestellte 58jährige Mann hat vor 3 Jahren mehrere leichte apoplektische Insulte erlitten, als deren Residuen gegenwärtig mäßige Aphasie, leichte rechtsseitige Hemiparese, durch grobe Untersuchung festzustellende Einschränkung der Gesichtsfelder nach unten bestehen. Dabei zeigt er die Symptome der Seelenblindheit, Seelentastblindheit, Seelengeruch- und Seelengeschmacklosigkeit. Der Kranke percipirt wohl die Wahrnehmungen, aber er ist nicht im Stande, die Perceptionen in Erinnerungsbilder umzusetzen, so daß er ihm gewiß geläufige einfache Objecte, wie Pfeife, Schlüssel, Glas, Käse, Bier, Schnaps u. s. w., nicht erkennt (Demonstration). Im Gegensatze zu diesen hochgradigen Störungen operirt der Kranke mit seinem Gehör scharf und präcise. Hervorzuheben ist der relativ hohe Grad von Intelligenz des Kranken und das stationäre Verhalten der Erscheinungen, was diesen an und für sich seltenen Fall zu einem besonders bedeutsamen gestaltet.

Als anatomische Ursache der Störungen sind doppelseitige Erweichungsherde in den betreffenden Abschnitten der Hirnrinde anzunehmen, auf deren genauere Localisation Redner im Hinblicke auf die noch wenig präcise Localisation der Centren für Geruch und Geschmack nicht eingehen will.

A. Pollak (Weinberge): **Ueber Herzfehler nach acuten Exanthemen.** (Mit Krankendemonstrationen.)

Ueber die Endausgänge des jetzt allgemein bekannten Auftretens der Endocarditis als Complication der acuten Exantheme gehen die Ansichten der Autoren auseinander, was hauptsächlich in den Differenzen bezüglich der Diagnose seinen Grund hat. Während französische Autoren jedes im Verlaufe von acuten Infectionskrankheiten auftretende Geräusch auf Endocarditis beziehen, verlangt Litten zur sicheren Diagnose einer solchen nebst den Geräuschen noch das Bestehen von Herzvergrößerung, Arhythmie, Petechien u. s. w.; auch die nach Ablauf der Krankheit zurückgebliebenen Geräusche werden von Einigen als sicheres Zeichen eines Herzfehlers angesehen, während ihnen von Anderen jede diagnostische Bedeutung abgesprochen wird.

In den demonstrirten 3 Fällen handelt es sich a) um einen 11jährigen Knaben, bei welchem im Verlaufe einer im Jahre 1892 aufgetretenen Scarlatina sichere Zeichen von Endocarditis vorhanden

waren und die durch ³/₄ Jahre persistenten Geräusche allmälig verschwunden sind, b) um ein Mädchen von 9 Jahren mit gegenwärtig unzweifelhafter Insufficientia valv. mitr. und Stenosis ostii venosi sin., in Folge einer im Verlaufe von Scarlatina aufgetretenen Endocarditis, c) um ein 7jähriges Mädchen, bei welchen im Verlaufe von Morbilli schwere Erscheinungen von Endocarditis auftraten und gegenwärtig Insufficientia valv. mitr. vorhanden ist.

Auf Grund dieser Beobachtungen präcisirt Redner seine Ansichten über Endocarditis im Verlaufe von acuten Exanthemen dahin, daß man sich bei der Diagnose nicht an das Schema LITTEN's halten könne, und daß die Diagnose eines Vitium cordis nicht auf Grundlage eines Geräusches gestellt werden dürfe.

Die Anfrage von M. WEISS, ob es sich bei beiden ersten Fällen nicht um Endocarditis als Complication eines hinzugetretenen Rheumatismus scarlatinosus gehandelt habe, beantwortet Redner dahin, daß wohl in beiden Fällen Gelenksaffectionen mit neuem Fieberanstiege aufgetreten sind, aber erst zu einer Zeit, nachdem die Erscheinungen von Endocarditis schon manifest gewesen waren.

CHIARI: Ueber einen neuen als Erreger einer Pyohämie beim Menschen gefundenen Kapselbacillus.

Bei der am 7. December 1894, 13 Stunden post mortem vorgenommenen Obduction der Leiche eines 52jährigen Mannes, bei welchem auf der Klinik des Prof. v. JAKSCH die Diagnose auf Nephritis acuta infectiosa, Tumor lienis, Otitis med. supp. dextra gestellt worden war, fand sich suppurative Meningitis, eitrige Otitis med. dextr. und seröse Otitis med. sin., alte Lungenspitzentuberculose, lobuläre Pneumonie, Hypertrophie des linken Ventrikels, alte Endocarditis an der Valv. bicusp., frische Endocarditis an den Aortenklappen, vereiternde Myomalacie eines Papillarmuskels, anämischer Infarct der Milz, eitrige Nephritis, Cystopyelitis und Prostatitis suppurativa.

Die bacteriologische Untersuchung des Eiters dieser Organe und Höhlen ergab folgendes Resultat: In den Deckglaspräparaten der Meningitis fanden sich keine Bacterien; in dem Inhalte des Cavum tympani sin. viele Diplococcen von dem Aussehen des Diploc. pneum. FRAENKEL-WEICHSELBAUM, in dem Eiter des Cav. tymp. dext. nebst spärlichen Diplococcen reichliche, mit LÖFFLER'schem Methylenblau stark verquellende Bacillen; dieselben verquollenen, nach GRAM nicht färbbaren Bacillen fanden sich in sehr großer Menge im Herzblute der Endocarditis, im Niereneiter, im Inhalte der Harnblase und im Eiter der Prostatitis.

Die von den genannten Flüssigkeiten angelegten Agarculturen ergaben durchwegs dieselben, im LÖFFLER'schen Methylenblau verquellenden, nach GRAM nicht färbbaren, unbeweglichen Bacillen, welche auf allen gebräuchlichen Nährböden gediehen. Auf Agar und Kartoffeln war ihr Wachsthum schleimig, im Gelatinestich nagelförmig, auf Kartoffeln kam es zur reichlichen Gasbildung, Milch brachten sie nicht zur Gerinnung. Dasselbe eigenthümliche Verquellen der Bacillen bei Färbung mit LÖFFLER'schem Methylenblau zeigten die von den Culturflüssigkeiten angelegten Deckglaspräparate. Auch in Schnittpräparaten fanden sie sich augenscheinlich als Erreger der betreffenden pathologischen Veränderungen in sehr großer Menge und zeigten hier bei geeigneter Färbung nach der Methode von FRIEDLÄNDER schön ausgebildete Kapseln.

Kaninchen waren für intraperitoneale Infection mit diesem Kapselbacillus refractär, bei subcutaner kam es zur Absceßbildung, bei intravenöser zu rasch tödtender Septhämie, Einspritzung in den Ureter erzeugte ascendirende Nephritis. Bei Meerschweinchen erfolgte nach subcutaner Infection ausgedehnte Phlegmone, nach intraperitonealer eitrige Peritonitis mit Septhämie. Mäuse starben septisch sowohl nach subcutaner als intraperitonealer Infection.

CHIARI legt sich den Fall so zurecht, daß es sich hier zuerst um eine aus Cystopyelitis, resp. Prostatitis supp. entstandene Nephritis supp. ascendens gehandelt habe, an die sich dann die recente Endocarditis mit der Myomalacie und dem Milzinfarcte und schließlich auch die Meningitis anschloß; in die beiden Cava tympani gelangten die Kapselbacillen als eine secundäre hämatogene Infection nach vorausgegangener Inficirung durch den Diplococcus FRAENKEL-WEICHSELBAUM.

Ein Vergleich des hier beschriebenen Kapselbacillus mit den 17 bisher bekannten, für Menschen oder Thiere pathogenen Kapselbacillen ergab durch ege auffällige Verschiedenheiten und er ist demnach bis auf Weiteres als eine eigene Species pathogener Kapselbacillen anzusehen.

WELEMINSKY: Die Ursache des Leuchtens der Choleravibrionen.

Von den drei leuchtenden Culturen, welche Prof. HUEPPE am 22. Februar im Vereine demonstrirte, stammten zwei von Fällen echt asiatischer Cholera und hatten ursprünglich nicht geleuchtet, sondern die Phosphorescenz nach Passage durch Taubenblut erlangt; die dritte war längere Zeit vor dem Ausbruche der kleinen Hamburger Sommer-Epidemie 1893 aus dem dortigen Wasser gezüchtet worden und hatte gleich von vorneherein geleuchtet.

Um die Ursachen dieses verschiedenen Verhaltens zu erforschen, stellte W. im Laboratorium des Prof. HUEPPE eine Reihe von Versuchen an, welche zu folgendem Ergebnisse führten:

Das Leuchten tritt nur dort auf, wo Luft Zutritt hat und ist um so intensiver, je allseitiger der Luftzutritt ist.

Bei Anwesenheit von reducirenden Körpern im Nährboden tritt kein Leuchten auf und das früher bestandene verschwindet, selbst bei unbehindertem, freiem Luftzutritt; auch verlieren in solchen Medien die Vibrionen die sie sonst auszeichnende lebhafte Beweglichkeit, im Besonderen die Fähigkeit, an die Oberfläche zu gehen.

Das Leuchten ist an die Aufnahme von Sauerstoff gebunden, demnach als eine continuirlich vor sich gehende Oxydation aufzufassen; begünstigt wird die Aufnahme von Sauerstoff durch die lebhaften Bewegungen der Vibrionen, und vice versa befördert die Gegenwart von Sauerstoff die Beweglichkeit derselben.

Das Leuchten ist also nichts Anderes, als die bis zu einem sehr hohen Grade vorhandene Fähigkeit, sich mit dem Sauerstoff zu verbinden. —z.

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Académie des sciences.

Sitzung vom 10. Juni 1895.

S. DUPLAY und SAVOIRE: Untersuchungen über den Stoffwechsel bei Carcinom.

In neuerer Zeit glaubte man, in gewissen Stoffwechselveränderungen, besonders in der Verminderung des täglich ausgeschiedenen Harnstoffes und der Phosphate, ein für Carcinom charakteristisches Zeichen gefunden zu haben. Die von den Autoren angestellten Versuche haben aber ein ganz anderes Resultat ergeben. Sie konnten sich auf's Genaueste überzeugen, daß die Harnstoffausscheidung lediglich vom Nahrungsregime abhängt, und daß das procentische Verhältniß des Harnstoffes nicht merklich von der Norm abweicht, wenn man dem Kranken eine genügende Ernährung bietet. Das Gleiche gilt von der Verminderung der Phosphate. Die Untersuchungen bezogen sich auf 15 Carcinomatöse, von denen die Mehrzahl sich im Stadium der Kachexie befand; die Analysen wurden an 10 auf einander folgenden Tagen gemacht. Die ausgeschiedene Harnstoffmenge betrug bei denselben täglich 18—26 Grm., entsprach also vollkommen der Norm. Die verminderte Stickstoffausscheidung, die man bei Carcinom ja gewiß findet, ist, wie die Vortr. glauben, nichts für die Carcinose Charakteristisches, sondern hängt einfach damit zusammen, daß die Kranken die gewöhnliche Nahrung nicht vertragen und deshalb der Unterernährung verfallen. Das Verhältniß der Stickstoffausscheidung wird aber sofort normal, wenn man die Ernährung durch Milchregime aufbessert. Genau so verhält sich die Ausscheidung der Phosphate. Demnach kann weder die Verminderung des Harnstoffes, noch die Hypophosphaturie als ein constantes und noch weniger als ein pathognomonisches Zeichen des malignen Neoplasmas betrachtet werden.

PHISALIX und **BERTRAND** machen Mittheilung über die Anwendung von Chlorcalcium gegen giftige Schlangenbisse. Nachdem es den Beiden gelungen ist, eine serotherapeutische Methode zu demselben Zwecke aufzufinden, welche sichere Resultate liefert, versuchten sie aus Zweckmäßigkeitsgründen, chemische Mittel

von derselben Wirksamkeit zu finden. Es sind zu diesem Zwecke eine Reihe von Mitteln empfohlen worden. Ihre diesbezüglichen Versuche führten sie auf das Chlorcalcium und es zeigte sich, daß eine wässerige Lösung desselben den Organismus nicht etwa, wie CALMETTE angibt, dadurch schützt, daß es eine antitoxische Substanz darstellt, welche in die Circulation gelangt und dortselbst das Gift zerstört, wie dies im Reagensglase der Fall ist, sondern daß das Mittel lediglich local wirkt. Es zerstört nur das Gift an der Bißstelle der Haut, mortificirt das Gewebe und setzt auf diese Weise der Resorption ein Hinderniß. Dies geht schon daraus hervor, daß die Injectionen von Chlorcalcium, wenn sie an einem von der Bißstelle entfernten Orte gemacht werden, keine immunisirende Wirkung haben. Wenn man dieses Mittel versuchen will, muß man es tief unter die Haut an dem Orte, wo die Zähne eingedrungen sind, injiciren.

Sitzung vom 17. Juni 1895.

P. DELBET: Die experimentelle Erzeugung von Lymphoma malignum bei einem Hunde.

D. demonstrirt einen Hund, bei welchem es ihm gelungen ist, durch Impfung von Reinculturen eines Bacillus die infectiöse Natur des Lymphoma malignum zu beweisen. Der Bacillus stammt aus dem Milzblute einer Frau, welche an allgemeinem Lymphoma malignum gestorben war. Die Reinculturen wurden in großen und wiederholten Dosen injicirt, eine für das Gelingen des Versuches unbedingt nöthige Maßregel. Die Injectionen wurden theils in die Peritonealhöhle, theils in das Unterhautzellgewebe gemacht. Das Thier verlor innerhalb 15 Tagen 2 Kgrm, mehr als $^1/_5$ seines ursprünglichen Gewichtes. Zweimal entwickelten sich an der Injectionsstelle Abscesse, die leicht heilten und denselben Bacillus in Reincultur enthielten. Nach einem Monate wurde der Hund getödtet, und es fanden sich die Drüsen des Mesenteriums, sowie die des Mesocolons, die Bronchial-, Prävertebral-, Inguinal- und die Achseldrüsen beträchtlich vergrößert. Daß es sich um keine einfache Coincidenz handelte, geht daraus hervor, daß die Drüsen den geimpften Bacillus in Reincultur enthielten.

Auf die Aetiologie des Bacillus, sowie auf die Consequenzen, welche sich vom anatomischen und therapeutischen Standpunkte aus diesem Versuche ergeben, näher einzugehen, behält sich Redner vor.

Société médicale des hôpitaux.

Sitzung vom 14. Juni 1895.

HANOT berichtet über einen Fall von alkoholischer Lebercirrhose, bei welchem es zu Hämatemesis von abwechselnd hellrothem und schwarzem Blute gekommen war. Bei der Section fand sich, daß die Hämatemesis ihren Ursprung in einer kleinen Ulceration an der Oberfläche des Oesophagus hatte, dessen ganze untere Partie von Varicen eingenommen war. Je nachdem das Blut direct erbrochen wurde oder zunächst in den Magen gelangte und dort einige Zeit verblieb, war das erbrochene Blut roth oder schwarz und zeigte neutrale oder saure Reaction.

BALLET gibt eine Modification der PAL'schen Färbungsmethode, welche in Folgendem besteht: Nachdem die Schnitte in einer 40—45proc. Hämatoxylinlösung eingetaucht worden sind, bringt man sie in eine Lösung von Kupferacetat und Osmiumsäure. Im Weiteren werden die Schnitte nach der von PAL angegebenen Methode behandelt. Bei dieser Modification ist die Färbung der Schnitte innerhalb einer halben Stunde vollendet, während nach dem gewöhnlichen Verfahren dieselbe 24—36 Stunden dauert.

Ch.

Notizen.

Wien, 27. Juli 1895.

(CARL BETTELHEIM †.) Wir beklagen den Heimgang eines ausgezeichneten Collegen. Dr. CARL BETTELHEIM, Privatdocent für innere Medicin an der Wiener Hochschule und Primararzt der internen Abtheilung des Rudolphinerhauses, ist gestern in Wien gestorben. Der Tod war ihm Erlösung von schwerem Herzleiden, das die letzten Monate zu einem Martyrium für den kranken Arzt gestaltet hat. BETTELHEIM wurde am 28. September 1840 geboren, absolvirte die medicinischen Studien an der Wiener Universität, stand in den Jahren 1868—1870 seinem Lehrer OPPOLZER als Assistent zur Seite und habilitirte sich 1871 als Privatdocent. Seit Gründung des Rudolphinerhauses durch BILLROTH führte er die Leitung der internen Abtheilung dieses Krankenhauses. Von seinen überaus zahlreichen und werthvollen Arbeiten seien die Publicationen über Phosphorvergiftung, Echinococcus cerebri, die Diagnose des Magencarcinoms, über Pneumonia biliosa, sowie über die Entstehung des zweiten Tones in der Carotis hervorgehoben. Als Begründer und langjähriger Herausgeber der „Med.-chir. Rundschau" war BETTELHEIM auch publicistisch in hervorragender Weise thätig. Der Höhepunkt seiner Leistung aber war am Krankenbette zu finden. Als Diagnostiker rückhaltlos anerkannt, war BETTELHEIM ein Arzt in des Wortes bester Bedeutung. Ohne Rücksicht auf die eigene Gesundheit oblag der Verblichene den schweren Aufgaben seines Berufes als Helfer und Tröster seiner zahlreichen Kranken, ein leuchtendes Vorbild ärztlicher Pflichttreue und Gewissenhaftigkeit. Sein Andenken wird darum ein ehrenvolles sein, nicht nur bei seinen Freunden und Collegen, welche den Verlust dieses Mannes tief beklagen, sondern bei Allen, die ihn gekannt. Hochachtung und Dankbarkeit haben die Kränze gewunden, die zu dieser Stunde an der Bahre des trefflichen Arztes, des unvergeßlichen Menschen niedergelegt werden.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 20. Juli, der Schlußsitzung des laufenden Geschäftsjahres, referirte O.-S.-R. v. WIEDERSPERG über die Statthaftigkeit der Verpflegung von Kranken in der Behausung des sie behandelnden Arztes und über die diesfalls anzufordernden sanitätspolizeilichen Voraussetzungen. Ferner gab Ministerialrath Dr. v. KUSY ein Gutachten ab über die Statthaftigkeit des Bezuges und Vertriebes animaler Impflymphe im Wege öffentlicher Apotheken, sowie über die sanitätspolizeilichen Erfordernisse eines derartigen Vertriebes von Impflymphe. Ferner referirte Hofrath ALBERT über die Ersprießlichkeit der Neuregelung des Gewerbes der Erzeugung medicinischer Instrumente und Bandagen vom sanitären Standpunkte, ferner über die Nothwendigkeit der Vorsorge für einen geregelten Fachunterricht für diese Gewerbskategorie, sowie für das Gewerbe der Zahntechniker Außer diesen Gegenständen gelangten noch verschiedene amtliche Agenden, so z. B. betreffend eine Angelegenheit des poliklinischen Unterrichtes sowie anläßlich eines speciellen Falles die Frage der Zulassung weiblicher Candidaten der Medicin zu einer praktischen ärztlichen Berufsthätigkeit zur Besprechung. Schließlich wurde vom O.-S.-R. Prof. Dr. VOGL aus Anlaß der durch die wissenschaftliche Untersuchung im pharmakologischen Institute der Wiener medicinischen Facultät nachgewiesenen gefährlichen Verwechslung eines pharmaceutischen Extractes beim Bezuge aus einer ausländischen Fabrik ein Initiativantrag eingebracht und einstimmig angenommen, mit welchem Maßnahmen zur Hintanhaltung der Gefährdung von Leben und Gesundheit durch mangelhafte Einrichtungen im Handelsverkehre mit pharmaceutischen Erzeugnissen zur Durchführung empfohlen werden.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 15. Juli berieth der Landes-Sanitätsrath über jene Maßnahmen, welche zur Verhütung des bei Bürstenbindern in den letzten Jahren wiederholt beobachteten Auftretens von Milzbrandinfectionen zu treffen wären, und sprach sich dahin aus, daß sämmtliche Thierhaare vor ihrer Verarbeitung in den gewerblichen Betrieben einer wirksamen Desinfection, sei es durch

strömenden Wasserdampf, sei es durch Auskochen unter Zusatz einer desinficirenden Flüssigkeit, unterzogen werden sollen. Einen weiteren Gegenstand der Berathung bildete die Frage der Zulässigkeit des Genusses des sogenannten „Lederfleisches", d. i. jener Fleischtheile, welche bei der Aufarbeitung der geschlachteten Rinder an den Häuten haften bleiben und die in den Gerbereien von den Arbeitern abgelöst und genossen werden. Der Landes-Sanitätsrath erklärte den Genuß solchen in der Regel bereits verdorbenen Fleisches für sanitär unzulässig und beantragte, die Verfügung zu treffen, daß die frischen Rindshäute mit Kalkmilch oder Carbolsäure bestrichen werden, wodurch einerseits das an den Häuten haftende Fleisch ungenießbar gemacht, andererseits aber auch in indirecter Weise eine sorgfältige Ablösung der Fleischtheile seitens der Fleischhauer gefördert werde, so zwar, daß trotz der vorerwähnten Bestimmung diese billigen Fleischreste dem Consum der ärmeren Bevölkerung erhalten bleiben.

(Zur Behandlung des Krebses mit Streptococcenserum.) In der Sitzung des Vereines czechischer Aerzte in Prag vom 8. Juli d. J. berichtet Dr. KOPFSTEIN über die auf der Klinik des Prof. MAYDL mit Streptococcenserum gegen Carcinom angestellten Versuche. Gewonnen wurde dasselbe aus dem Blute eines Schafes, welchem 15—20 Ccm. einer Streptococcus-Bouilloncultur in eine Vene eingespritzt worden war. Die Versuche wurden angestellt an 14 Kranken (12 Carcinome, 1 Sarcom, 1 Malignolymphom) auf die Weise, daß je 1—5 Grm. des Serums in die Neubildung eingespritzt wurden. Die beobachteten Wirkungen waren folgende: Schmerzen traten bei Allen nicht nur in der Geschwulst, sondern auch in entfernten Körperregionen auf, waren bei Einzelnen unerträglich und dauerten mehrere Stunden an. Eine halbe Stunde nach der Injection stellte sich heftiger Schüttelfrost durch fast eine Stunde ein; das Gesicht wurde cyanotisch, die Zunge veilchenblau, und auf der Haut des Rumpfes und der Extremitäten kam es zu venösen Stasen in Form von Todtenflecken. Die Temperatur stieg bald nach der Injection auf 41° und wurde nach 4—6 Stunden wieder normal. Bei manchen Kranken trat ein scharlachähnliches Exanthem, Brechen, Durchfall, Nasenbluten, Athembeschwerden auf. Die Einwirkung auf die Geschwulst war verschieden, je nachdem dieselbe subcutan oder exulcerirt war. Die subcutanen Geschwülste wurden geschwellt und schmerzhaft, die Haut bis auf weitere Entfernung stark ödematös, und erst nach einigen Tagen war Geschwulst und Oedem verschwunden. Rings um die exstirpirte Geschwulst erscheint das Bindegewebe gewuchert, und die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst läßt neben Wucherung des Bindegewebes carcinomatöses Gewebe erkennen. War die Geschwulst exulcerirt, so reinigt sich nach der Injection das Geschwür auffallend, und aus dem erweichten Grunde wachsen Inselchen rothen Gewebes hervor, das sich histologisch als Carcinomelemente und Granulationsgewebe erweist. Die Metastasen bleiben in beiden Fällen unverändert. Die gewonnenen Resultate sprechen nicht dafür, daß das Streptococcenserum ein specifisches Mittel gegen Krebs sei; von einer Heilung dadurch kann absolut keine Rede sein. Die Veränderungen an der Geschwulst bleiben nur auf jene Stelle beschränkt, wohin das Serum gelangte. Bei Sarcom wurden außer Schwellung und Empfindlichkeit keine anderen localen Veränderungen beobachtet.

(EULENBURG's Real-Encyclopädie.) In rascher Folge läßt die Verlagshandlung Urban & Schwarzenberg die einzelnen Bände der 3., gänzlich umgearbeiteten Auflage von EULENBURG's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde erscheinen. Es liegt nunmehr der VII. Band vor, welcher die Artikel Endocarditis bis Fissura enthält. Es wäre überflüssig, jedem einzelnen Bande das Geleite besonderen Lobes zu geben, welches das Riesenwerk EULENBURG's und seiner Mitarbeiter in vollstem Maße beanspruchen darf. Wir beschränken uns darauf, aus den zahlreichen Artikeln des VII. Bandes die durch Umfang und Wichtigkeit für den praktischen Arzt bedeutenderen Abschnitte hervorzuheben: Endocarditis (O. ROSENBACH), Entbindung (KLEINWÄCHTER), Entzündung (ZIEGLER), Epididymitis (v. ZEISSL), Epilepsie (BINSWANGER, HALBAN), Epispadie (ENGLISCH), Erbrechen (GAD), Ernährung (LOEBISCH), Ertrinken (E. v. HOFMANN), Erysipelas (E. KÜSTER), Erythema (G. BEHREND), Extrauterinschwangerschaft (A. MARTIN), Favus (LASSAR), Fette (MUNK), Fettsucht (KISCH), Fieber (SAMUEL), Fischgifte (HUSEMANN). Im Ganzen behandelt der vorliegende Band 294 Schlagwörter.

(Literarisches.) Prof. BENEDIKT's neuestes Werk: Die Seelenkunde des Menschen, aus welchem wir den Abschnitt „Die Gemüthsarten" in Nr. 26 zu publiciren in der Lage waren, ist soeben bei Reisland in Leipzig erschienen.

(Statistik.) Vom 14. bis inclusive 20. Juli 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5971 Personen behandelt. Hievon wurden 1419 entlassen; 130 sind gestorben (8·3% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 51, egyptischer Augenentzündung 9, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 17, Scharlach 58, Masern 128, Keuchhusten 77, Wundrothlauf 12, Wochenbettfieber 3, Parot. epid. 7, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 627 Personen gestorben (— 41 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. A. KELLER im 68. Lebensjahre; in Lemberg: Dr. Th. JENDL.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unsrer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Gemeindearzt für die Sanitätsgemeindegruppe Deutsch-Altenburg-Hundsheim mit dem Wohnsitze in Deutsch-Altenburg (N.-Oe.). Subvention aus dem n.-ö. Landesfonde 300 fl., Jahresbeitrag der beiden Gemeinden 230 fl. Gesuche bis 1. August an die Gemeindevorstehung Deutsch-Altenburg.

Districtsarztesstelle in Reichenburg, Steiermark. Mit dieser Stelle ist verbunden: eine vorläufig auf ein Jahr bewilligte Subvention von 300 fl. vom Landesausschusse, 120 fl. vom Bezirksausschusse Lichtenwald, weiter ein Betrag von 280 fl. seitens der betreffenden Gemeinden für die Besorgung des Gemeindesanitätsdienstes und ein Pauschale von 100 fl. für die Behandlung der Kranken im Trappistenkloster. Ueberdies ist noch ein Pauschale des Bezirksausschusses Drachenburg und Rann zu erwarten. Gesuche bis 31. Juli an den Districtsausschuß in Reichenburg.

Gemeindearzt für die Sanitätsgemeindengruppe Röschitz, Niederösterreich. Fixe Bezüge 428 fl., Haltung einer Hausapotheke Bedingung. Gesuche bis 15. August an die Gemeindevorstehung Röschitz. Persönliche Vorstellung erwünscht.

Gemeindearzt für die Sanitätsgruppe Röhrenbach, pol. Bezirk Horn. Gesuche bis 1. August an das Bürgermeisteramt Röhrenbach.

Gemeindearzt für Buchers, Bezirk Kaplitz in Böhmen. Gehalt 900 fl. Gesuche an das Gemeindeamt.

Gemeindearzt für St. Andrä-Wördern, verbunden mit der Stelle eines Hausarztes der n. ö. Landes-Siechenanstalt St. Andrä, kommt mit 1. Januar 1896 zur Besetzung. Fixe Bezüge 695 fl. Anfragen an den Bürgermeister von St. Andrä.

Gemeindearzt für den Sanitätssprengel Draczynetz, Bukowina. Gehalt 600 fl. Gesuche an die Bezirkshauptmannschaft Storozynetz.

Secundararzt für das allg. Krankenhaus in Drohobycz, Galizien. Gehalt 300 fl., Wagengeld 50 fl. Gesuche bis Ende Juli an den Stadtmagistrat.

Secundararztesstelle I. Classe für die mähr. Landesanstalt in Olmütz. Außer Naturalwohnung mit Beheizung und unentgeltlicher Verköstigung, Jahresremuneration von 500 fl., bzw. 400 fl. Gesuche bis 1. August an die Direction.

Die Stelle eines Cassenarztes bei den Steinkohlenwerken in Orlau-Lazy und Poremba, Schlesien, ist zu besetzen. Gesuche bis Ende Juli an den Vorstand der Bruderlade der Steinkohlenwerke Orlau-Lazy und Poremba in Orlau.

Gemeindearzt für Tramin, deutsches Südtirol, mit 2000 Einwohner in geschlossener Ortschaft, deren entlegenste Häuser 20 Minuten entfernt sind. Gehalt 700 fl. und unentgeltliche Wohnung im Gemeindehause. Gesuche bis Ende August an den Marktmagistrat Tramin.

Kreisarzt für Gyó-Szt.-Miklos (Com. Csik). Gehalt 800 fl. Gesuche bis 31. August an das O.-St.-A.

Districtsarzt für Alberti-Irsa (Com. Pest-Pilis). Gehalt 500 fl. Gesuche bis 29. Juli an das Gemeindeamt Irsa.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstr. 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstr. 12.

Nr. 31. Sonntag den 4. August 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von **Urban & Schwarzenberg in Wien.**

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. Max und Dr. Adolf Jolles in Wien.

Ueber Margarin.

(Eine hygienische Studie.)

Von **Dr. Adolf Jolles** in Wien.

Es ist eine heute wohl allgemein bekannte Thatsache, daß selbst in Ländern mit hochentwickelter Viehzucht der Verbrauch an Kunstbutter immer mehr zunimmt. Der Grund hiefür liegt einerseits darin, daß die Zunahme der Bevölkerung im Verhältnisse erheblich größer wird, als der Viehstand anwächst, respective die durch die Viehzucht gewonnenen Zwischenproducte sich vermehren, andererseits in dem bedeutend gesteigerten Bedarfe an Butter, namentlich für die Bedürfnisse der Küche. Ich halte es daher für angezeigt, vom hygienischen Standpunkte aus die Kunstbutterfrage einer näheren Beleuchtung zu unterziehen. Bei der kurzen mir zu Gebote stehenden Zeit kann es mir selbstverständlich nicht beifallen, in eine erschöpfende Behandlung des Gegenstandes mich einzulassen; allein ich werde bemüht sein, alle das Margarin betreffenden Fragen mit besonderer Berücksichtigung des hygienischen Gesichtspunktes in kurzen Zügen zusammenzufassen, und werde ich die mir gestellte Aufgabe als erfüllt ansehen, wenn die geehrten Mitglieder der Section die von mir gestellten Anträge zum Gegenstande einer Discussion und eventuell eines Beschlusses machen würden.

Das Verdienst, aus thierischem Fette ein Surrogat für Naturbutter hergestellt zu haben, gebührt bekanntlich dem Chemiker Mége-Mouriès, welcher über Auftrag Napoleon III., für die französische Armee ein billiges Fett herzustellen, das geeignet wäre, die kostspielige Naturbutter zu ersetzen, im Jahre 1869 ein darauf hinzielendes Verfahren angab. Es ist kein Zweifel, daß Napoleon III. sich durch die Anregung zur Darstellung eines billigen Ersatzmittels für Butter vom Standpunkte der Ernährung ein großes Verdienst erworben hat. Wir wissen ja jetzt, daß unter dem Einflusse der Fettzersetzung weniger Eiweiß zerstört wird und daß ferner durch Muskelarbeit die Eiweißzersetzung nicht oder nur unbedeutend vermehrt, wohl aber wesentlich die Kohlensäure-Ausscheidung und die Sauerstoff-Aufnahme gefördert wird. Daraus folgt, daß dem arbeitenden Körper, um ihn auf seinem Bestande zu erhalten, außer der nothwendigen Eiweißmenge Fett oder dieses ersetzende Kohlenhydrate zugeführt werden müssen, und zwar umsomehr, je größer die Arbeitsanforderung ist, welche an das betreffende Individuum gestellt wird.

Nachdem der Mensch mehr als 500 Grm. stärkemehlartige Nahrung pro Tag ohne Beschwerden nicht zu bewältigen vermag, so muß bei erhöhter Leistung an Arbeit die Menge an Fett entsprechend erhöht werden. Es spielen somit die Fette bei der Ernährung eine nicht zu unterschätzende Bedeutung.

Als Napoleon III. den Chemiker Mége-Mouriès mit der Herstellung eines billigen und wohlschmeckenden Genußfettes betraute, war der Preis für Naturbutter noch höher als jetzt und war somit für die minder bemittelten Classen als Luxusartikel zu bezeichnen. Die anderen Genußfette, wie Schweineschmalz, Speck, ließen jedoch an Geruch und Geschmack so vieles zu wünschen übrig, daß sie zum directen Genusse bei der hohen Empfindlichkeit der menschlichen Geschmacksorgane nichts Einladendes besassen. Die ärmeren Bevölkerungsclassen mußten somit mit dem für die Ernährung so wichtigen Fett sparen, und den Bedarf an stickstofffreien Materialien hauptsächlich mit Kohlehydraten bestreiten.

Die Herstellung eines billigen Fettes hatte deshalb in der damaligen Zeit eine noch größere sociale Bedeutung als heute, wo der Preis für Naturbutter erheblich gesunken ist. Napoleon III., dem wohl in erster Linie die rationelle Ernährung seiner Soldaten am Herzen lag, hatte den berechtigten Wunsch, in die Tagesration der Armee ein geeignetes Fett einzuführen, ohne die Kosten erheblich zu erhöhen.

Mége-Mouriès hat die an ihn gestellte Aufgabe glänzend gelöst, denn das von ihm erfundene und bereits im Jahre 1869

in England und 1873 in Amerika patentirte Verfahren hat sich trotz der großen Zahl von Verbesserungsvorschlägen, die seither gemacht wurden, bis auf den heutigen Tag fast unverändert erhalten.

Der Kern der Erfindung von Mége-Mouriès ist eigentlich die fabriksmäßige Reinigung des thierischen Fettes und die Verarbeitung desselben zu einem butterähnlichen Surrogat.

Demgemäß ist auch das Ausgangsmaterial zur Herstellung des Margarins das thierische Fett, vor Allem der Rindstalg oder Ochsentalg von Stieren, Ochsen, Kühen und Kälbern. Aber auch der Hammeltalg, Ziegentalg und Hirschtalg gehören in die Reihe der Rohmaterialien. Der rohe Talg, auch Rohausschnitt genannt, wurde in früherer Zeit direct der Kerzen- und Seifenfabrikation zugeführt; seit der Einführung der Margarinfabrikation sortirt man ihn häufig in den Rohkern und Rohausschnitt. Der Rohkern, auch Nierenfett genannt, besteht aus compacten Fettmassen, die man entsprechend ihrer Lage im Thierkörper als Eingeweidefett (Bandelfett), Herzfett, Lungenfett, Stichfett (Fett der Halstheile), Taschenfett (Fett der Genitalgegend) und Netzfett unterscheidet. Das geschätzteste Fett der Ochsen ist jenes, welches als Nierenfett oder Lungenfett verarbeitet wird, weil es unter allen Talgarten die festeste und körnigste ist.

Die erwähnten Rohmaterialien bestehen wie alle festen Fette aus einem Gemenge von Palmitin, Stearin und Oleïn. Die Mengenverhältnisse dieser Fette sind nicht constant, sondern variiren je nach den verschiedenen Körpertheilen, welchen sie entstammen, ferner je nach dem Alter, den Ernährungsverhältnissen etc. der Thiere. Beim Nierenfett kommen auf circa 3 Theile festes Fett (Palmitin und Stearin) etwa 1 Theil flüssiges Oleïn.

Der Rohausschnitt, welcher die Fette niederer Qualität enthält, wandert in die Seifen- und Kerzenfabrikation.

Die Aufgabe des Margarinfabrikanten besteht nun darin, zunächst das thierische Fett sorgfältig zu reinigen.

Zu diesem Zwecke wird der Rohtalg zunächst gewaschen, um ihn von den anhaftenden Haut- und Bluttheilen zu befreien und dann zerkleinert. Zum Waschen ist mit Permanganat versetztes Wasser zu empfehlen. Mit der Zerkleinerungs-Operation wird hauptsächlich bezweckt, das im Zellgewebe eingeschlossene Fett zu isoliren.

Nach dem Zerkleinern gelangt das Fett in Bottichen, in welchen es bei möglichst niedriger Temperatur, etwa 45°, ausgeschmolzen wird. Je rationeller das Schmelzen der Rohfette erfolgt, desto größere Ausbeuten und bessere Qualitäten an „Premier jus" werden erzielt.

Das Fett gelangt nun zum Absetzen in sogenannte Absetzgefäße, das sind Metallgefäße mit doppelten Wänden, zwischen welchen Wasserdampf strömt. Das Fett wird hierbei nur auf einer Temperatur von 45° C. erhalten. Zur Beschleunigung der Klärung setzt man dem Fette reines Kochsalz zu.

Das geklärte Fett, — welches in praxi den Namen „Premier jus" führt — hat eine schön gelbe Farbe und gleicht im Aussehen und Glanze einem ganz reinen Olivenöl. Das gereinigte Fett gelangt nun zum Krystallisiren. Diese Manipulation bezweckt, das Fett in Erstarrung zu bringen, wobei schon eine Trennung der festen und flüssigen Antheile des Fettes stattfindet, indem sich zwischen den Krystallen des festen Antheils das flüssige Fett ansammelt.

Das Krystallisiren des Fettes erfolgt in Blechwannen, und zwar in besonderen Krystallisirkammern, die mittelst Dampf auf die constante Temperatur von etwa 25° C. erhitzt werden. Zur Sommerszeit wird selbstverständlich nicht allein oft die Heizung unterbrochen, sondern man muß wiederholt durch passende Ventilation dafür sorgen, daß die Temperatur von 25° C. nicht verändert wird.

Das krystallisirte Fett gelangt hierauf in den Preßraum, woselbst hydraulische Pressen mittelst starken Druckes aus dem erstarrten Fett die härteren und schwer schmelzbaren Antheile (d. i. Stearin- und Palmitinsäure) von der flüssigen Oelsäure trennen. Das erzielte Product ist um so feiner und wohlschmeckender, je niedriger die Temperatur beim Pressen ist. Die Ausbeute wird zwar bei Einhaltung einer niedrigen Temperatur naturgemäß geringer, aber der Fabrikant hat es jedenfalls in der Hand, ein allen Anforderungen entsprechendes Product zu gewinnen. Das zurückbleibende Stearin (Preßtalg) findet außerhalb der Fabrik in Stearinfabriken etc. Verwendung, während der flüssige Antheil, welcher eine ölartige, mild schmeckende, der geschmolzenen Naturbutter ähnliche Flüssigkeit bildet, das eigentliche Margarin darstellt.

Zur Herstellung der Kunstbutter wird das Margarin in durch Maschinenkraft getriebenen Buttermaschinen verbuttert.

Die verwendeten Milchquantitäten sind je nach der Qualität der zu erzielenden Butter verschieden und wechseln diese zwischen 35 bis 40% der Menge an Margarin. Man läßt dann das verbutterte Rohmargarin unter Einwirkung eines Eiswasserstrahles, welcher die Masse in kleinste Theilchen zerstäubt, in einen Behälter mit Eiswasser fließen, wobei die Fetttröpfchen sofort vollständig erstarren. Das erstarrte Product wird nun zwischen Walzen mehreremal ausgepreßt und hierauf nochmals in einem Knetteller derart bearbeitet, daß das Product möglichst von eingeschlossener Muttermilch und aller Feuchtigkeit befreit wird. Die Färbung der Kunstbutter, um der Waare eine schöne gelbe Farbe zu verleihen, geschieht genau so wie bei der Naturbutter, und zwar entstammen die am häufigsten zum Färben der Kunstbutter angewendeten Farbstoffe der Curcuma und dem Orleans. Gegen diese Manipulation läßt sich vom hygienischen Standpunkte nichts einwenden und auch in dem Entwurf für einen Codex alimentarius austriacus ist die Verwendung von unschädlichen Farbstoffen, insoferne sie in sehr geringen Quantitäten zur Herstellung einer gleichmäßigen Handelswaare gebraucht werden, gestattet. Die so gewonnene Kunstbutter wird in die Versandtgefäße eingestampft und gelangt so in den Handel.

Das Verfahren von Mége-Mouriès hat im Princip, wie ich schon erwähnt habe, keine Aenderung erfahren. Nur hat die Herstellung der Margarinproducte einige Abänderungen in der Richtung erfahren, daß zur Herstellung einer butterähnlichen Consistenz in neuerer Zeit feinste Speiseöle verwendet werden, vor Allem das reine Baumwollsamenöl (Cottonöl), welches sich gegenwärtig als das einzige wirklich zweckdienliche Oel erwiesen hat. Erdnuß- und Sesamöle könnten wohl auch verwendet werden, sind aber im Preise zu hoch. Des Weiteren wäre zu erwähnen, daß in neuester Zeit fast überall die Fabrikation des Margarins aus dem rohen Rindstalg und die Herstellung der Kunstbutter aus dem erwähnten Zwischenproducte vollständig getrennte Betriebszweige bilden. Die Margarinfabrikanten produciren somit erstens das Margarin, welches die Kunstbutterfabriken verbuttern, zweitens stellen sie direct das Kunstschmalz her. Bekanntlich wird ja die Naturbutter, namentlich in solchen Gegenden, wo viel producirt wird, ausgeschmolzen, um hiedurch dem Fette die Fähigkeit zu benehmen, leicht in Zersetzung überzugehen. Solche Butter, welche sich durch große Haltbarkeit auszeichnet und für Küchenzwecke viel gebraucht wird, führt den Namen Schmelzbutter oder Rindschmalz.

Auch das reine Margarin, welches sich durch große Haltbarkeit auszeichnet, wird nach vorherigem entsprechenden Oelzusatze, um demselben dieselbe Consistenz zu verleihen, wie sie der Schmelzbutter eigen ist, direct als Kunstschmalz verkauft. Die Qualität dieses Productes hängt hauptsächlich von der Güte und Frische des zur Fabrikation beigestellten Rohtalges, dann von der Behandlung beim Ausschmelzen und von der Temperatur beim Pressen ab. Thatsächlich schließen die im Handel vorkommenden Sorten alle Stufen der Güte ein, von den wohlschmeckendsten bis zu den geringsten, dem Talg nahestehenden Producten. Sowohl für das Kunstschmalz als für die Kunstbutter sind noch keine einheitlichen Bezeich-

nungen eingeführt. Häufig bezeichnet man beide Producte mit den Namen „Margarine“, was zu mannigfachen Verwechslungen Anlaß gibt. Das deutsche Reichsgesetz vom 12. Juli 1887 versteht unter „Margarine“ diejenigen der Milchbutter ähnlichen Zubereitungen, deren Fettgehalt nicht ausschließlich der Milch entstammt. Diese Bezeichnung ist wohl für die ganze Gattung zutreffend, sie charakterisirt aber nicht die einzelnen Kunstproducte, die analog den Naturproducten im Handel eingeführt sind.

Die Kunstbutter führt auch häufig die Bezeichnung „Sparbutter“, „Margarinbutter“, „Grasmischbutter“ etc.

(Fortsetzung folgt.)

Beitrag zur Wirkung der Blutentziehungen.

Von **Dr. Klug** in Freiheit-Johannisbad.

Prof. R. v. Jaksch, der jüngst in Gablonz für die beschränkte Anwendung der Blutentziehungen warm eintrat, steht das Verdienst zu, die Indicationen und Contraindicationen für dieselben scharf gekennzeichnet zu haben. Angeregt durch die seinerzeit auf dessen Klinik beobachteten günstigen Wirkungen von Blutentziehungen wandte auch ich dieselben bei den mir passend erscheinenden Fällen mit günstigem Erfolge an, was mir in ziemlich bedeutender Anzahl möglich war, da hier im Riesengebirge Aderlaß und Schröpfköpfe von Alters her noch immer in Ehren stehen, ja ich hatte sogar, wo ich dieselben für contraindicirt hielt, mitunter Mühe, dem Patienten die Sehnsucht danach auszureden. — Nach Professor R. v. Jaksch gibt „von den acuten Erkrankungen nur die Pneumonie, und zwar nur bei hochgradiger Kohlensäureintoxication, Veranlassung zur Ausführung des Aderlasses“. Im Folgenden will ich jedoch an einigen Krankengeschichten darlegen, daß mir auch bei anderweitigen acuten Erkrankungen der Aderlaß vorzügliche Dienste erwies. Doch schicke ich voraus, daß ich nicht behaupte, daß allein der Aderlaß den günstigen Ausgang herbeiführte, sondern daß durch denselben in dem bestimmten Falle gewisse Bedingungen geschaffen wurden, so daß darnach sonst noch angezeigte therapeutische Maßnahmen jetzt in überraschender Weise glücklich einwirken konnten, auch wenn eben dieselben vor dem Aderlasse vollständig versagten. Aus den von Professor v. Jaksch citirten, sowie aus meinen eigenen Fällen habe ich ersehen, daß der Aderlaß auf gewisse Krankheitserscheinungen überaus rasch günstig einwirkt, daß jedoch diese Wirkung oft eine ebenso rasch vorübergehende ist, eine Thatsache, in Folge deren derselbe leicht als gänzlich überflüssig erscheinen könnte. Es wird durch den Aderlaß gewissermaßen durch einen energischen Angriff in die Verschanzung des Feindes eine Bresche geschossen; in manchen, nicht sehr zahlreichen Fällen wird hiemit auch schon ohne weitere Maßnahmen der Sieg entschieden sein, in anderen Fällen aber würde der Feind, wenn nichts mehr gegen ihn unternommen wird, rasch seinen Schaden wieder gut machen und nur durch ein schnelles, rechtzeitiges Eintreffen von Hilfskräften könnte es da etwa gelingen, durch die Bresche vorzudringen und den Feind endgiltig niederzuringen.

1. Fall. Nephritis acuta haemorrhagica. W. K. aus Hartmannsdorf, 45 Jahre alt, kräftig gebauter Landwirth. Seit Anfang Juni 1894 fühlte sich Pat. matt und stellten sich Anschwellungen der Beine ein. Von einem Collegen wurden Digitalis und Diuretica ohne Erfolg gereicht. Als ich den Pat. am 20. Juni zum erstenmale sah, hatte sich das Oedem über den ganzen Körper ausgebreitet, besonders hochgradig am Scrotum, weiters bestand Schmerzhaftigkeit in der Nierengegend, im Harn Albumen und Blut. Ich verordnete zunächst dieselben Medicamente gleichzeitig mit heißen Bädern, welche ich, da sie schlecht vertragen wurden, bald mit trockener Hitze vertauschte. Trotzdem trat nur mäßiger Schweiß ein, die Oedeme fielen nicht, sondern wuchsen noch mehr an. Am 28. Juni setzte ich in der Nierengegend wegen der Schmerzen daselbst 8 Schröpfköpfe an, wodurch die Schmerzen vollständig verschwanden. Hiedurch ermuthigt, applicirte ich am 30. Juni einen Aderlaß von nur 150 Grm. Blut. Nach 34stündigem Stehen sonderte sich ein etwas trübes Serum ab, das 55% des Gesammtblutes ausmachte. Die Untersuchung des unmittelbar vor dem Aderlasse genommenen Harnes ergab ein specifisches Gewicht von 1025 und einen Eiweißgehalt von 6·8‰, während der unmittelbar nach demselben gelassene Urin ein specifisches Gewicht von nur 1023 und einen Eiweißgehalt von nur 5‰ zeigte und reichlicher abgesondert wurde. Nach dem Aderlasse wurde nur noch die Application der trockenen Hitze fortgesetzt, wozu ich später wegen schmerzhafter Empfindungen im Abdomen und in den Beinen noch warme Tafelölumschläge mit leichter Massage verordnete. Gleich nach dem Aderlasse war nun starkes Schwitzen eingetreten, das durch die applicirte Wärme leicht auf derselben Höhe bis zum vollständigen Verschwinden der Oedeme erhalten werden konnte. Am 4. Juli zeigte der Harn keine Spur von Blut, specifisches Gewicht 1022, Eiweiß 2·5‰. Das colossale Oedem des Scrotums ist ganz verschwunden, das übrige Oedem hat sich stark vermindert. Harn am 8. Juli specifisches Gewicht 1020, Eiweiß 2‰, am 18. Juli specifisches Gewicht 1017, Eiweiß 1·8‰. Am 28. Juli vollständige Genesung. Hier äußert sich der Effect des Aderlasses zunächst in dem Verschwinden des Blutes aus dem Harne. Dieser allgemein anerkannte Einfluß von Blutentziehungen auf bestehende Blutungen wurde von Dr. Schubert auch bei Lungenblutungen auf tuberculöser Grundlage constatirt, doch ist hier der Aderlaß ein zweischneidiges Schwert, weshalb auch Prof. v. Jaksch denselben bei Tuberculose vollständig ausschließt. — Bezüglich des Verschwindens des Albumens und der Oedeme möchte ich hier dem Aderlasse nur die Initiative zuschreiben, und bin vollständig überzeugt, daß weder der Aderlaß allein, noch die Application der Wärme allein zum Ziele geführt hätten. Deutlicher zeigt dies der

2. Fall. J. Br. aus Altstadt, 35 Jahre alt, kräftiger Zimmermann, acquirirte anfangs April 1894 eine acute Pleuritis mit hochgradigem Exsudate. Als ich ihn am 14. April in meine Behandlung nahm, verordnete ich zunächst ein Infusum von Digitalis und Ipecac. ohne jeden Erfolg. Die Dyspnoe und Cyanose steigerten sich noch mehr. Nun applicirte ich am 16. April einen Aderlaß von 150 Grm. Blut. Es trat sofort eine bedeutende Erleichterung auf, doch schon nach 8 Stunden stiegen die Beschwerden wieder an, weshalb ich nochmal Digitalis und Ipecac. verabreichte. Von nun an trat eine entschiedene Wendung zum Besseren ein und nach 14 Tagen war das ganze colossale Exsudat verschwunden und Pat. genesen. — Hier wirkte der Aderlaß nicht etwa direct als Resorbens, — diese seine Fähigkeit kommt hier, wie im 1. Falle, in Folge der geringen Quantität des Aderlassblutes nicht in Betracht, sondern er erzeugte im Organismus Bedingungen, welche die vordem ausgebliebene Entfaltung der Fähigkeiten der Digitalis als blutdruckerhöhendes und hiemit resorbirendes Mittel nunmehr ermöglichten.

Der 3. Fall nimmt auch hinsichtlich seiner Seltenheit das Interesse in Anspruch: J. H. aus Hermannseifen, 38 Jahre, kräftiger Landwirth, acquirirte am 8. März 1894 angeblich durch „einen Wirbelwind“ unter allgemeinem Krankheitsgefühle eine Entzündung des linken Auges mit rasendem linksseitigen Kopfschmerz und später sich noch hinzugesellenden Rückenschmerzen und wenig Husten. Ein mäßiges Fieber bestand nur in den ersten Tagen. Atropin, das dem Pat von einem Collegen mehrmals täglich zur Einträufelung in's Auge verordnet wurde, blieb vollständig ohne Erfolg. Ich constatirte am 20. März eine hochgradige Iridocyclitis des linken Auges, in den unteren Partien der beiden Lungen Dämpfung, starken, übelriechenden, kalten Schweiß und leichte multiple Gelenksschmerzen. In Folge der letzteren verordnete ich zunächst Salicylpräparate, welche am ersten Tage die Beschwerden außerordentlich herabsetzten, jedoch vom 2. Tage an auf die wieder ansteigenden Schmerzen gar keine Wirkung mehr ausübten. Atropin, das ich anfangs ebenfalls als Einträufelung, später innerlich versuchte, ließ vollständig im Stich. Außerdem gesellte sich jetzt noch ein acuter Milz- und Lebertumor dazu,

wodurch das Bild einer acuten infectiösen Erkrankung noch mehr gefestigt wurde. Am 26. März setzte ich nun wegen der starken pleuritischen Schmerzen daselbst 8 blutige Schröpfköpfe und von diesem Momente an verschwanden diese Schmerzen für immer und auch die Dämpfung war nach 4 Tagen nicht mehr zu constatiren; die übrigen Erscheinungen blieben jedoch vollständig unberührt. Als ultimum refugium, veranlaßt durch die äußerste Erschöpfung des Pat., wendete ich nun am 28. März noch einen Aderlaß von 150 Grm. Blut an. Sofort verschwand das beständige Augenthränen, der Kopfschmerz wurde geringer, doch schon nach 9 Stunden machte sich wieder Verschlimmerung geltend, weshalb ich nochmals Atropin reichte, und zwar von jetzt an mit Erfolg. Die Pupille, maximal erweitert, zeigte Kleeblattform durch hintere Synechien, der Kopfschmerz ging endgiltig zurück, ebenso der Milztumor, nur der Lebertumor machte sich durch geringe Schmerzhaftigkeit noch etwas länger bemerkbar, doch schwand auch dies durch Application von warmen Oelumschlägen, so daß Pat. am 8. April als geheilt erklärt werden konnte. Das Sehvermögen des Auges stellte sich vollkommen wieder her, nur manchmal trat später beim Bücken und schweren Arbeiten noch Funkensehen auf. Es handelte sich also hier um eine acute infectiöse (vielleicht rheumatische) Iridocyclitis mit Pleuritis und acutem Milz- und Lebertumor, wobei der Aderlaß nicht blos momentane Erleichterung brachte, sondern auch den Effect hatte, daß sich danach die zuvor unmögliche Wirkung des Atropins auf das Auge und vielleicht auch auf die Milz und Leber einstellen konnte. Außerdem kommt hier, wie im 1. Falle, die ausgezeichnete, locale, schmerzlindernde Wirkung der blutigen Schröpfköpfe klar zum Ausdrucke.

Aus dem Obigen geht hervor, daß der Aderlaß in gewissen Fällen im Stande ist, den Heilungsproceß mächtig anzuregen und bessere Heilungsbedingungen zu schaffen, und schon dies sollte ihn der Vergessenheit, in die er durch den Uebereifer seiner Anhänger gestürzt wurde, zu entreißen und ihm, als einem nicht zu unterschätzenden Heilfactor, die gebührende Stellung im Arzneimittelschatze wieder zuzuweisen vermögen. Wenn man endlich bedenkt, daß zur Entfaltung seiner ersprießlichen Thätigkeit die einmalige Entnahme einer geringen Quantität von nur 150 Grm. Blut genügte, so kann bei diesem kleinen Eingriffe an einen schädigenden Einfluß nicht gedacht werden. In der Hand eines individualisirenden Arztes wird der Aderlaß im gegebenen Falle stets von dem entsprechenden günstigen Erfolge begleitet sein.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, daß man in der Praxis von den Blutentziehungen häufiger die Schröpfköpfe als den Aderlaß anzuwenden in die Lage kommen wird, und zwar schon wegen des größeren Kreises der Anwendbarkeit der ersteren. Wenn man sich hinsichtlich dieser an die von Prof. R. v. Jaksch aufgestellten, auf einer reichen klinischen Erfahrung beruhenden Grundsätze halten wird, so wird der praktische Arzt bald zur Erkenntniß kommen, daß ihm hiemit ein außerordentlich dankbares, sicher wirkendes Mittel geboten ist.

Aus der medicinischen Poliklinik des Professor Dr. Martius in Rostock.

Gastroptose und Chlorose.

Untersuchungen von **C. A. Meltzing**, praktischem Arzt.

(Fortsetzung.)

Wir sind bei einer Reihe von chlorotischen und nicht chlorotischen Patienten genau nach der Vorschrift Meinert's verfahren und erzielten auch in allen Fällen ein sehr deutliches Relief des aufgeblähten Magens, doch der Verlauf der kleinen Curvatur kam nie zu Gesicht. Wohl aber wurde die Lage derselben an falscher Stelle wiederholt dadurch vorgetäuscht, daß die das Epigastrium normaler Weise durchziehende Hautfalte mit dem oberen Reliefrand zusammenfiel. Die meist sofort darauf vorgenommene Durchleuchtung bewies dann, daß das Durchleuchtungsbild erst mit dem unteren Leberrand abschnitt, der Magen also weit höher hinaufreichte, als nach dem Resultat der Aufblähung angenommen werden mußte.

Es erfährt diese Beobachtung eine sehr bequeme Erklärung durch die mechanischen, bei der Aufblähung obwaltenden Momente.

Die vordere Bauchwand ist nämlich wie die Sehne eines Bogens zwischen Symphyse und Proc. ensiformis ausgespannt.

Es ist nun, wie die Erfahrung zeigt, sehr viel leichter, die Sehne eines Bogens in ihrer Mitte zu spannen, als an einer ihrem Befestigungspunkt näher gelegenen Stelle; sie gar gleichzeitig in ihrer Mitte und am Ende gleich stark anzuspannen erfordert eine außerordentliche Kraftanstrengung. Ebenso verhält es sich mit den Bauchmuskeln. Die große Curvatur wird dieselben, weil sie mehr in der Mitte des Abdomen gelegen ist, leichter hervorbuchten als die höher gelegene kleine. Dazu kommt noch, daß die kleine Curvatur bei normal gelagertem Magen die Wirbelsäule umfaßt, also derselben bedeutend näher anliegt, als die wandständige große Curvatur. Bei der Gastrokateixie ist nun die kleine Curvatur, wie Hertz hervorhebt, zwar mehr der Bauchwand genähert, so daß man kaum noch von einer oberen vorderen und unteren hinteren Magenfläche sprechen kann, aber immerhin bleibt sie, wie auch aus den Abbildungen von Hertz hervorgeht, von derselben noch weiter entfernt als die große.

Wird nun der Magen ad maximum aufgebläht, so wird dadurch, weil die der großen Curvatur anliegende Bauchwandmitte leicht zurückweicht, der Verlauf derselben deutlich hervortreten. Die kleine Curvatur hingegen wird in demselben Maße, wie die große hervortritt, zurücktreten müssen.

Das ganze Organ dreht sich also um seine Achse — es rotirt.

Sollte hingegen die kleine Curvatur als scharfes Relief gegen die Bauchdecken sich abzeichnen, oder gar noch die Leber vor sich herdrängen, wie Meinert dies gesehen haben will, so müßte sie mit einer außerordentlich viel größeren Kraft gegen die Bauchdecken sich andrängen als die große. Irgend ein Grund, dies anzunehmen, liegt absolut nicht vor. Dazu kommt noch, daß die normale lebende Leber, wie neben vielen anderen Autoren, wie Desal, Cruveilhier, Sappey, Braune und His, auch Landau (4) hervorhebt, von einer cystenartigen Weichheit und bedeutenden plastischen Umformbarkeit ist. Sie wird allein schon aus diesem Grunde nicht im Stande sein, auch wenn sie noch so stark gegen die viel consistentere, zwischen den beiden Rippenbögen besonders straff ausgespannte Bauchmusculatur angepreßt wird, sich gegen dieselben als scharfer Rand abzuzeichnen.

Folgender vor den Hörern der medicinischen Poliklinik von Herrn Prof. Dr. Martius demonstrirte Fall illustrirt die Gasaufblähung des Magens als nicht zuverlässige und zu diagnostischen Irrthümern Anlaß gebende Untersuchungsmethode in besonders prägnanter Weise.

Es handelte sich um eine 39jährige, hochgradig neurasthenische Patientin. Es bestanden weder subjective, noch objectiv feststellbare Störungen der Magenfunction. Da die Kranke 5 Partus in kurzer Zeit nacheinander durchgemacht hatte, so waren die Bauchdecken außerordentlich schlaff und das ganze Abdomen leicht abzupalpiren. Anomalien der Lage und Beweglichkeit der Bauchorgane waren indeß nicht festzustellen, auffällig war nur die außerordentlich kräftige Pulsation der Bauchaorta und auch die Druckempfindlichkeit derselben. Nach starker Aufblähung des Magens sah man, wie die große und anscheinend auch die kleine Curvatur die Bauchdecken außerordentlich stark verwölbten. Die große Curvatur befand sich etwas über der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, die kleine verlief als sehr scharf abgegrenzte Erhabenheit an der Grenze zwischen Epi- und Mesogastrium quer durch's Abdomen. Der untere, durch Percussion sehr gut feststellbare Leberrand war von derselben durch eine deutliche Lücke getrennt. Demnach mußte man das Vorhandensein einer Gastroptose annehmen. Die sofort darauf vorgenommene Durchleuchtung des mit 1000 Cbcm. Wasser gefüllten Magens zeigte

indeß, daß diese Annahme eine irrige war. Das an allen Stellen gleichmäßig lichtstarke, scharf contourirte Durchleuchtungsbild erstreckte sich überall bis an den unteren Leberrand, der in Rückenlage sich als scharfer, mit der Respiration auf- und absteigender Schlagschatten auf der Bauchwand abzeichnete. Die kleine Curvatur mußte sich demnach hinter dem unteren Leberrand befinden (s. Fig. 1).

Viel bessere und, wie der vorliegende Fall zeigt, vor Allem sehr viel sicherere Resultate als die Aufblähung des Magens gibt uns die *Durchleuchtung* des mit Wasser gefüllten Organs. Man kann sich in günstigen Fällen bei richtiger Anwendung dieser Methode durch einen Blick von der Lage, Größe und Gestalt der nicht von lichtundurchlässigen Organen überlagerten Magentheile überzeugen.

Fig. 1.
Durchleuchtungsfig. d. gefüllten Magens und die durch Gasaufblähung gefundenen Magengrenzen.

Liegt ein Grad von Gastrokateixie vor, bei dem die kleine Curvatur von dem unteren Leberrand durch eine mit Darm ausgefüllte Lücke getrennt ist, so wird man dies durch eine richtig und wiederholt ausgeführte Durchleuchtung sicher feststellen können. Es bleibt dann zwischen dem unteren durch Percussion festgestellten Leberrand und dem oberen Rand des Durchleuchtungsbildes ein nicht durchleuchteter Raum, der tympanitischen Darmschall gibt.

Erhält man durch die Percussion des unteren Leberrandes oder der nicht durchleuchteten Zone kein sicheres Resultat, so muß natürlich der Versuch zu anderer Zeit wiederholt werden, bis man sichere Aufklärung über die Verhältnisse hat.

Liegt ein Grad von Gastrokateixie vor, bei dem es sich hauptsächlich um eine starke Formveränderung des linken Leberlappens mit gleichzeitiger Verdrängung und Mißgestaltung des Magens handelt, so wird man auch dies durch die Durchleuchtung sicher feststellen können.

Man sieht dann, wie die obere und seitliche Durchleuchtungsgrenze von einem deformirten Leberrand gebildet wird, der in Rückenlage sich meist respiratorisch gut verschiebt, und wie die Form der durchleuchteten Magentheile eine abnorme ist. (Siehe Anmerkung.)

Alle die Fälle hingegen von „beginnender" oder geringer Gastrokateixie, in denen weder eine starke Formveränderung des unteren Leberrandes und des Magens zu constatiren ist, noch die kleine Curvatur „wandständig" wird, sind durch unsere klinischen Untersuchungsmethoden — die Durchleuchtung eingeschlossen — überhaupt nicht sicher festzustellen, da wir uns hier über den Verlauf der von der Leber überdeckten kleinen Curvatur nicht unterrichten können. *Es sind also nur hochgradige Fälle von Gastrokateixie, die wir klinisch sicher feststellen können. Wo es sich um geringere Grade dieses Zustandes handelt, da bleiben wir trotz der genauesten Untersuchung im Unklaren. Wir halten es für wichtig, dies festzustellen.*[1])

Sehr in's Gewicht fallend für die richtige klinische Beurtheilung einer Gastroptose ist auch die Entscheidung der Frage, ob die Lageveränderung des Magens stets ein pathologischer Vorgang ist, oder aber ob eine solche auch innerhalb physiologischer Grenzen stattfindet. Das letztere ist nach den Resultaten der von uns angestellten Untersuchungen (3) entschieden zu bejahen. Der gefüllte Magen ändert bei verschiedener Körperhaltung seine Lage in nicht unbedeutendem Grade, und zwar sinkt er bei aufrechter Stellung mit der Leber um ein Bedeutendes herab.

Der Grad dieser Lageveränderung ist je nach der Menge des eingegossenen Wassers und nach der Schlaffheit der Bauchdecken ein verschiedener. Die größte Differenz, die zwischen der Lage des Durchleuchtungsbildes bei Rückenlage und aufrechter Körperhaltung zu beobachten war, betrug circa 10 Cm., meist ist sie geringer; im Durchschnitt beläuft sie sich auf circa 5 Cm. — Die Folge eines solchen Herabsinkens von Magen und Leber bei aufrechter Körperhaltung muß naturgemäß eine Abflachung der rechten Zwerchfellkuppel sein. Dieser wird wieder eine Dehnung der Lunge sich anschließen. Da nun bei forcirter, die Hälfte des Complementärraumes in Anspruch nehmender Exspiration die Leber sammt dem gefüllten Magen in die Höhe gehoben werden muß, so wird diese beim Stehen gegenüber der Inspiration bedeutend erschwert sein. Es erklärt dieser Umstand auch wohl ungezwungener, als die von LUSCHKA angenommene Emporwölbung der linken Zwerchfellkuppel durch den gefüllten Fundus, die erfahrungsgemäß nach einem opulenten Mahle auftretende Anstrengungsdyspnoe. Auch LANDAU (4) theilt diese Ansicht. Er sagt darüber Folgendes:

„Bei der einfachen mäßigen Senkung (der Leber) folgt das normal in seiner rechten Hälfte erheblich höher als in seiner linken gewölbte Zwerchfell ohne Weiteres der Leber, wie wir durch die Percussion mit Sicherheit eruiren, und so mag es bei dauerndem Zuge recht häufig zu einem localen Emphysem der unteren Lungenpartie kommen, die selbstverständlich den complementären Pleuraraum ausfüllen muß, wenn das Zwerchfell nach unten sinkt. Freilich ist dieses circumscripte Emphysem nicht mit Sicherheit bei den Lebenden, wohl aber die Erweiterung der Lungen (Volumen pulmonis auctum) zu constatiren." — Aus all dem folgt, daß die Baucheingeweide — in diesem Falle Magen und Leber gegenüber den übrigen Intestinis — sich bis zu einem gewissen Grade sehr wohl gegen einander verschieben können, ohne daß damit „eine Zerrung von Sympathicusfasern" oder sonstige pathologische Vorgänge nothwendiger Weise verknüpft sein müssen.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Es sei hier noch bemerkt, daß die Lage und Form des unteren Leberrandes, wenn die Leber überhaupt dem Magen anliegt, durch die Durchleuchtung viel sicherer bestimmt werden kann als durch die Percussion. Herr Prof. Dr. MARTIUS pflegt deshalb in seinen Cursen über Percussion und Auscultation die Durchleuchtung zu benutzen, um völlig einwandfreien Aufschluß darüber zu erhalten, ob die Percussion des unteren Leberrandes richtig oder falsch gewesen ist.

Referate und literarische Anzeigen.

H. EICHHORST (Zürich): Ueber die Beziehungen zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose.

Der innige Zusammenhang zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose muß nach den bisherigen Erfahrungen als ein feststehender betrachtet werden. Allerdings gehen die Angaben über die Häufigkeit dieses Verhältnisses weit auseinander. Die rein klinische Beobachtung und die Statistik geben darüber keinen genügend präcisen Aufschluß, ebensowenig die bacterioskopische Untersuchung der Pleuraexsudate. Hingegen ist die Verbindung der klinischen Beobachtung und des Thierversuches geeignet, die Beziehungen zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose fast mit Sicherheit aufzudecken. Von diesem Gesichtspunkte aus hat E. („Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte", 1895, Nr. 13) während des letzten Jahres alle Fälle von seröser Pleuritis der Züricher Klinik verfolgt. Zum Thierversuch wurden Meerschweinchen, bekanntlich die gegen Tuberculose reactionsfähigsten Thiere, gewählt. Jeder Fall von exsudativer Pleuritis wurde innerhalb der ersten drei Tage probepunctirt und die Punctionsflüssigkeit unmittelbar darauf Meerschweinchen in die Bauchhöhle injicirt. Die Probepunction wurde anfangs nur mit einer gewöhnlichen PRAVAZ'schen Spritze vorgenommen und es ergab sich, daß unter 11 Pleuritikern nur in einem einzigen Falle eine Lymphdrüsentuberculose im Bauchraume des Meerschweinchens entstanden war. Dieses Resultat mußte Zweifel erregen und es lag nahe,

daß der Versuchsfehler zunächst in einer zu geringen Menge der Punctionsflüssigkeit lag. Es wurde daher von nun an zur Punction eine Spritze mit circa 15 Ccm. Inhalt gewählt. Das Resultat war ein fast erschreckendes. Von 23 Kranken, welche mitten in bester Gesundheit und ohne nachweisbare Ursache an einer serösen Pleuritis erkrankt waren, und welche keinerlei tuberculöse Veränderungen aufwiesen, ließ sich durch Uebertragung des Exsudates auf Meerschweinchen der unanfechtbare Beweis erbringen, daß bei 15 Thieren, also bei 65·2% der Fälle, die Injection von Tuberculose gefolgt war. Trotzdem diese Zahl überraschend groß ist, hat E. Grund anzunehmen, daß sie in Wirklichkeit noch größer ist. So trat bei einem an seröser Pleuritis erkrankten Patienten, bei welchem der Thierversuch keine Tuberculose ergeben hatte, zwei Monate später eine ausgedehnte Tuberculose der rechten Lunge auf. Man kann demnach sagen, daß annähernd zwei Drittel aller Fälle von seröser Pleuritis tuberculöser Natur sind.

Bezüglich des Ausgangspunktes der tuberculösen serösen Pleuritis ist E. geneigt, anzunehmen, daß dieselbe weniger von verborgenen tuberculösen Herden in der Lunge, als vielmehr von einer Tuberculose der Bronchialdrüsen ihren Ursprung nimmt. Für die Prognose ergibt sich aus diesen Thatsachen, daß die seröse Pleuritis eine sehr ernste Erkrankung ist. Therapeutisch lehrt sie, daß jede geheilte seröse Pleuritis nur als eine vorläufige Heilung anzusehen ist, und daß es Pflicht des Arztes ist, nach überstandener Pleuritis den Organismus gegen die Tuberculose widerstandsfähiger zu machen.

Aehnliche Verhältnisse wie bei der Pleuritis dürften auch bei den anderen serösen Häuten bestehen. So waren unter 27 Fällen von exsudativer Pericarditis, welche stets spontan entstanden war, acht tuberculöse Formen. Analoge Verhältnisse bestehen bei den serösen Ergüssen des Peritoneums, in den Gelenkhöhlen bei spontaner Entzündung der Meningen. Es ist mithin die Schlußfolgerung naheliegend, daß jede spontane Entzündung seröser Häute die Gefahr der Tuberculose in sich birgt. Am häufigsten scheint allerdings die Pleurahöhle betroffen zu sein. Ba.

KÜSEL (Moskau): **Zur Behandlung der Lues mit intravenösen Sublimatinjectionen.**

Vor Anwendung der BACCELLI'schen Behandlungsmethode an Kranken wurde die Wirkung der intravenösen Sublimatinjectionen an Kaninchen und Hunden geprüft, um festzustellen, wie sich 1. der Allgemeinzustand der Thiere bei directer intravenöser Einführung von Sublimat verhalte, und ob 2. das Sublimat Veränderungen an der Injectionsstelle hervorrufe. Dem einen Kaninchen (1250 Grm. Gewicht) wurde im Laufe eines Monats täglich eine Spritze einer 1:1000 Lösung von Sublimat eingeführt, so daß es also pro Injection 0·001 Sublimat erhielt; einem anderen injicirte Autor dieselbe Sublimatlösung ansteigend von 0·001—0·008 pro dosi. Im Allgemeinzustand der Versuchsobjecte war keine Veränderung zu bemerken, kein Zeichen einer Quecksilbervergiftung; anfangs verminderte sich das Körpergewicht, um zum Schluß wieder anzusteigen. In den Organen fanden sich bei den mittelst Elektricität getödteten Thieren keine Veränderungen vor, beim ersten Kaninchen waren in den Venen keine Thromben vorhanden, beim zweiten wohl; daß diese nicht auf Rechnung der etwa zu starken Injectionslösung zu setzen waren, ließ sich daraus entnehmen, daß sie gerade an einigen der Venen vorgefunden waren, wo eine Lösung von schwächerer Concentration angewandt worden war; die Venenwandungen waren unverändert. Die Resultate der Beobachtungen an Hunden, sowie die der pathologisch-anatomischen Untersuchung waren ähnliche.

Es wird („Wratsch", 1895, Nr. 15) ferner die Technik der intravenösen Injection beschrieben, da eine Thrombenbildung auch auf secundärer Phlegmone, resp. Periphlebitis beruhen könnte, hervorgerufen durch ungeschickte Einführung der Spritze, oder auf Abreißen der Binden mit nachfolgenden Eiterungen, wie Autor es an seinen Hunden zu beobachten Gelegenheit hatte.

In den 4 Fällen, bei denen eine intravenöse Sublimatbehandlung durchgeführt wurde, waren Erscheinungen secundärer Lues vorhanden, wobei die Gefäßwandungen stets als gesund zu verzeichnen waren. Nach 9, 10, 14 Injectionen waren in 3 Fällen alle Erscheinungen zurückgegangen, ohne daß das Allgemeinbefinden gestört oder Vergiftungserscheinungen eingetreten wären. Nur in einem Falle, wo ein Ulcus durum und syphilitische Roseolen vorhanden waren, mußte mit der Behandlung sistirt werden, da eine Stomatitis eintrat; das maculöse Syphilid war in ein pustulöses übergegangen, während das Ulcus durum sich bedeutend verkleinert hatte.

Auch diese Versuche lassen behaupten, daß die BACCELLI'sche Behandlungsmethode der Lues (intravenöse Sublimatinjectionen) wenigstens bei der geringen Concentration und den Quantitäten der angewandten Lösungen für den Menschen ganz ungefährlich sei.

Dr. J. G.

Aus der chirurgischen Abtheilung des neuen allgemeinen Krankenhauses in Hamburg.

D. N. EISENDRATH: **Ueber den Einfluß von Aether und Chloroform auf die Nieren.**

In dem Wettstreit zwischen Chloroform und Aether um den größeren Vorzug in ihrer Anwendung als allgemeines Anästheticum spielt die Frage vom Einfluß beider Nebenbuhler auf die Nieren eine große Rolle; den schädlichen Einfluß des Aethers auf diese Organe haben namentlich amerikanische Autoren schon längst betont und haben bei Nephritikern die Chloroformnarkose vorgezogen. EISENDRATH prüfte diese Frage an 130 operirten, fieberfreien Pat., von denen 70 chloroformirt, 60 ätherisirt waren, derart, daß er ein oder mehrere Mal vor und 3—6 Tage nach der Narkose den Urin chemisch mittelst je vier Proben auf Eiweiß und mikroskopisch das centrifugirte Sediment untersuchte. Diese Untersuchungen, mitgetheilt in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie" Bd. 40, H. 5/6, ergeben, daß 1. eine bereits bestehende Albuminurie durch Aether häufiger als durch Chloroform gesteigert wird; daß 2. Albuminurie häufiger nach Chloroform- als nach Aethernarkosen auftritt, und zwar im Verhältniß von 32:25; daß 3. der Einfluß beider Mittel auf die Amyloidniere etwa derselbe ist; daß endlich 4. Cylindrurie mit oder ohne Eiweiß nach Chloroform- und Aethernarkosen gleich häufig sich einstellt, daß sie aber nach Aethernarkosen rascher als nach Chloroformnarkosen verschwindet, folglich diese Nachwirkung des Chloroforms ernster ist, als jene des Aethers. R. L.

Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Von **Prof. Dr. E. Lang**, I. Abtheilung, zweite umgearbeitete und erweiterte Auflage. Mit 84 Abbildungen im Text. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Von den im Jahre 1884 erschienenen Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis liegt uns nun die zweite Auflage in ihrer ersten Abtheilung vor. Dieselbe behandelt die Geschichte der venerischen Krankheiten, deren Contagien, die Initialmanifestation, die constitutionelle Syphilis der einzelnen Organe und Systeme.

Wesentlich erweitert und umgearbeitet, bis auf die neueste Zeit ergänzt, zeigt auch diese Auflage die von uns bereits gewürdigten Vorzüge der ersten, eine gründliche, fesselnde, doch nirgends zu breite, auf reicher eigener Erfahrung und umfassender Literaturkenntniß basirte Darstellung der Pathologie der Syphilis. Vom Verleger vorzüglich ausgestattet, wird auch diese Auflage Jedem, der beim eingehenden Studium der Syphilis einen gediegenen Lehrer und Führer braucht, höchst willkommen sein. —r.

Geschichte der jüdischen Aerzte. Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin. Von **Dr. Richard Landau.** Berlin 1895. S. Karger.

Die Bedeutung, welche die jüdischen Aerzte im Mittelalter hatten, hat bereits einige interessante historische Arbeiten, theilweise von Aerzten geschrieben, hervorgerufen. Es hat aber in der deutschen Literatur ein Buch gefehlt, das die ganze Entwicklung der medicinischen Wissenschaft unter den Juden dargestellt und bis auf die Jetztzeit verfolgt hätte. Der Verfasser des vorliegenden Buches hat nun versucht, die Geschicke der jüdischen Aerzte in steter Berücksichtigung ihrer Zeitverhältnisse zu schildern, denn er

hat damit ein sehr anziehendes Bild geliefert, welches in unserer haßerfüllten Zeit, in welcher die Gegensätze mehr als je auf einander platzen, die weiteste Verbreitung verdient. Ir.

Hirnchirurgie. Von **Allen Starr** in New-York. Deutsche autorisirte Ausgabe von **Dr. Max Weiß** in Wien. Leipzig und Wien 1895, Franz Deuticke.

Im vorliegenden Buche sind jene Symptome dargestellt, welche es ermöglichen, die Natur und den Sitz des vorhandenen pathologischen Processes im Gehirn zu erkennen und die Frage zu beantworten, ob die Krankheit durch einen chirurgischen Eingriff behoben werden kann oder nicht. Das Material hiezu ist durch ein sorgfältiges Studium der einschlägigen Literatur, wobei namentlich die amerikanische berücksichtigt wurde, zusammengetragen und durch eine große Zahl eigener Beobachtungen bereichert worden. Aus der Fülle des Lesenswerthen wollen wir nur einige im Allgemeinen besonders interessirende Anschauungen des Autors hier anführen.

Die Frage, ob man in jedem Fall von traumatischer oder localisirter Epilepsie trepaniren soll, beantwortet der Verf. bejahend, namentlich im Hinblick darauf, daß es in keinem Fall möglich ist, ohne Operation den vorliegenden pathologischen Proceß genau festzustellen. Bei der infantilen Hirnatrophie will der Autor operiren, da das Individuum eventuell vor lebenslänglicher Invalidität bewahrt werden kann. Liegen manifeste atrophische Zustände vor, dann ist das Ergebniß der Operation nicht günstig, kann aber bei gehemmter Entwicklung von Vortheil sein. Werden vorhandene Infarcte, Cysten oder Geschwülste entfernt, dann ist die Möglichkeit einer Herstellung gesteigert. Ist der Schädel in Folge frühzeitiger Vereinigung der Nähte in ausgeprägter Weise mikrocephalisch, dann kann auf operativem Wege dem Gehirn ein weiterer Raum geschaffen werden, und durch letzteren werden auch das Wachsthum und die weitere Entwicklung des Gehirns angeregt.

Hemiplegie, Aphasie, Athetose und sensorische Defecte sind durch Operationen günstig beeinflußt worden, und in einer Anzahl von Fällen besserte sich der psychische Zustand bedeutend.

Ist der Verdacht auf einen Gehirnabsceß gerechtfertigt, ist ein anderer Proceß ausgeschlossen und kann die Lage des Abscesses vermuthet werden, so soll man zur Operation schreiten.

E. Ullmann.

Feuilleton.

Der Geist der Heilkunde und ihre Beziehung zur socialen Frage.

I.

Die Wissenschaft der Heilkunde drängt in stürmischer Hast seit Jahrzehnten fast ausschließlich einem Ziele zu: der Erforschung der Krankheitsursachen. Auf letztere baut sich folgerichtig die Verhütung derselben beim Individuum und bei den breiten Massen der Bevölkerung. Die Fortschritte der Chemie, die Vervollkommnung des Mikroskops, die Züchtung der als Krankheitserreger mit Sicherheit festgestellten oder vermutheten Lebewesen, die Prüfung durch den Thierversuch haben eine totale Umwälzung der medicinischen Ansichten hervorgerufen, die noch lange nicht zum Abschluß gelangt ist.

Im Enthusiasmus der neuen Lehre wurden die alten Forschungen unbedacht über Bord geworfen, man will von dem Einflusse der Bodenbeschaffenheit, der Atmosphäre, der Gährungsprocesse, Verkühlungen, Erhitzungen kaum mehr etwas wissen.

Und doch gibt es nur eine epidemische Krankheit, bei welcher der Erreger mit Sicherheit vernichtet oder abgeschwächt wird: die Blattern. Merkwürdig, daß gerade hier ein specifischer Krankheitskeim noch nicht festgestellt wurde. Es ist das unsterbliche Verdienst Jenner's, den Vernichtungskampf gegen die Pocken zum Segen der Menschheit mit glänzendem Erfolge durchgeführt zu haben. Die Gegner der Kuhpockenimpfung werden die tausendfache Erfahrung nicht niederschweigen, daß ein ungeimpfter Mensch nie gegen Blattern geschützt ist, daß diese bei einem solchen immer sehr schwer oder tödtlich verlaufen, während ein- oder zweimalige Impfung mit Sicherheit schützt oder die Krankheit relativ milde verlaufen läßt. Ausnahmen beweisen nichts gegen die unermeßliche Zahl der Geschützten.

Man vergleiche mit dieser Thatsache den Enthusiasmus, der vor mehr als drei Jahren die Welt durchzitterte, die bis zum Aeußersten gesteigerte Hoffnungsseligkeit, als Koch sein Heilmittel gegen die Lungenschwindsucht verkündete. Wie rasch ist die Ernüchterung gefolgt; nach wie vor bleibt diese Krankheit die häufigste und verderblichste.

Nicht besser geht es mit den Impfungen des genialen Pasteur gegen die Wuthkrankheit. Man kann aus den zahllosen Versuchen weder den Schluß ziehen, daß die von wuthkranken Thieren Gebissenen durch die Impfung mit der mehr oder minder concentrirten Rückenmarkssubstanz solcher Thiere vor der Erkrankung geschützt, noch daß das einmal ausgebrochene Leiden durch dieses Verfahren zur Heilung gebracht wird.

Wiewohl dem Blutserum eine gewisse Schutzkraft gegen Infectionen zukommt, so sind dennoch die von Kitasato, Tizzoni u. A. damit versuchten Impfungen bei Wundstarrkrampf noch nicht zu vollständig befriedigendem Abschlusse gelangt.

Was Jenner vor mehr denn hundert Jahren mit vorahnendem Geiste auf empirischem Wege entdeckt hat, ist an der Neige unseres Jahrhunderts zum Wahrzeichen der medicinischen Wissenschaft geworden. Fortgesetzte Forschungen werden Thatsachen und Zweifelhaftes sondern. Der Zukunft ist es vorbehalten, aus den Errungenschaften früherer Zeiten das Werthvolle in die neue Aera hinüberzunehmen und, bei Vermeidung wissenschaftlicher Einseitigkeit, die Aetiologie der Krankheiten wie aus einem Gusse zu gestalten.

Von jeher waren die Aerzte bestrebt, die durch Verletzungen, Operationen und Krankheiten gesetzten Wunden und Geschwüre zur Heilung zu bringen.

Einerseits wurden die robesten und kühnsten Methoden angewendet, andererseits wurden aus Furcht vor dem Messer die Leidenden mit innerlichen und äußerlichen, ebenso schmerzhaften als zwecklosen Mitteln gequält oder ihrem Schicksale überlassen.

Wiewohl schon vergangene Jahrhunderte mit hervorragenden Wundärzten beglückt waren, trat erst Lister als Erlöser und Befreier auf. Er lehrte die Menschheit die Grundsätze einer vernünftigen Wundbehandlung, wie die aus der Wunde in die Luft, in den Boden und wieder zurück in die Wunde gelangten Infectionskeime abzuschwächen oder zu vernichten seien. Durch seine Lehre ward der Verunreinigung, dem schlechten Heiltriebe, der Uebertragung auf andere Wunden, dem Rothlaufe, dem Hospitalbrande, dem Wundfieber, der Selbstvergiftung des Körpers durch Aufsaugung der faulenden Krankheitskeime der Boden abgegraben, die Wurzel entzogen. Und wenn dies auch nicht immer möglich war oder nur theilweise gelang, so wurden doch in ungezählten Tausenden vorher nie gekannte und nie geahnte Heilungen erzielt. Lister hätte aber nie solche Erfolge erzielt, wenn er sich nicht an die Natur angelehnt hätte: Licht, Luft und vor Allem Reinlichkeit! Reinlichkeit der Hände, des Krankenzimmers, der Wände, des Fußbodens, der Bett- und Leibeswäsche, der Instrumente und Verbandstoffe.

Der Lister'sche Verband wurde später vereinfacht, Desinfectionsmittel und Verbandstoffe wurden durch bessere und schlechtere ersetzt. Zu den besten dieser Art gehört das von Mosetig eingeführte Jodoform. Die nie ruhende Forschung gelangte endlich von der Antisepsis zur Asepsis, von der Abwehr der Wundinfection zur gänzlichen Befreiung von derselben.

Durch die Lister'sche Methode und die weitere Ausbildung derselben war es nun ermöglicht, die schulgerechten typischen Operationen zu verlassen und entweder gar nicht zu operiren und die Heilung der Natur zu überlassen oder nur das Krankhafte gründlich zu beseitigen. In beiden Fällen werden jetzt die schönsten Heilerfolge erzielt, unterstützt durch die sichere nachhaltige Blutstillung, die Ausbildung und Verfeinerung der verschiedenen Nahtmethoden, die Drainirung, die Vervollkommnung der allgemeinen und localen

Narkosen. Und welcher Arzt wird nicht ESMARCH's und seines Verfahrens der künstlichen Blutleere mit Bewunderung gedenken?

Das antiseptische und aseptische Heilverfahren hat andererseits der Chirurgie neue Bahnen eröffnet und gestattete ihr, in Gebiete vorzudringen, die vorher nur die Domäne der internen Medicin waren. Jetzt war es nicht mehr Tollkühnheit, sondern begründete Pflicht, Operationen vorzunehmen, an deren möglicher Ausführung bisher Niemand zu denken gewagt hatte. Als Beispiele seien die Entfernung von Gehirntheilen, die Exstirpation des Kehlkopfes, die Ablation von Kropfgeschwülsten, die Resection der Rippen, die Resection entarteter Magen- und Darmabschnitte, die Herausnahme umfänglicher Unterleibs- und Beckengeschwülste angeführt. Wenn auch einzelne Kranke hiebei ihr Leben verloren, welches ohnehin zumeist nicht zu erhalten war, so steht diesen unglücklichen Ausgängen die immer wachsende Zahl Geheilter gegenüber, welche bei den unterbliebenen oder unvollkommenen Operationen der vorantiseptischen Zeit sicher zu Grunde gegangen wären. Mit der Größe der Aufgabe, mit der Gefahr des Leidens wuchs die Sicherheit der Operationsmethoden und die Thatkraft der Operateure. Welch erhebendes Gefühl, welcher Antrieb zur That, welch trostreicher Ausblick in die Zukunft für die Leidenden!

So wandelt die Chirurgie jetzt zweierlei Wege: den der weisen Selbstbeschränkung und den des kühnen, immerhin gefährlichen Zugreifens; jeden zu seiner Zeit. Ihr Vorgehen ist aber in jedem Falle wissenschaftlich und künstlerisch.

Kleine Mittheilungen.

— Dr. TH. KOLL in Aachen hat das in der letzten Zeit vielfach empfohlene **Nosophen** in der rhinologischen und otologischen Praxis versucht, worüber er in der „Berl. klin. Woch.", (1895, Nr. 29) berichtet. Bezüglich der Eigenschaft des Nosophens verweisen wir auf die von uns bereits gemachte Mittheilung über dieses Mittel.[1] Außer dem Nosophen wurde dessen Natronsalz in Verwendung gezogen, welches von seinen Erfindern unter dem Namen **Antinosin** eingeführt wurde; dasselbe stellt ein amorphes Pulver dar, welches sich in Alkohol leicht, in Wasser sehr leicht löst. Die Lösung des Antinosins ist in gut verstöpselten Flaschen lange ohne Zersetzung haltbar. Die Lösung besitzt ebenso wie das freie Salz eine blaue Farbe, ohne jedoch wie Pyoctanin eine erhebliche colorirende Wirkung auf das Gewebe auszuüben. Das Antinosin ist wie das Nosophen vollständig ungiftig. Im Laufe der letzten $^3/_4$ Jahre hat K. das Nosophen, sowie sein Natronsalz unausgesetzt an einem größeren Krankenmateriale der Prüfung unterzogen. Auf der Nasenschleimhaut erzeugt die Einstäubung des Pulvers nur eine sehr geringe Reaction und wird auch für die Dauer reizlos vertragen. Was nun die Anwendung des Nosophens in der rhinologischen Chirurgie betrifft, so erscheint dasselbe für alle blutigen Eingriffe in der Nasenhöhle in einer Weise geeignet, wie bisher mit gleicher Sicherheit nur das Jodoform. Nach Polypenoperationen und nach allen größeren und kleineren Operationen am Septum und an den Nasenmuscheln erzeugt das Nosophen regelmäßig schnelle und reizlose Heilung. Desgleichen empfiehlt es sich zur Nachbehandlung bei galvanokaustischen Eingriffen und nach chemischen Aetzungen, ferner nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. Die Heilung von 100 mit Nosophen behandelten Fällen der letzten Art war stets eine reizlose und rasche. Bei den verschiedenen Formen von acuter und chronischer Rhinitis mit Hypersecretion erlitt sowohl die schleimige, als auch eiterige Absonderung bei täglich ein- oder mehrmaliger Insufflation des Nosophenpulvers regelmäßig eine erhebliche Abnahme und dies oft in überraschend schneller Zeit. Bei Ozaena zeigte der Fötor durch die combinirte Anwendung der Lösung des Natronsalzes und des Nosophenpulvers oder auch des Pulvers allein eine baldige Abnahme. Eine überraschend schnelle Heilung erfuhren durch das Nosophenpulver, sowie durch eine Nosophen Vaselinsalbe Ulcerationen und Erosionen am Septum und am Naseneingange. — In der otologischen Therapie bewährte sich das Nosophen gleichfalls. Das fein zerstäubte Pulver wurde ohne jeden Zusatz nach sorgfältiger Reinigung und Austrocknen des Ohres in nicht zu großer Menge eingestäubt. Zur Ausspülung des Ohres wurde eine 0·2—0·5%ige Lösung des Antinosins verwendet, welche stets reactionslos vertragen wurde. Bei 24 Fällen von acuter Mittelohreiterung war das Ergebniß ausnahmslos ein sehr gutes. Dieselben gelangten alle in kurzer Zeit (3 Tage bis 4 Wochen) zur definitiven Heilung mit Verschluß der Operationsöffnung, ohne daß der Verlauf ein einzigesmal durch eine schwere Complication unterbrochen wurde. Bei chronischer Mittelohreiterung war das Resultat in vielen Fällen gleichfalls ein sehr befriedigendes. Bei Krankheitsprocessen, welche lediglich auf den Meatus externus beschränkt waren, hatte die Nosophenbehandlung stets ein günstiges Ergebniß. Nach diesen Erfahrungen glaubt K. zu dem Schlusse berechtigt zu sein, daß wir in dem Nosophen ein werthvolles antiseptisches und secretionsbeschränkendes Mittel besitzen, welches geeignet erscheint, die in der rhinologischen und otologischen Praxis gebrauchten Medicamente in mancher Beziehung zu ergänzen und einige derselben, insbesondere das Jodoform, mit Erfolg zu ersetzen. — Außer dem Antinosin kommt noch eine Verbindung des Nosophens in den Handel, nämlich eine in Wasser unlösliche Wismuthverbindung, welche von den Darstellern den Namen **Eudoxin** erhalten hat. Dasselbe enthält 52·9% Jod und 14·5% Wismuth. Mit diesem Mittel hat TH. ROSENHEIM („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 30), eine darmdesinficirende Wirkung des Mittels annehmend, Versuche bei Darmaffectionen angestellt. Zur inneren Verabreichung eignet sich das Mittel besonders wegen seiner völligen Geschmacklosigkeit und wegen des Fehlens jeder Belästigung des Magens. 24 Fälle von chronischem Darmcatarrh wurden mit dem Wismuthsalze des Nosophens behandelt, und zwar erhielten sie 0·3—0·5 (3—5mal täglich); in 7 Fällen war der Erfolg ein geringer, es handelte sich ausnahmslos um Phthisiker mit profusen Durchfällen. In den weiteren 17 Fällen wurde 5mal gar keine Veränderung, aber auch keine Verschlechterung des Befundes, 3mal eine Besserung und 9mal das völlige oder fast völlige Verschwinden der Beschwerden constatirt. Es handelte sich durchwegs um schwere Fälle, bei welchen das Leiden mindestens mehrere Monate bestanden hatte und meist auf alle mögliche Weise behandelt worden war. K. steht deshalb nicht an, das Nosophen und Eudoxin in Dosen von 0·3—0·5 (3—5mal täglich nach dem Essen zu nehmen), für diejenigen hartnäckigen Formen des chronischen Darmcatarrhes zum Versuche zu empfehlen, bei denen die oberen Dickdarm- und namentlich auch Dünndarmabschnitte betheiligt sind, bei denen Diarrhoe oder Wechsel von Diarrhee und Obstipation besteht.

— Es wurde in der letzten Zeit des Oefteren über die Heilung der Prostatahypertrophie durch Castration berichtet. So befriedigende Resultate diese Operation auch gibt, so stehen ihr doch gewisse Hindernisse entgegen, und L. ISNARDI hat deshalb am Cottolengo-Hospital in Turin ein einfacheres Verfahren, nämlich die **Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Durchschneidung und Ligatur des Samenstranges** versucht („Centralbl. f. Chir.", 1895, Nr. 28). Zu diesem Zwecke wird einfach der Samenstrang durchschnitten und die beiden Enden werden ligirt. Die erste derartige Operation war insofern ohne Erfolg, als der Pat. 2 Monate später an Marasmus zu Grunde ging. Die Section erlaubte keinen Schluß auf den Werth der Methode, da es sich unglücklicher Weise um einen Fall von Prostatakrebs handelte. Ein zweiter Fall betraf einen 72jährigen Mann, der seit einem Jahre an den Beschwerden der Prostatahypertrophie litt, welche vergeblich mit allen herkömmlichen Mitteln bekämpft wurden. Durch die Operation wurde vollständige Heilung erreicht, Harnverhaltung und Incontinenz hörten auf, der Urin wurde klar und normal, während er vorher purulent und ab und zu mit Blut vermischt war. Die Prostata, die vor der Operation die Größe einer halben Nuß hatte, ist bei der Rectaluntersuchung fast nicht zu fühlen. Der Samenstrang ist von der kleinen Narbe an stellenweise verdickt und knorrig; der Nebenhode ist kleiner als der normale, der Hode hat um etwa die Hälfte an Größe abgenommen. Die Operation ist so einfach, daß sie jeder Arzt leicht ausführen kann.

— Unter dem Titel **prätuberculöse Polyurie** berichtet H. DAVID („La sem. méd.", 1895, Nr. 35) über 3 Fälle, in welchen eine

[1] S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 899.

beträchtliche Polyurie dem Auftreten der ersten manifesten Zeichen der Lungentuberculose vorausgegangen war. Diese prätuberculöse Polyurie ist oft mit einer Phosphaturie verbunden, oft geht sie ohne dieselbe einher. Sie kann einen ganz bedeutenden Grad annehmen und zu Anfällen von renaler Congestion führen. Sie beginnt plötzlich und ist von mehr weniger hohem Fieber begleitet. Die prätuberculöse Polyurie kann allen bei essentieller Polyurie gebräuchlichen Mitteln trotzen und weicht gewöhnlich erst der gegen die Tuberculose gerichteten Medication. Dies zeigte sich besonders in einem der mitgetheilten Fälle, in welchem die Polyurie, die in 24 Stunden bis 25 Liter betrug, weder durch Antipyrin, noch durch Opium, Belladonna oder Ergotin zu beeinflussen war; erst vom Tage an, da man die Behandlung gegen die Tuberculose richtete, und dem Kranken Syrupus Extr. Fol. juglandis sowie Natr. arsenicosum-Jodoformpillen bei Vermeidung jeder anderen Medication verabreichte, fiel die Harnmenge rasch auf 4—5 Liter und das Allgemeinbefinden besserte sich beträchtlich.

— Ueber **Keloidbildung aus ungewöhnlicher Ursache** berichtet J. Block im „Journ. of cut. and genito-ur. diseases" (März 1895). Es handelte sich um ein 14jähriges Mädchen, welches zweimal vom **Blitze** getroffen worden war. Das erstemal, in ihrem 13. Lebensjahre, kam die Pat. mit einem leichten vorübergehenden Stupor und einer transitorischen Paralyse des Armes davon. 4 Jahre später wurde die Pat. abermals vom Blitze getroffen; das junge Mädchen blieb mehrere Tage ohne Bewußtsein, erholte sich aber bald, ohne weitere nervöse Störungen zu zeigen. Aber einige Monate später bildeten sich an allen jenen Stellen, an welchen die Haut leicht verbrannt war, und welche ohne Narbenbildung geheilt waren, Keloide von beträchtlicher Größe und Ausbreitung. Eine Goldkette, welche die Pat. am Halse getragen hatte, zeigte ihre Spur durch ein circuläres Keloid. In gleicher Weise bedeckten sich die Brandstellen der Interscapular- und Gesäßgegend mit Knötchen und keloiden Tumoren. Diese Stellen sind auch der Sitz steten Juckens und Brennens. Die Natur dieser Keloide ist insofern eine der Erklärung widerstehende, als man sie einerseits nicht gut für spontane Keloide, andererseits aber auch nicht für Narbenkeloide halten konnte, da sie ohne vorausgegangene Narbenbildung zu Stande gekommen waren.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VIII.

Winter (Berlin): **Bauchnaht und Bauchhernie.**

Die Frage nach dem Verhältniß zwischen Bauchnaht und Bauchhernie spielt gegenwärtig, wo es sich um die Abgrenzung der vaginalen und abdominalen Operationen handelt, eine besonders große Rolle. W. hat deshalb eine systematische Untersuchung über die Häufigkeit der Bauchhernien nach Laparotomien anstellen lassen. Dieselbe bezog sich auf 1000 in den Jahren 1889—1894 Laparotomirte. Davon konnten 522 Fälle verwerthet werden. Die Resultate waren für das Jahr 1889 30%, für das Jahr 1890 29% und für das Jahr 1891 23%, Zahlen, welche durch ihre Größe überraschen. Seit 2½ Jahren wurde ein neues Verfahren eingeschlagen, welches einerseits prima intentio, andererseits Schutz gegen die Hernien garantiren sollte. Die Seide wurde vollständig vermieden und nur Catgut angewendet, andererseits wurde ausgedehnter Gebrauch vom Collodiumverband gemacht, indem Gazestreifen auf die Wunde gelegt und dieselben reichlich mit Collodium getränkt wurden. Durch diesen vollständig sicheren Occlusivverband wurden die Bauchdeckenabscesse unvergleichlich geringer; ferner wurde die isolirte Peritonealnaht und die isolirte Fasciennaht mit Catgut eingeführt. Bis Juni 1894 wurden 216 Fälle mit isolirter Fasciennaht controlirt; dieselben ergaben 12% Hernien. Im Jahre 1894 fanden sich nur noch 8%. Ein Maßstab für die Leistungsfähigkeit der isolirten Fasciennaht ist die Größe der Hernie, welche durchwegs bedeutend kleiner war als bei der Knopfnahtmethode. Nur in einem einzigen Falle trat totale Dehiscenz der Fascien ein; alle übrigen Hernien waren von Erbsen- bis Fingerkuppengröße. Nach diesen Resultaten glaubt W., daß die primäre Asepsis und die isolirte Fasciennaht eine Methode darstellen, welche mit absoluter Sicherheit das Auftreten von Hernien nach Laparotomien verhütet. Bauchbinden sind bei diesem Verfahren überflüssig.

Discussion.

Zweifel übt die isolirte Peritoneal- und Fasciennaht seit dem Jahre 1889 regelmäßig. Nach seinen Erfahrungen ist bei erreichter prima intentio eine Hernie fast ausgeschlossen. Den Occlusivverband mit Jodoformcollodium hat Z. verlassen, da eine Stichcanaleiterung bei Jodoformcollodium nicht selten ist. Z. legt einfach Gaseservietten auf, bei welchen die Wundsecrete aus den Stichcanälen ausfließen und eintrocknen können. Diese Methode weist entschieden weniger als 8% Hernien auf.

v. Winckel hat bereits bei einer früheren Gelegenheit darauf aufmerksam gemacht, daß die Häufigkeit der Hernien nach Laparotomien unterschätzt wird. Dies sei nun durch die Untersuchungen des Vortr. ziffermäßig bestätigt. v. W. wendet die 3fache Bauchdeckennaht bereits seit dem Jahre 1889 als „Wiener Verfahren" an, doch hat er nicht ganz so gute Resultate wie Zweifel.

Dührssen wendet mit Vorliebe die einfache Silkwormknopfnaht an und kann sagen, daß nur in Fällen mit infectiösem Inhalte der Bauchhöhle ab und zu Eiterungen der Bauchwunde und später Hernien entstehen. In allen anderen Fällen erzielt er mit der Knopfnaht tadellose prima intentio und hat niemals Hernien auftreten gesehen. D. möchte nach seinen Erfahrungen die einfache Silkwormknopfnaht als das sicherste Verfahren für die Vereinigung der Bauchdecken empfehlen.

Chrobak näht seit Beginn der Achtziger-Jahre ausschließlich in drei Etagen, wie er dies zuerst von Billroth gesehen. Er hat diese Methode beibehalten, nicht etwa weil sie besonders befriedigende, sondern weil die übrigen Methoden entschieden weniger günstige Resultate liefern. Ch. hat mit dem verschiedensten Material genäht und ist immer wieder zur Seide zurückgekehrt, die er in allen 3 Etagen verwendet.

Martin hat sich nach mancherlei Erfahrungen wieder zur einfachen Bauchnaht (4—5 Seidenfäden durch die ganze Dicke der Bauchdecke, Catgutnaht der äußeren Haut) entschlossen. Für die Entstehung der Hernien komme die außerordentliche Verschiedenheit der Bauchdecken, die Verschiedenheit des Gewebes, der Constitution, in welcher die Frauen zur Operation kommen, in Betracht. Von diesem Standpunkte aus schlägt M. eine Sammelforschung vor. Bezüglich der Behandlung der kleinen und kleinsten Hernien spricht sich M. gegen das Anlegen von Binden und Peloten aus. M. beschränkt sich in solchen Fällen darauf, mit breiten Heftpflasterstreifen die Haut zusammen zu ziehen, und glaubt, dadurch die relativ günstigsten Ergebnisse zu erzielen.

P. Müller ist der Ueberzeugung, daß die Ziffer 8% bei genauer Nachforschung noch in die Höhe gehen werde. Er sehe Hernien noch nach 8 bis 10 Jahren. Seit 2 Jahren geht M. so vor, daß er den Schnitt in die Musculi recti verlegt und die Wunde in drei Schichten schließt, indem er das Peritoneum, dann den Muskel mit seiner Fascie mit Catgut, die Bauchhautschichten mit Seide vernäht. Daß die Beschaffenheit der Bauchdecken für das Entstehen von Hernien nicht gleichgiltig sei, könne mit Sicherheit angenommen werden.

Meinert erinnert an eine Arbeit von Tuffier in Paris, welcher auf trophische Störungen des Bindegewebes, speciell des Narbengewebes aufmerksam macht und nachweisen konnte, daß die Erschlaffungserscheinungen besonders in den Lagerungsverhältnissen der inneren Organe deutlich zum Ausdruck kommen (Enteroptose). Diese Verhältnisse dürften auch bei der einzuleitenden Sammelforschung nicht übersehen werden.

Ziegenspeck verlegt den Schnitt in den Musculus rectus. Er hat zwar auch hier Hernien auftreten gesehen, doch wurden dieselben später allmälig kleiner, was bei Hernien in der Linea alba niemals der Fall ist.

Olshausen: Es ist zweifellos, daß dort, wo keine prima intentio entsteht, Hernien auftreten können. O. steht deshalb stets von der Einlegung von Drains ab. Doch nicht jede Eiterung hat eine Hernie zur Folge, sondern lediglich, wenn die Eiterung die Fascie betrifft. Es kommt somit nur auf die prima intentio der Fascie an. Das Wesen liegt nicht in der Etagennaht, sondern in der isolirten Naht der Fascie. Eine Disposition zur Hernienbildung müsse man zugeben.

Schatz hat oft beim Nähen mit Catgut eine gelatinöse Infiltration in der Nahtstelle gesehen. Das Catgut war zwar gut sterilisirt, aber aus faulen Schafdärmen hergestellt. In Fällen mit fettarmen und nicht sehr straffen Bauchdecken könne man die Fasciennaht ohne Schaden weglassen. Nicht zu entbehren sei sie bei fettreichen Bauchdecken.

v. Winckel will den Ausdruck Etagennaht so verstanden wissen, wie er in Wien angewendet wird, nämlich fortlaufende peritoneale Catgutnaht, Naht der Muskeln, der Fascie und Naht der Haut mit fil de florence. Für die Entscheidung der Frage, ob eine Hernie entstanden sei, bedürfe es mindestens eines Zeitraumes von 2 Jahren.

Winter betont in seinem Schlußworte, daß er das mitgetheilte Verfahren nicht als neu hinstellen wollte. Allgemein werde die Wichtigkeit der Asepsis für die prima intentio zugegeben. Doch genüge dieselbe nicht zur Vermeidung der Hernien. W. macht noch darauf aufmerksam, daß seine Nachforschungen sich nicht auf Hernien, sondern auf Dehiscenzen der Fascie bezogen haben.

DÜHRSSEN (Berlin): **Ueber die Dauererfolge der intraperitonealen Vaginofixation.**

Vortr. berichtet über 100 Fälle von intraperitonealer Vaginofixation, welche er im Laufe der letzten $1^{1}/_{2}$ Jahre operirt hat. Ein Fall ist in Folge einer Nachblutung gestorben, ein Fall mit großem, myomatösem Uterus recidivirte. 98 Fälle sind von ihren Beschwerden als befreit zu betrachten und weisen normale Lage auf. In einem Drittel der Fälle handelte es sich um fixirte Retroflexionen. Seine Erfahrungen über diese Operationsmethode faßt D. folgendermaßen zusammen: Die intraperitoneale Vaginofixation ist bei mobiler und flectirter Retroflexion, sofern es sich nur um die Auslösung des Uterus aus einzelnen Verwachsungen handelt, eine verhältnißmäßig einfache und ungefährliche Operation, welche ebenso die Lageanomalie des Uterus beseitigt, wie die mit ihr zusammenhängenden Beschwerden, ohne zu neuen, etwa durch die Operation verursachten Störungen zu führen, und ohne den Eintritt und den normalen Verlauf der Schwangerschaft zu hindern. Im Vergleiche zur Ventrofixation erfolgt die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach Vaginofixation sehr schnell.

Discussion.

Döderlein theilt im Anschlusse daran einen Operationsversuch mit, den er in einigen Fällen ausgeführt hat, und bei welchem das Corpus uteri nicht abnorm fixirt wird. Nach Eröffnung der Plica vesico-uterina, wie bei der Vaginofixation und nach Sichtbarmachung der vorderen Fläche des Uterus wird in diesen ein 4—5 Cm. langer Sagittalschnitt gemacht, der zur Hälfte oberhalb der Peritonealgrenze zu liegen kommt. Dieser Schnitt wird vertieft und mit Catgut quer vereinigt; dadurch erfolgt eine Verkürzung der vorderen Wand des Uterus um die Schnittlänge. In den bisher operirten Fällen liegt der Uterus nicht blos nach der Operation, sondern auch später durchaus normal.

THEILHABER (München): **Zur Therapie der Retroflexio uteri.**

Die Patienten mit Retroflexion kommen oft genug nicht wegen der localen Beschwerden, sondern mit Allgemeinleiden in die Behandlung des Arztes. Das große Mißverhältniß zwischen localem Befund und den allgemeinen Symptomen ist oft auffallend. Mit der Retroflexio ist in der Regel eine Atonie des Colons verbunden, welche zu den verschiedensten nervösen Störungen führt. Die Behandlung muß sich in diesen Fällen zunächst darauf richten, die Musculatur zu kräftigen, was durch Massage, Gymnastik, Elektricität etc. erreicht wird. T. verwirft in den meisten Fällen ebenso die Pessarbehandlung wie die operative durch Vaginofixation. Eine orthopädische Behandlung ist nothwendig bei Retroflexio uteri gravidi und myomatosi.

TUSZKAI (Budapest): **Zur Frage der Hyperemesis gravidarum.**

Vortr. steht auf dem Standpunkte, daß die ohne jede Complication, blos durch die Schwangerschaft allein veranlaßte Hyperemesis zu den seltensten Erkrankungen gehöre. Um diese Diagnose zu stellen, müsse man alle jene Erkrankungen, welche mit Erbrechen einherzugehen pflegen, ausschließen. Die Ursache der genuinen Schwangerschaftshyperemesis scheint ein peritonealer localer Reizzustand zu sein, welcher mit consecutiven Inanitionszuständen, Abnahme des Körpergewichtes, Verminderung der Harnmenge, der Chloride, Auftreten von Albuminurie, Erhöhung der Blutalkalescenz, Auftreten von Megaloblasten einhergeht. Therapeutisch verwendet T. das Opium, local Wärme und Kälte, eventuell Einleitung des künstlichen Abortus. Zu letzterem Zwecke bedient sich T. eines doppelläufigen Katheters in Form eines HEGAR'schen Stiftes, durch den er Wasser von 50—60° laufen läßt. Ba.

Aus den Berliner ärztlichen Vereinen.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

Verein für innere Medicin.

Sitzung vom 1. Juli 1895.

JASTROWITZ demonstrirt ein in Amerika und England vielfach mit gutem Erfolge angewendetes Mittel gegen Gicht, Bitartarate of Lithia, das das Blut stark alkalisch macht und in Folge dessen die Anfälle erheblich vermindert.

OESTERREICHER berichtet über den anatomischen Befund eines Falles von Magenhyperacidität. Ein 57jähriger Kranker litt seit längerer Zeit an habitueller Obstipation, zu der sich nach einem Diätfehler häufig sich wiederholende cardialgische Schmerzen, sowie Erbrechen stark sauer riechender Massen und Stuhlretention gesellten. Wiederholte Thrombosen und Phlebitis der unteren Extremitäten. Tod durch Lungenentzündung. Die Magenschleimhaut zeigte im Fundus einen Zustand beginnender Erweichung, die übrige Schleimhaut war grauweiß mit zahlreichen hämorrhagischen Erosionen. Die Drüsen und das interstitielle Gewebe erwiesen sich mikroskopisch völlig intact trotz der seit längerer Zeit bestehenden Hyperacidität.

KLEMPERER: Untersuchungen über Gicht.

Beim typischen Verlauf der Gicht treten bekanntlich an den verschiedensten Körperstellen acute Entzündungen und zugleich an einzelnen Stellen harnsaure Niederschläge auf. Nach den anatomischen und klinischen Erfahrungen gehören diese Herde der Gichtharnsäure in den Gelenken etc. aber durchaus nicht zum Symptomenbilde der Gicht. Die Frage, woher diese Harnsäure stammt, bezw. ob sie die Ursache der chronischen Entzündungen ist und ob ein bestimmtes Verhältniß zwischen Harnsäureansammlung und -Ausscheidung besteht, hat GERHARDT dahin beantwortet, daß bei der Gicht die Harnsäure im Blute vermehrt sei, einerseits durch vermehrte Production, andererseits durch verminderte Ausscheidung. Bei einer gewissen Concentration im Blute wirke die Harnsäure nekrotisirend, indem sie sich krystallinisch abscheidet. Nach EBSTEIN dagegen bewirkt nicht die krystallinische Harnsäure die Nekrose, sondern diese ist etwas Primäres; die Harnsäure wirkt als gelöstes chemisches Gift. In der Bekämpfung des Harnsäurereichthums sei die wirksamste Bekämpfung der Gicht gelegen. Spätere Analysen haben gezeigt, daß die Harnsäureausscheidung individuell verschieden ist. Auch bei anderen Krankheiten, wie Pleuritis und Pneumonie, hat man reichliche Harnsäureausscheidung gefunden. In Folge dieses Befundes ist die ganze Lehre von der Bedeutung der Harnsäure bei der Gicht in's Schwanken gekommen. v. NOORDEN legt den Hauptwerth auf die Nekrotisirungsvorgänge, während er die Bildung der Harnsäure als nebensächlich ansieht.

Redner hat nun Untersuchungen über die Harnsäure im Blute angestellt und gefunden, daß beim acuten Gichtanfall das Blut harnsäurereich ist.

Diesem Harnsäurereichthum im Blute kommt aber keine besondere Bedeutung zu, da er sich auch bei anderen Krankheiten, wie Pneumonie, Nephritis etc. findet, ohne daß hier ein Gichtanfall eintritt.

K.'s Untersuchungen haben ferner festgestellt, daß ein reciprokes Verhältniß zwischen Harn-Harnsäure und Blut Harnsäure nicht besteht. Es existirt zwischen der Harnsäure des Harns, dem Gichtanfall und der Schwere der Erkrankung kein Zusammenhang. Bei der Erklärung der Gicht kommt daher der Harnsäure des Harns keine Bedeutung mehr zu.

Bei Untersuchung der Frage, wie viel Harnsäure denn überhaupt im menschlichen Blute löslich ist, ergab sich das fernere Resultat, daß bei den Gichtkranken während des Gichtanfalles nicht nur nicht ein Harnsäureüberschuß vorhanden war, sondern daß das Blut dieser Patienten noch die Fähigkeit besaß, weitere Harnsäure zu lösen. Dieser Befund weist darauf hin, daß nicht ein chemisches Verhältniß, sondern der nekrotische Proceß die Harnsäure fester bindet als das Blutserum.

Als weitere Thatsache stellte K. fest, daß nicht die Alkalescenz des Blutes die Ursache des Gichtanfalles darstellt.

In Bezug auf die Entstehung des nekrotisirenden Processes verweist K. auf andere Erkrankungen, von denen bekannt ist, daß giftige Stoffe im Blute kreisen und zur Nekrose führen, z. B. bei der chronischen Bleivergiftung und beim Alkoholismus. Alle Thatsachen deuten auf eine Verlangsamung des Stoffwechsels bei der Gicht hin, und daher häufen sich die Gichtstoffe im Körper an. Aufgabe der Therapie wird es daher sein, die Functionen des Stoffwechsels anzuregen, mäßige Nahrungszufuhr, dagegen rüstige Arbeitsleistung anzurathen und für reichliche Zufuhr von Alkalien Sorge zu tragen, um durch Ausspülung der Gichtstoffe die Anfälle zu vermindern. Dagegen hat die Zufuhr von harnsäurelösenden Mitteln keinen Zweck, da es für die Erkrankung gleichgiltig ist, ob die Harnsäure im Blute gelöst wird oder nicht.

Discussion:

Weintraut hat die ziemlich constante Harnsäureausscheidung im Harn durch Verfütterung von Kalbsthymus wesentlich steigern können. Obgleich nun auch im Blute ebenso große Mengen Harnsäure kreisten wie bei Gichtkranken, wurde doch kein Gichtanfall ausgelöst. Die Ursache desselben ist demnach keineswegs die Harnsäure.

A. Fränkel: Bei der Annahme einer primären Nekrose muß man zur Erklärung der gichtischen Veränderungen doch auf einen besonderen Chemismus in den Geweben zurückgreifen. —r.

Notizen.

Wien, 3. August 1895.

(Universitätsnachrichten.) Prof. Dr. F. TRENDELENBURG, bisher in Bonn, wurde als ordentlicher Professor der Chirurgie nach Leipzig berufen. Zum Leiter der neugegründeten Klinik und Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Breslau wurde Dr. F. SIEBENMANN, bisher a. o. Professor dieses Faches in Basel, berufen. — Der Professor der Physiologie in Basel, Doctor F. MIESCHER, hat aus Gesundheitsrücksichten sein Amt niedergelegt. An seine Stelle wurde der Privatdocent der Physiologie in Freiburg i. B. Dr. R. METZNER berufen. — Privatdocent Dr. BUCHWALD in Breslau erhielt den Titel eines Professors. — Als Docenten haben sich habilitirt: in München Dr. HAHN für Hygiene, Doctor OTTO FRANK für Physiologie, Dr. HANS NEUMAYER für innere Medicin; in Königsberg Dr. GERBER für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten; in Würzburg Dr. L. RIESE für Chirurgie; in Basel Dr. F. EGGER für innere Medicin.

(Ernennungen.) Der Vorstand der I. medicinischen Abtheilung im k. k. Kaiserin-Elisabeth-Spitale Dr. TH. v. KOGERER wurde zum wirklichen Primararzt ernannt. — Die im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten zu besetzende Stelle eines ordinirenden Arztes wurde dem bisherigen Assistenten Hofrath NOTHNAGEL's, Dr. FRITZ OBERMAYER, verliehen. — Der mit der Ertheilung des Hebammenunterrichtes betraute Primararzt an der Gebärabtheilung der Landeskrankenanstalten in Olmütz, Dr. EDUARD FRANK, hat den Titel eines Professors erhalten.

(Städtische Aerzte.) Demnächst werden 14 städtische Bezirksärztestellen in der Rangsclasse Xa zur Ausschreibung gelangen. Von den städtischen Aerzten wurden eingereiht: in die VIII. Rangsclasse Dr. E. KOHN, Dr H. WERNER, Dr. J. BASLINGER, Dr. H. ADLER, Dr. L. CLAAR, Dr. A. GRÜNBERG; in die IX. Rangsclasse Dr. J. EHRMANN, Dr. Th. SZONGOTT, Dr. C. BERDACH, Doctor A. BÖHM, Dr. J. NUSSBAUM und Dr. J. LENK.

(Aerztliche Behandlungsscheine.) In den von den praktischen Aerzten ausgestellten ärztlichen Behandlungsscheinen ist, einem Erlaß des Ministeriums des Inneren zufolge, nunmehr die Krankheit, welche als unmittelbare Todesursache anzusehen war, nebst der Bezeichnung derselben in der landesüblichen Sprache, auch noch mit dem wissenschaftlichen lateinischen Namen anzugeben und in Fällen, in welchen sich diese Krankheit unmittelbar aus einer anderen Krankheit entwickelt hat, auch diese letztere beizufügen (z. B. Bronchitis post pertussim, Pneumonia post morbillos, Septicaemi apost vulnus scissum, Tetanus post vulnus laceratum u. dgl. m.).

(Diphtherieheilserum-Statistik.) In der Sitzung des Berliner Vereines für innere Medicin am 15. Juli d. J. berichtete Prof. EULENBURG über einige vorläufige Ergebnisse der von der „D. med. Wochschr." veranstalteten Diphtheriesammelforschung; das bisher eingegangene Zählkartenmaterial umfaßt 10.240 Diphtheriefälle, wovon 5790 mit, 4450 ohne Serum behandelt wurden; im ersteren Falle war die Gesammtsterblichkeit 9·5%, im letzteren 14·7%. Bei Kindern unter 2 Jahren betrug die Sterblichkeit der Geimpften 21%, die der nicht Geimpften 39%, während sich bei Erwachsenen sogar ein kleines Minus auf Seiten der mit Serum Behandelten herausstellte. — Fast zu gleicher Zeit veröffentlicht das kaiserliche Gesundheitsamt zu Berlin in einer Denkschrift das Ergebniß einer Sammelforschung, welche sich auf das Quartal Januar bis April 1895 bezieht und der hauptsächlich Spitalsmaterial zu Grunde liegt. Die Gesammtsterblichkeit der 2228 mit Heilserum behandelten Fälle betrug 17·3%. Wir kommen demnächst auf die Ausführungen dieser Denkschrift noch zurück und wollen nur die Schlußfolgerung, welche aus den bisherigen Erfahrungen gezogen wird, kurz wiedergeben. Darnach habe sich die von fast allen Seiten ausgesprochene Erfahrung von der Unschädlichkeit des Heilserums bestätigt. Diese Thatsache sei im Hinblick auf die günstige Mortalitätsziffer geeignet, zu weiterer Anwendung des Heilserums aufzufordern. Allerdings bedürfe es zum Zwecke eines abschließenden Urtheils noch einer längeren Beobachtungszeit und einer fortgesetzten statistischen Bearbeitung des Materials.

(Ein internationales sero-therapeutisches Institut.) Kein Geringerer als BEHRING hat den Gedanken eines internationalen Institutes für die Heilserumtherapie gelegentlich eines Interviews ausgesprochen, welches die „Rif. med." vor Kurzem veröffentlicht hat. BEHRING constatirt zunächst, daß die in den verschiedenen Laboratorien dargestellten Serumpräparate nichts weniger als gleichmäßig wirksam und rein sind. Es würde sich zunächst empfehlen, ein internationales Comité einzusetzen zum Zwecke der Controle der verschiedenen in der Welt circulirenden Serumarten. Dieses Comité müßte auf Grund eines bestimmten Aichmaßes für die antitoxische Wirksamkeit und Reinheit der Präparate jedes nicht entsprechende Serum als zur therapeutischen Verwendung ungeeignet erklären. Solche Maßnahmen könnten dann auch auf andere Heilserumgattungen ausgedehnt werden. Man würde das Serum controliren, wie man in allen civilisirten Ländern Maß und Gewicht controlirt; nur würde diese Controle eine internationale sein. BEHRING erklärte, daß alle wissenschaftlichen Autoritäten, unter diesen auch ROUX, mit ihm über die Errichtung eines derartigen Institutes Eines Sinnes seien.

(Zwei Todesfälle durch Verwechslung von Medicamenten.) In einem Orte Steiermarks fielen kürzlich der Verwechslung eines Medicamentes zwei Menschenleben zum Opfer. Interessant und bedauerlich zugleich ist hiebei die Thatsache, daß die Verwechslung nicht seitens des Apothekers, sondern durch eine in Deutschland befindliche Fabrik stattfand, aus welcher der Apotheker das Medicament bezogen hatte. Es hatte sich in dem betreffenden Falle um die Abtreibung eines Bandwurmes gehandelt, zu welchem Zwecke der Arzt Extractum filicis maris und Extractum granati verschrieb. Der Effect der Bandwurmcur war der rasche Tod unter den Zeichen einer Vergiftung. Noch bevor der Arzt zur Kenntniß dieses traurigen Ereignisses gelangte, hatte er dieselben beiden Medicamente in einem zweiten Falle verschrieben und auch diesesmal wirkte das Mittel prompt — der Pat. starb. Die gerichtliche Untersuchung der beiden Fälle ergab, daß der betreffende Apotheker statt Extractum punicae granati, Extractum nucis vomicae mit hohem Gehalte an Strychnin und Brucin ausgefolgt hatte, daß aber die Verwechslung nicht in der Apotheke, sondern schon in der Fabrik stattgefunden hatte. Dieses Ereigniß war der Anlaß zu einem Gutachten des Obersten Sanitätsrathes, das wir bereits in der vorwöchentlichen Nummer mitgetheilt haben.

(„Bierhansel.") Alle Welt, sofern sie dem Biergenuß huldigt, weiß, was unter „Bierhansel" zu verstehen ist. Mit dieser bestgehaßten Gepflogenheit aller schlechten und vieler guten Wirthe hatte sich nun kürzlich ein vom O.-S.-R. Dr. KRATSCHMER ausgearbeitetes Gutachten zu beschäftigen. In Anbetracht der Größe der betheiligten, resp. benachtheiligten Kreise geben wir die Schlußsätze des Referates wieder. Sie lauten: 1. Der „Bierhansel" besteht aus mehr oder weniger abgestandenen, schalen, in Zersetzung befindlichen, meist verdorbenen, sehr häufig mit ekelhaften Substanzen vermengten Bierresten. 2. In Folge dieser Zusammensetzung ist der „Bierhansel" geeignet, an sich oder als Zumischung zu frischem Biere Unbehagen, Verdauungsstörungen und selbst schwere Gesundheitsschädigungen hervorzurufen; er ist daher schlechtweg für gesundheitsschädlich zu erklären. 3. Die Vermischung von Bier mit „Bierhansel" ist als eine grobe, ekelhafte, gefährliche, gesundheitsschädliche Verfälschung und Verunreinigung eines der verbreitetsten Genußmittel zu bezeichnen. 4. Gegen diese Verfälschung und Verunreinigung ist mit aller Strenge vorzugehen. Die §§ 403 und 407 des allgemeinen Strafgesetzes bieten hiefür ausreichende Handhaben.

(**Die Zahl der Selbstmorde**) beträgt zur Zeit auf eine Million Einwohner in Sachsen 311, in Frankreich 240, in Preußen 133, in Oesterreich 130, in Bayern 90, in England 66 und in Rußland 30.

(**Hack Tuke-Preis.**) Zum bleibenden Andenken an den hervorragenden Psychiater fordern die leitenden englischen Fachmänner zu einer allgemeinen Sammlung auf, um einen Hack Tuke-Preis für Leistungen auf dem Gebiete der Irrenpflege und der neurologischen und psychiatrischen Wissenschaft zu stiften. Beiträge sind an den Ehren-Säckelwart Dr. Henry Rayner, London, 2 Harley-Street W., zu senden.

(**Aus Stuttgart**) wird uns gemeldet: In der ärztlichen Leitung des hiesigen medico-mechanischen Instituts ist am 1. Juli 1895 eine Aenderung eingetreten. Prof. A. Landerer, Oberarzt am Karl-Olga-Krankenhause, hat die Stelle eines consultirenden Chirurgen am Institut übernommen. Leitender Arzt und Hausarzt ist Dr. Erwin Kirsch, bisher Oberarzt an der Heilanstalt der Norddeutschen Holzberufsgenossenschaft zu Neurahnsdorf bei Berlin.

(**Statistik.**) Vom 21. bis inclusive 27. Juli 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5785 Personen behandelt. Hievon wurden 1235 entlassen; 182 sind gestorben (12·84% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 50, egyptischer Augenentzündung 8, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 13, Scharlach 64, Masern 104, Keuchhusten 62, Wundrothlauf 25, Wochenbettfieber 5, Parot. epid. 2, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 648 Personen gestorben (+ 21 gegen die Vorwoche).

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

In der Marktgemeinde **Deutsch-Brodek**, Bezirkshauptmannschaft Littau in Mähren, ist die Sanitätsdistrictsarztesstelle mit 1. October zu besetzen. Gehalt 700 fl. und Fahrpauschale 300 fl. Gesuche an den Obmann des Sanitätsdistricts, Josef Kühr, Postmeister in Deutsch-Brodek.

Im neuerbauten Kaiser Franz Joseph-Krankenhause in **St. Pölten** sind folgende Stellen zu besetzen: Ein Primararzt für die medicinische Abtheilung, ein Primararzt für die chirurgische Abtheilung mit je einem Jahresgehalte von 1200 fl. Zwei Secundarärzte mit je 300 fl. Jahresgehalt. Einem der beiden Primarärzte wird die Leitung der Anstalt gegen eine jährliche Functionsgebühr von 100 fl. übertragen. Gesuche bis 1. September an das Bürgermeisteramt der Stadt St. Pölten in N.-Oe.

Leitender Arzt für das öffentliche Krankenhaus zu **Prčic** (Böhmen). Gehalt 500 fl. Gesuche bis 15. August an den Bezirksausschuß Sedletz.

Districtsarzt für **Bělá** (Böhmen). Gehalt 500 fl., Reisepauschale 125 fl. und von der Gemeinde Bělá 200 fl. Gesuche an den Bezirksausschuß Deutschbrod.

Gemeindearzt für die Sanitätssprengel **Luzan, Okna** und **Werenczanka** in der Bukowina. Mit jedem dieser Dienstposten ist eine Jahresdotation von 600 fl. verbunden. Gesuche bis 10. August an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Kotzman.

Gemeindearzt für den Markt **Luttenberg** (Steiermark). Gehalt 500 fl. Bewerber um diese Stelle müssen römisch-katholischer Religion, deutscher Nationalität und einer slavischen Sprache mächtig sein. Anfragen sind entweder beim Gemeindeamte oder bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft Luttenberg einzubringen.

Districtsarzt für die Gemeinden **Reifnig** und **Johannesberg** (Steiermark). Bezüge: a) ein jährlicher Beitrag der Gemeinde Reifnig von 200 fl., b) ein jährlicher Beitrag der Gemeinde Johannesberg von 100 fl., c) ein jährlicher Beitrag des Bezirkes Mahrenberg von 150 fl., d) ein Beitrag des Landesausschusses, mit 150 fl., e) Beitrag der Grazer allgemeinen Arbeiter-Kranken-Unterstützungscasse, und zwar 27 kr. pro Mitglied und Monat, somit für 110 Mitglieder circa 350 fl., zusammen 950 fl. Gesuche bis 10. August an den Districtsausschuß in Reifnig.

Districtsarztesstelle in **Söchau**, Bez. Fürstenfeld (Steiermark), mit einem jährlichen Pauschale von 507 fl. Gesuche bis 15. August an die Gemeindevorstehung Söchau.

Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant
Eigenthümer der

Hunyadi János Quelle

Zu haben in allen **Mineralwasserdepôts** sowie in allen **Apotheken.**

Saxlehner's Bitterwasser

Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen

Man wolle ausdrücklich verlangen:

Anerkannte Vorzüge:

Prompte, milde, zuverlässige Wirkung. Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen. Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.

SCHLAFLOSIGKEIT

Auszug aus einem Artikel
des Journals
MEDICAL PRESS and CIRCULAR
VON
EDWARD WARREN-BEY, M.D., C.M., L.L.D.
Chevalier de la Légion d'Honneur

« Für die mit dem Gebrauche des Bromidia vertrauten Personen ist eine Anpreisung überflüssig, denn es spricht für sich selbst, indem es bei seinen Anwendungen mit solcher Sicherheit, Wirksamkeit & Harmlosigkeit wirkt, die gleichzeitig die Bewunderung des Kranken als auch das Entzücken des Arztes hervorruft & welche der Medizinischen-Welt die Gewissheit gibt, endlich ein Heilmittel zu besitzen, welches sich so sehr der Unfehlbarkeit nähert, dass es den Titel *Spezificum* verdient. »

GARANTIE.

Der GROSSE RUF des BROMIDIA hat oft billige Nachahmungen hervorgerufen, die ohne Wirksamkeit unter dem Namen Bromidia verabfolgt wurden. Einige dieser Nachahmungen sind nicht allein nur ohne jeglichen Werth, sondern auch absolut schädlich. Zur Vorsicht ist es nicht allein nothwendig, ausdrücklich "BATTLE'S BROMIDIA" zu verordnen, sondern es muss auch darauf genau geachtet werden, dass der Kranke wirklich das echte Produkt erhält.

Ein Muster-Flacon nebst Broschüre wird den Herren Aerzten auf Verlangen gratis zugesandt von:

F. WISINGER
Kärnthner Ring, 18, Wien.
General Depot für Oesterreich-Ungarn

BATTLE und Co., St. Louis, Ver.-Staaten.

Steiermärkische Landes-Curanstalt

Rohitsch-Sauerbrunn

Südbahnstation Pöltschach. Saison 1. Mai bis 1. October.

Trink-, Bade-, Molken- und elektr. Curen

Prospecte durch die Direction.

Die **weltberühmten Glaubersalz-Säuerlinge**, empfohlen durch die ersten **medicinischen Autoritäten bei Erkrankung d. Verdauungs- u. Athmungsorgane,** u. zw. die

TEMPELQUELLE als bestes Erfrischungsgetränk,
STYRIAQUELLE als bewährtes Heilmittel

versendet in frischer Füllung die

56 **Brunnenverwaltung Rohitsch-Sauerbrunn.**

Aerztliches Pädagogium
für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke
zu Görlitz (Preussisch-Schlesien).

Ausführliche Prospecte zu erhalten von

1015 **Dr. Kahlbaum.**

BAD SUTINSKO.

Akratotherme + 29·9° R. Hohe heilkräftige Wirkung bei Frauenkrankheiten. Haltestelle „Sutinske Toplice" (Zagorjaner Bahn), Post Mihovljan. **Saison vom 1. Mai bis 1. October.** Nähere Auskunft ertheilt bereitwilligst der **Badearzt** und die **Badeverwaltung.**
519

C. F. Boehringer & Soehne, Waldhof bei Mannheim.

Für Blutarme und Reconvalescenten!

FERRATIN
D. R. P. No. 72168.

Die Eisenverbindung der Nahrungsmittel.
Nur in Original-Flacons à 25 Gr.
Preis per Flacon M. 3.—

FERRATIN-CHOCOLADE-PASTILLEN.

à 0·5 Gramm Ferratingehalt
Nur in Original-Cartons à 50 Pastillen.
Preis per Carton M. 3.50.

D. R. P. No. 70250. **LACTOPHENIN** D. R. P. No. 70250.

Antipyreticum und Antineuralgicum
von hervorragenden Eigenschaften und von specifischer Wirkung bei 527
Typhus abdominalis und Gelenkrheumatismus!

Alleinfabrikation der Prof. Dr. Angerer Pastillen mit Sublimat
entsprechend dem Nachtrag der Ph. III

Bitte ausdrücklich **Prof. Dr. Angerer-Pastillen** mit **Sublimat** zu verlangen und auf die **Schutzmarke** zu achten.

Zur Herstellung d. Angerer-Pastillen ist unterfertigte Firma **allein** berechtigt, Fabrik. u. Pack. gesetzl. geschützt. Nachahm. werden gerichtl. verfolgt. Alle Pack. sind mit nebenst. Schutzm. versehen.

Prämiirt in den hygien. Ausstellungen von Paris, London, Genf und Amsterdam 1892, 93 und 94 mit der grossen goldenen Medaille etc.

In Orig.-Gläsern à 1·0, à 1000 fl. 11.—, à 500 fl. 6.— u. 100 St. fl. 1.60. in Cart. à 5 Cyl. à 10 St. fl. 1.50. 0·5 bis 0·1 u. weniger Sublimatgehalt billiger Anerk., bill. u. wirksamster Antisepticum, werden nur gegen ärztliche Ordination abgegeben.

Rotterin-Chlorzink-Pastillen, antisept. nach der alten und neu. Vorschrift der Adler-Apotheke München s. Centralblatt der Chirurgie, 1888, Nr. 40. 1000 St. fl. 12.50, 1 Gl. 100 St. fl. 2.—, Gl. 10 St. fl. —.30

Animale Lymphe aus der kgl. bayr. Central-Impfanstalt, nur mit Erfolg angewandte gelangt zur Abgabe 1 Cyl. für 2—3 Impf. fl. 0.70, f. 4—5 Impf. fl. 1.30, f. 30 Impf. fl. 6.50, f. 100 Impf. fl. 16.— incl. Pack.

Carbolpastillen 1 und 2·0 Phenol absolut Ph. III enth. Gl. 10 St. 25 und 30 kr.

Alle Pastillen zur Selbstbereitung **subcutaner Injectionen.**

Schilddrüsen von Kälbern, Schafen, Schweinen 0·3 eingedickten Saft pr. Pastille haltend, Gl. 50 St. fl. 0.90

Urethralstäbchen aus Ol. Cacao, Gelatine u. dgl. elastisch völlig zerfliessend mit Jodoform, Thallin, Argent. nitr. etc., je nach Länge und Dicke 7—40 kr., von verschiedenem Gehalt vorräthig.

Stuhlzäpfchen aus Gelatine oder Seife 70—90% glycerinhalt., auch aus Ol. Cacao, hohl 1—3·0 glycerinhaltig in 3 Grössen. Schtl. 20, 30, 35 kr.

Vaginalkugeln, Stuhlzäpfchen mit jedem gewünschten Medicament hohl zum Selbstfüllen vorräthig.

Ausrüstung und Ergänzung von Handapotheken für Aerzte.

Fabrik pharmaceut. chem. Präparate, comprimirter Medicamente etc.
M. Emmel, Adler-Apotheke München, Sendlingerstrasse 13.

Süsses „Chinin" (Syr. aromaticus)

Zwanzig Gramm meines Präparates genügen, um den Geschmack von 1·0 Grm. Chinin zu verdecken, so dass dasselbe versüßt sehr angenehm zu nehmen ist.

Mein Präparat überragt durch Vortheile und Billigkeit alle ähnlichen Erzeugnisse!

Preise: 1 Kgr. mit Verpackung . . . . fl. 2·50
5 „ „ „ und franco Zusendung . . . . „ 12.50

Weniger wie 1 Kgr. wird nicht versendet. 51

Nova (Com. Zala), Ungarn. Achtungsvoll **Julius Persay,** Apotheker.

TAMAR SAGRADA WEIN

TAMAR-SAGRADA WEIN
ESSENTIA PURGATIVA

Essentia purgativa

Laxativum von promptester Wirkung und lieblichem Geschmack, erprobt in Kliniken, verordnet von medicinischen Autoritäten. Mildes, nicht Leibschneiden erregendes Purgativum. (Siehe „Ueber Behandlung der Obstipation" Nr. 89, Deutsche Medicinal-Zeitung.)

Flasche fl. 1.35

Pilulae aperientes obd. Hup.

Vorzüglich wirkend. Vermehren Gallensecretion und Peristaltik und verhüten krampfartige Darmcontraction. — In Apotheken üblicher Recepturpreise:
Nr. 30 = 50 kr.
„ 50 = 70 „

65

Apotheker E. HUPERTZ & Co., Köln am Rhein.

General-Depôt: **Dr. A. ROSENBERG, Apotheke „zum König von Ungarn" in Wien, I., Fleischmarkt 1.**

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstr. 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstr. 12.

Nr. 32. Sonntag den 11. August 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Prophylaxis der venerischen Krankheiten unter den Arbeitern.

Von **Docent Dr. Adolf Havas** in Budapest. *)

Eine gewisse Scheu, ein unberechtigtes Schamgefühl ist es, das Jeden, so oft er von venerischen Erkrankungen und von Syphilis sprechen will, ergreift. Gewisse althergebrachte, ich könnte sagen angeborene Ansichten beherrschen noch immer das Terrain und drücken einer natürlichen Sache den Stempel des Lasters und der Unzucht auf.

Selbst der mächtigste Theil der modernen Medicin, die Hygiene, rafft sich nur schwer und mit Unwillen auf, soll von den venerischen Krankheiten und der Syphilis gesprochen werden.

Die Indolenz ist geradezu unverantwortlich, wenn man bedenkt, daß es sich doch um eine Erkrankung handelt, die sowohl in intensiver als auch extensiver Beziehung zu den weitverbreitetsten gehört, eine veritable Volkskrankheit bildet, die mehr Schaden an Menschenmaterial anrichtet, als welche Epidemie immer, gegen welche alle Hebel der Medicin und Staatsgewalt in Anspruch genommen werden.

Es ist geradezu verblüffend, wenn man bedenkt, daß gegen die Propagation dieser seit Jahrtausenden gekannten Krankheit kaum etwas Ersprießliches geleistet wurde, daß die Resultate der prophylactischen Maßregeln alles, nur nicht befriedigend sind.

Wenn wir nach der Grundursache dieser trostlosen Erfolglosigkeit fahnden, finden wir mehrere Umstände, welche sie erklären können.

Vor Allem die falsche Basis, von welcher jede Action gegen diese Krankheitsgattung ausgeht. Weil die meisten Fälle venerischer Erkrankungen durch geschlechtlichen Verkehr acquirirt werden, wurde sie, nämlich die venerische Krankheit, als Folge der Zuchtlosigkeit als Sünde betrachtet. In Folge dieser Auffassung wurde nicht mit Humanität, sondern mit Brutalität vorgegangen, anstatt hygienischer Maßregeln aber die Ruthe und das Gefängniß angewandt.

Nicht regeln, sondern ausrotten wollte man die Prostitution. Doch lehrt die Geschichte, wie KAPOSI richtig bemerkt, daß man die Prostitution nicht ausrotten kann, denn der geschlechtliche Verkehr ist ein natürliches Bedürfniß, das man weder mit sittlichen, noch mit gouvernementalen Verordnungen und Repressalien unterdrücken kann, insolange, als unsere socialen Verhältnisse derartige sind, daß es nicht Jedem gegönnt ist, zu heiraten, oder als die Ehe erst im vorgerückteren Lebensalter eingegangen wird und zum Schlusse die Lebenserhaltungsverhältnisse dergestalt sind, daß der Mann Wochen, Monate oder gar Jahre lang von seinem Weibe entfernt leben muß.

Eine andere Ursache der Erfolglosigkeit ist, daß man maßgebenden Ortes nicht gehörig informirt ist oder die deletären Folgen der venerischen Erkrankungen nicht gehörig würdigt. Und TARNOVSZKY hat Recht, wenn er sagt: Wenn man nachrechnen könnte, wie viel Schaden der Gesellschaft, vom nationalökonomischen Standpunkte betrachtet, durch die Syphilis verursacht wird in Form von Arbeitsunfähigkeit, Pflegegebühren, Degeneration der Nachkommenschaft, Todesfälle etc.; wenn die schweren Erkrankungen in Folge von Tripper gehörig gewürdigt werden möchten, welche sowohl bei Männern als bei Frauen so schwere Geschlechtserkrankungen, Sterilität, Nervosität etc. verursachen; wenn man wüßte, daß 70—80% der Bewohner der Blindeninstitute auf diese Weise ihr Augenlicht verloren haben, hinzugefügt zum Schlusse noch die körperliche und geistige Degeneration der mit dieser Krankheit Behafteten und ihrer Nachkommen; wenn man, meine Herren, all diese traurigen Folgen gehörig würdigen würde, so bin ich überzeugt, daß man mit derselben Energie und Opferwilligkeit gegen die Propagation der syphilitischen und venerischen Erkrankungen einschreiten würde, als man es gegen die übrigen Infectionskrankheiten thut.

*) Vortrag, gehalten auf dem VIII. Internationalen Congresse für Hygiene und Demographie zu Budapest.

Ein Hauptfactor der Erfolglosigkeit liegt, wie BLASCHKO richtig andeutet, in unseren Spitalverhältnissen, die dieser speciellen Aufgabe nicht gewachsen sind. Die Belagsräume und Betten für venerisch Erkrankte sind nicht genügend, sind zu wenig, die Aufnahme in die Spitäler erschwert, die Umgangsart mit den venerisch Erkrankten schroff. Die Pflegegebühren werden, wenn der Patient mittellos ist, von seiner Zuständigkeitsbehörde einverlangt und dies geschieht immer mit der Brandmarkung der betreffenden Person, denn, wie bekannt, das große Publicum hält noch immer die venerischen Erkrankungen für entehrend. Daher die Furcht vor der spitalmäßigen Behandlung. Diese Aversion wird aber noch gesteigert dadurch, daß man anständige Frauen zwischen Prostituirte legt.

Es würde mich zu weit von meinem Thema ablenken, wollte ich alle auf falscher Basis beruhenden Verordnungen hier anführen.

Die soeben geschilderten Verhältnisse sind beinahe überall die gleichen. Bei den heutigen Verkehrs- und socialen Verhältnissen könnte nur ein einheitliches, internationales, energisches, gewissenhaftes und sachverständiges Vorgehen zum Ziele führen.

In dem mit großem Fleiß und vollkommener Beherrschung des Materials verfaßten Werke von H. MIREUS, Paris, und A. BLASCHKO, Berlin, finden all diese Reclamationen gehörige Würdigung.

Doch sehen wir, wie sind die Verhältnisse bei den Arbeitern, bei dieser mächtigsten Classe der Bevölkerung; und wie können wir diese vor den venerischen Erkrankungen schützen?

An den großen Stätten der Industrie werden die venerischen und luetischen Erkrankungen propagirt nach BLASCHKO dadurch:

Daß viele geschlechtsreife, jugendliche Individuen sich dort ansammeln;

viele Ehemänner vom Lande wochen- und monatelang vom häuslichen Herde entfernt leben müssen;

durch die Beschäftigung beider Geschlechter zu ein- und derselben Zeit an ein und demselben Orte bei der Arbeit, durch den Abusus von Alkoholicis, welcher Umstand den Geschlechtsreiz hebt, die Vernunft, die Ueberlegung hemmt;

durch schlechte Wohnungsverhältnisse, Massenquartiere, wo beide Geschlechter in einem Zimmer schlafen; durch die Unkenntniß der Natur der venerischen Krankheiten, mit anderen Worten durch den niederen Bildungsgrad; durch den Gebrauch ein und desselben Trink- und Eßgeräthes seitens verschiedener Personen, ohne vorherige Reinigung;

durch das inhumane Vorgehen der Krankencassen den venerischen Kranken gegenüber, die bereits erwähnten erschwerenden Spitalsverhältnisse und in Folge dessen die mangelhafte Behandlung der in Frage stehenden Erkrankungen.

Die Assanirung der soeben erwähnten Mängel wird das beste Mittel sein, um die Propagation der venerischen Krankheiten unter den Arbeitern zu verhüten.

Es müssen also vor Allem die materiellen Verhältnisse der Arbeiter gebessert werden. Bei besseren Lebensverhältnissen mehrt sich auch die Zahl der Eheschließungen, folglich wird die Suche nach Prostitution eine geringere. Denn, wie ich bereits erwähnte, ist der geschlechtliche Verkehr ein natürliches Bedürfniß, das man nicht unterdrücken kann; wenn also die Verhältnisse nicht derartige sind, daß Jeder eine Ehe eingehen kann, so müssen wir für Ersatz sorgen durch gehörig controlirte Prostitution. Es soll also die Prostitution geregelt werden. Ferner soll alle falsche Scham bei Seite gelegt, die Arbeiterclasse über Natur und Wesen der venerischen und syphilitischen Erkrankung belehrt werden, entweder durch populär gehaltene Vorträge oder durch kleine, billige, auf Massenabsatz berechnete Broschüren, so z. B. wie die von ZADOK und BLASCHKO; aufgeklärt über die Gefahren, wird sich auch ein Jeder nach Thunlichkeit schützen.

Zu restringiren wäre die Zahl der Branntwein-Boutiken und dieselben wären strenge zu überwachen, denn bei nüchternem Verstand schützt man sich mehr vor Ansteckungsgefahren, als wenn durch Trunkenheit das ruhige Urtheilsvermögen benommen ist.

Jene Bestimmung des Krankencasse-Gesetzes, wonach an venerischer und syphilitischer Krankheit leidende Mitglieder weder Verpflegsgebühren, noch Krankengelder, sondern nur die Medicamente erhalten, ist zu streichen. Mit anderen Worten, die Syphilis und venerische Krankheiten sind den übrigen Erkrankungen gleichzustellen, denn, wie BLASCHKO ganz richtig bemerkt, sind die Krankencassen nicht moralische, sondern hygienische Institutionen, deren Zweck, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ihrer Mitglieder je eher und je billiger herzustellen ist.

Ferner sollen die Spitalsverwaltungen angewiesen werden, die an venerischen und syphilitischen Erkrankungen Leidenden unentgeltlich und in unbeschränkter Zahl aufzunehmen, so es der Zustand oder die Umstände des Reflectanten erheischen, denn sehr häufig machen die schlechten Wohnungsverhältnisse, finstere, kalte Zimmer, Massenwohnungen, mangelhafte Intelligenz es unbedingt nothwendig, daß eine spitalsmäßige Behandlung in Anwendung komme. Sollte aber der weitere Verlauf der Erkrankung die spitalsmäßige Behandlung nicht erheischen, so soll der ambulatorisch Behandelte die nothwendigen Medicamente unentgeltlich erhalten.

Es ist unbedingt nothwendig, daß bei der Spitalsbehandlung die in Frage stehenden Kranken den übrigen Kranken gleichgestellt werden; also verschärfte Maßregeln nicht angewendet werden mögen, da diese erstens unnütz sind, dann aber rein dazu beschaffen sind, um den Pat. einen Horror vor dem Spitale einzuflößen, was weder im Interesse des Spitals, noch der möglichst raschen Eindämmung der Syphilis-Propagation wünschenswerth ist. Dann wäre diese strafartige Strenge schon deshalb auch nicht richtig angewendet, da, wie wir wissen, die Syphilis und venerische Erkrankungen sehr häufig auf indirectem Wege, nicht durch Liederlichkeit und Ausschweifung, erworben werden. Dieser soeben erwähnte Umstand veranlaßte BLASCHKO die Aufmerksamkeit der Collegen dahin zu lenken, daß sie das große Publicum aufklären mögen, daß nicht jede syphilitische und venerische Erkrankung auf dem Wege der Unzucht acquirirt wird. Wenn also dann die in Frage stehenden Erkrankungen nicht als ein Ausfluß der Unzucht und Sittenlosigkeit betrachtet werden, so wird der Kranke auch früher der regelrechten Behandlung nachgehen und nicht gezwungen sein, sich gewissenlosen Annoncencuren anzuvertrauen.

Es ist wahr, daß die Durchführung all dieser Maßregeln finanzielle Opfer erheischt, viel mehr, als bisher von Seite des Staates und der Municipien gethan wurde; doch ließe sich dem auch abhelfen, wenn jenes Princip angenommen würde, das in Schweden in Wirksamkeit ist, nämlich, daß der Staat jedem Gulden Staatssteuer $^1/_4$—$^1/_2$% Spitals- oder Krankenpflegesteuer hinzufügen würde. So z. B. würde der Bürger, der 10 fl. Staatssteuer zahlt, an Krankenpflegesteuer $2^1/_2$, respective 5 kr. zahlen. Ich glaube, die Durchführung dieses Vorschlages könnte leicht realisirt werden, und dem Staate stünde eine ganz ansehnliche Summe zu Spitalszwecken zur Verfügung. Und wie vielem Elend könnte so vorgebeugt werden.

Nach alledem stelle ich folgende Propositionen: Der VIII. Internationale und hygienische Congreß möge nachfolgende Reformvorschläge bei den respectiven Staaten in Vorschlag bringen:

1. Einheitliche Regelung der Prostitution.
2. Die Belehrung und Aufklärung der Arbeiter über das Wesen der Syphilis und der venerischen Erkrankungen durch populär gehaltene, billige Broschüren.
3. In den Bestimmungen der Krankencassen sind die Syphilis und die venerischen Erkrankungen den übrigen Erkrankungsarten gleichzustellen.

4. Die unentgeltliche Behandlung dieser Erkrankung in den Spitälern, und unbeschränkte Aufnahme der einer spitalsmäßigen Behandlung Bedürftigen.

5. Zu diesem Behufe, zur Beschaffung des nöthigen Capitals zur Errichtung neuer Spitäler soll eventuell der Staat die Krankenpflegesteuer von $^1/_4$—$^1/_2$% nach der Staatssteuer einheben können.

Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. Max und Dr. Adolf Jolles in Wien.

Ueber Margarin.

(Eine hygienische Studie.)

Von **Dr. Adolf Jolles** in Wien.

(Fortsetzung.)

Vergegenwärtigen wir uns nunmehr die einzelnen Phasen der Fabrikation der Margarinproducte, so werden wir vor Allem die zweckmäßige Auswahl des Rohmaterials als eine der wichtigsten hygienischen Forderungen bezeichnen. Es ist ja bekanntlich nicht ganz ausgeschlossen und auch schwer zu controliren, daß zur Herstellung von Margarin schlechtes Material, Abfälle, Fett von kranken oder gefallenen Thieren verwendet werden und daß dadurch unappetitliche und gesundheitsschädliche Producte in den Handel gelangen. Nachdem Butterfette, wie H. Laser [1]) nachgewiesen hat, als Träger von Typhusbacterien, Cholerabacterien und Tuberkelbacillen dienen können, so ist auch die Möglichkeit der Krankheitserregung durch Margarin vorhanden, wenn letzteres von kranken Thieren stammt. Allerdings ist die Gefahr dort, wo eine geregelte Fleischbeschau besteht, nicht zu befürchten.

In Wien beispielsweise wird die Beschau von Sachverständigen streng gehandhabt, so daß die erwähnte Gefahr hier nicht besteht. Leider ist aber die Fleischbeschau nicht überall eine allgemeine, auf alle Viehgattungen bezügliche, sondern sie beschränkt sich auf bestimmte Viehgattungen, z. B. nur auf Schweine (Trichinen- und Finnenschau) oder auf Pferde etc.

In einigen Staaten wird sogar das Schlachtvieh nur dann dem Thierarzte zur Beschau vorgelegt, wenn es krank befunden wird. Diese partielle Beschau sollte aber überall dort, wo Margarinfabriken existiren, entschieden in eine allgemeine verwandelt werden. Man kann vom hygienischen Standpunkte den Behörden nicht warm genug an's Herz legen, die Errichtung einer Margarinfabrik in solchen Gegenden nicht zu gestatten, wo nicht die Garantie einer geregelten Fleischbeschau existirt.

Aber noch ein zweiter wichtiger Punkt ist hinsichtlich der Fleischbeschau zu berücksichtigen. Werden nämlich die Thiere ganz oder theilweise verworfen, so kommt hier die Frage in Betracht, ob das Fett ohne Weiteres technisch verwerthet werden darf oder ganz zu beseitigen ist. Wenn wir erwägen, daß Margarinfabrikanten oft zugleich die Fabrikation von Kerzen und Seifen verbinden, also Erzeuger eines Genußmittels zugleich Erzeuger eines technischen Gebrauchsgegenstandes sind, oder zum mindesten beide Zweige schon aus geschäftlichen Gründen im innigen Contacte stehen, so liegt die Möglichkeit nahe, daß gesundheitsschädliches, aber für die Technik geeignetes Fett leicht das Rohproduct für die Margarinfabrikation abgeben kann. Daher ist es geboten, das Fett kranker Thiere derart zu präpariren, daß es zwar für die Technik noch brauchbar, aber zur Herstellung von Margarin ungeeignet wird. In Wien bestehen die strengsten Vorschriften, daß die Fetttheile kranker Thiere mit Carbolsäure begossen werden, wodurch ihre Verwendung in Margarinfabriken eo ipso wegfällt. Jeder Fleischer ist in Wien verpflichtet, das Fett kranker Thiere behufs Unschädlichmachung abzuliefern, durch welche Einrichtung die Gefahr einer Infection bei dem Margaringenuß in Wien auf Null oder zum mindesten auf ein Minimum herabgedrückt wird. Diese Vorschriften bestehen aber, soweit mir bekannt, leider nicht überall, obwohl dieselben einzig und allein die Gewähr bieten, daß kein gesundheitsschädliches Product in den Handel gelange. Ich möchte mir daher erlauben, den sanitären Behörden die Unschädlichmachung der Fette kranker Thiere ebenso warm an's Herz zu legen, wie die strenge Durchführung einer allgemeinen Fleischbeschau. Was die Ablieferung der Rohfette an den Margarinfabrikanten betrifft, so wird diese Manipulation überall dort hygienisch vor sich gehen, wo die Fabriken sich eines constanten regelmäßigen Absatzes ihrer Producte erfreuen, und zwar derart, daß jedes unter Beobachtung peinlichster Reinlichkeit übernommene Quantum Rohmaterial auch sofort verarbeitet wird und eine, wenn auch noch so kurze Aufspeicherung von Rohmaterial in den Fabriksräumen nicht erfolgt. Dieser in hygienischer Hinsicht gewissermaßen ideale Vorgang ist aber thatsächlich bei keiner Fabrik gang und gäbe, vielmehr hängt der Absatz naturgemäß von der Conjunctur des Weltmarktes ab, so daß zeitweise die Fabriken sehr thätig, zeitweise nur mäßig beschäftigt sein werden. Es ist nun einleuchtend, daß die Fabrikanten bei ihrem Einkaufe von Rohproducten mit der jedesmaligen Conjunctur zu rechnen haben und zeitweise große Quantitäten aufkaufen werden. Hiebei tritt nun oft der Fall ein, daß die Rohmaterialien in sehr unhygienischer Weise von den Fleischhauern abgeliefert oder, richtiger gesagt, mißhandelt werden, indem die Massen in einem Haufen zusammengeworfen werden, in welcher Lage die Rohmaterialien mehr oder weniger lange Zeit verharren. Dieser Vorgang hat zur Folge, daß die inneren Partien der aufgehäuften Rohmaterialien sich erhitzen und nach einiger Zeit in Verderbniß gerathen. Zu den Sünden der Fleischhauer, von denen in der Regel die Rohmaterialien bezogen werden, gehört auch die unhygienische Art der Beförderung der Rohproducte in die Fabrik. Jeder, der Gelegenheit hatte, die Fabrikation in allen Stadien zu beobachten, wird zugeben müssen, daß gerade von dem Momente der Lostrennung der Fetttheile von Seiten der Fleischhauer bis zur Zerstörung der Zellgewebe durch Zerreißen in der Fabrik geradezu eine peinliche Reinlichkeit an den Tag gelegt werden muß, von deren Einhaltung die Brauchbarkeit der Producte vom Standpunkte der Hygiene abhängt.

Wenn die Fabrikanten, die doch aus eigenem Interesse sich gegen die erwähnte Mißhandlung der Rohproducte von Seiten der Lieferanten wehren sollten, oft diese Procedur ruhig geschehen lassen, so sind hiebei materielle Interessen im Spiele. Einmal wollen einzelne Fabrikanten aus naheliegenden Gründen ihr Verhältniß zu den Lieferanten nicht trüben, dann gestatten die Fabriksräume oft nicht die Lagerung der Rohmaterialien in einer einigermaßen hygienisch entsprechenden Weise und endlich — last not least — wissen die Fabrikanten sehr wohl, daß sie auch bis zu einem gewissen Grade verdorbene Fette derart präpariren können, daß dieselben äußerlich allen Anforderungen entsprechen.

Es ist nun begreiflich, daß auf diese Weise auch oft in Zersetzung begriffene Fette verarbeitet werden, und ich bin fest überzeugt, daß leichtere Magen- und Darmerkrankungen, für deren Entstehen man sich oft gar keine Rechenschaft geben kann, auf den Genuß solcher Fette zurückzuführen sind. Zur Ehre der reellen Margarinfabrikanten sei aber ausdrücklich hervorgehoben, daß die erwähnten Mißbräuche nur den unreellen Handel charakterisiren und daß eine große Zahl von Fabriken bestrebt ist, auch hinsichtlich des Bezuges der Rohmaterialien allen hygienischen Anforderungen zu entsprechen, wofür die Güte der Qualität ihrer Waare den besten Beweis liefert.

So sehr ich gegen eine behördliche Bevormundung der Margarinfabrikation bin, soweit es sich um die eigentliche

[1]) Zeitschrift für Hygiene, 10, S. 513.

Herstellung des Productes, also um die streng internen Angelegenheiten jedes Fabrikanten handelt, so halte ich doch eine sanitäre Bewachung des Bezuges und der Ablieferung der Rohproducte für eine aus den angegebenen hygienischen Gründen nothwendige Einrichtung und bin überzeugt, daß die reellen Margarinfabriken diese Institution freudig begrüßen werden.

Nächst den Rohproducten kommt bei der Fabrikation der diversen Margarinproducte in hygienischer Hinsicht dem Wasser eine besondere Beachtung zu. Es ist eigentlich selbstverständlich, daß bei der Verarbeitung eines Genußmittels nur solches Wasser verwendet werden darf, das allen Anforderungen entspricht, die in hygienischer Hinsicht an ein brauchbares Trinkwasser gestellt werden.

Leider wird diese Forderung nicht überall erfüllt. Ich hatte Gelegenheit, vor Kurzem ein Wasser zu analysiren, das ausschließlich in einer bedeutenden Margarinfabrik benutzt wird. Dem betreffenden Fabrikanten ist es schon seit einiger Zeit wiederholt aufgefallen, daß seine Producte bei längerem Lagern einen eigenthümlich ranzigen Geschmack besaßen, der sich noch intensiver beim Erhitzen der Margarinbutter geltend machte. Nach vielem vergeblichen Bemühen, die Ursache dieser unangenehmen Wahrnehmung festzustellen, ließ der betreffende Fabrikant auch sein Wasser analysiren.

Das untersuchte Wasser war enorm reich an Chloriden, reich an oxydirbaren organischen Substanzen und enthielt Verunreinigungen, welche Fäulnißvorgänge im Wasser voraussetzen. Das Wasser entsprach somit in chemischer Hinsicht durchaus nicht den Anforderungen, die an ein brauchbares Trinkwasser gestellt werden.

Es ist auffallend, daß die sanitären Behörden den Gebrauch eines derartigen Wassers in einer Margarinbutterfabrik gestatten. Denn einerseits ist die Möglichkeit einer Infection nicht ausgeschlossen, zumal bei der Herstellung der Margarinbutter die eingehaltenen Temperaturen sehr niedrig sind, andererseits tritt das in einer Fabrik mit obigem Wasser dargestellte Product im Laufe der Zeit in Zersetzung über. Von der diesbezüglichen schädigenden Wirkung eines an organischen Zersetzungsproducten (Ammoniak, salpetrige Säure) reichen Wassers habe ich mich selbst durch einen Versuch in einer hiesigen Margarinfabrik zu überzeugen Gelegenheit gehabt.

Wird ein derartiges Product erhitzt, so tritt ein eigenartiger Fäulnißgeruch auf, dessen Intensität proportional zu der Größe des Ammoniakgehaltes steht, die das bei der Fabrikation verwendete Wasser besitzt. Ein für die Fabrikation von Margarin und Margarinbutter geeignetes Wasser muß daher unbedingt frei von organischen Zersetzungsproducten (Ammoniak, salpetrige Säure) sein und muß ferner ein solches Wasser in seiner sonstigen Zusammensetzung vollkommen den Anforderungen der Hygiene entsprechen.

Bezüglich der inneren Einrichtung der Margarinfabriken müssen wir vom hygienischen Standpunkte in erster Reihe verlangen, daß der Fußboden eine ebenso bequeme als sichere Reinigung mit Wasser gestatte. In einer mustergiltig eingerichteten Fabrik in Wien ist der ganze Fußboden etwas geneigt und aus steinernen Fließen hergestellt. Die tägliche Reinigung geht nach den mir gemachten Mittheilungen vorzüglich von statten. Die in der Fabrik aufgestellten Apparate, welche mit dem Fette in directe Berührung gelangen, dürfen natürlich nicht aus schädlichen Metallen hergestellt, sondern Alles muß sorgfältig verzinnt sein. In den Fabriken, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, war Alles verzinnt, rostige Gegenstände habe ich nicht wahrgenommen, was ja begreiflich ist, nachdem die Fette den Rost aufnehmen und rußfarbig werden.

Bezüglich der Beurtheilung der Anlage einer Margarinfabrik vom hygienischen Standpunkte ist hervorzuheben, daß der Betrieb der betreffenden Fabrik weder eine Schädigung der Gesundheit der darin beschäftigten Personen, noch die geringste Gefahr für das Wohl der umwohnenden Personen zur Folge hat. Als selbstverständlich wird allerdings vorausgesetzt, daß die längere Aufbewahrung von Resten (sogenannter alter Ausschnitt), die einen unangenehmen Geruch verbreiten, absolut nicht erfolgt. Es ist Thatsache, daß eine Margarinfabrik vollkommen geruchlos betrieben werden kann, und daß sie vom Standpunkte ihrer geringen Belästigung auch im Centrum einer Stadt gelegen sein kann. Erwägt man jedoch andererseits, daß die Fettproducte in jeder Margarinfabrik immerhin längere Zeit der Luft ausgesetzt sind — ich erinnere u. A. an den Krystallisationsproceß — so wird man aus hygienischen Gründen fordern, daß eine Margarinfabrik derart gelegen sein muß, daß eine Infection oder Verschlechterung der Luft von Seiten der Umgebung ausgeschlossen ist. Demzufolge soll eine Margarinfabrik nicht in der Nähe von Krankenanstalten, von Fabriken, bei deren Betrieb schädliche Gase oder Dämpfe entweichen, von Gasanstalten, Bahnhöfen etc. errichtet werden, eine Forderung, die eine größere Beachtung von Seiten der sanitären Behörden verdient, als es bisher der Fall ist.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der medicinischen Poliklinik des Professor Dr. Martius in Rostock.

Gastroptose und Chlorose.

Untersuchungen von **C. A. Meltzing**, praktischem Arzt.

(Fortsetzung.)

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen über das Wesen und die Diagnostik der Gastroptose soll auf die Resultate der von uns angestellten Untersuchungen selbst eingegangen werden.

Was zunächst die Untersuchungsmethode betrifft, so bestand diese in der Durchleuchtung des mit Wasser gefüllten Magens. Neben den schon oben erwähnten Vortheilen gegenüber der Gasaufblähung hat sie noch den Vorzug, daß man durch die Verwendung von Wasser den Zustand der normalen maximalen Füllung des Magens viel naturgetreuer nachahmt, als dies durch die Aufblähung ad maximum der Fall sein kann.

In Betreff der Technik der Durchleuchtung muß auf die diesbezüglichen Arbeiten (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 3) verwiesen werden. Das von uns verwendete Instrumentarium bestand aus einem Hirschmann'schen transportablen Accumulator und einem Einhorn'schen Lampenschlauch mit besonders lichtstarker Glühlampe. Ein Nachtheil der ganzen Methode ist die Umständlichkeit derselben.

Besonders schwierig ist die Beschaffung eines leicht völlig zu verdunkelnden Raumes. Ohne denselben sind indeß gute Resultate nach unseren Erfahrungen nicht zu erzielen. Das Krankenmaterial war das der hiesigen Poliklinik.

Da es zur Entscheidung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Chlorose und Gastroptose existirt, unumgänglich nöthig erschien, neben wirklich chlorotischen Patienten auch nicht chlorotische mit theils normalem, theils herabgesetzem Hämoglobingehalt zu untersuchen, so sind auch solche zur Durchleuchtung herangezogen.

Die noch im Dunkeln auf das Abdomen mit Jodtinctur aufgezeichneten Durchleuchtungsgrenzen wurden sofort nach der Untersuchung theils in Schemata eingetragen, theils photographirt. Dieselben sind der hier folgenden Beschreibung der einzelnen Fälle beigefügt.

I.

Durchleuchtungsresultate nicht chlorotischer Individuen.

1. M. K., Dienstmädchen, 21 Jahre alt. Außerordentlich kräftige Person von blühendem Aussehen.

Dieselbe ist seit ihrem 19. Jahre regelmäßig menstruirt. Ein Corset will sie nur ausnahmsweise des Sonntags getragen haben.

Sie gibt an, seit vier Tagen an fortwährendem Erbrechen und Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme zu leiden. Eine Ursache für ihren krankhaften Zustand weiß sie nicht anzugeben.

Durch die genaue Untersuchung sind Erkrankungen an Lunge, Herz, Leber und Niere als ausgeschlossen zu betrachten. Der Hämoglobingehalt des Blutes, hier wie in allen weiteren Fällen nach GOWERS bestimmt, betrug 110%.

Durch die Untersuchung des Magens wurde nahezu intacte Motilität mit gleichzeitig stark herabgesetzter Salzsäureproduction festgestellt. Die Acidität betrug am 10. März 1895 $1^1/_2$ Stunden nach Probefrühstück Lackmus +, Congo —. Nach eingeleiteter Behandlung waren am 23. März 1895 alle subjectiven Beschwerden geschwunden. Die Acidität $1^1/_4$ Stunden nach Probefrühstück betrug 68·0; Lackmus +, Congo + +.

Die am 18. März 1895 vorgenommene Durchleuchtung des Magens bei aufrechter Körperhaltung und 800 Cubikcentimeter Wasserfüllung hatte folgendes Resultat. Die obere Durchleuchtungsgrenze wurde von dem unteren Leberrande gebildet. Derselbe lag in der Mittellinie 2 Querfinger über dem Nabel und verlief 1 Querfinger tiefer als die im Liegen festgestellte Percussionsgrenze des unteren Leberrandes. Eine respiratorische Verschiebbarkeit desselben war nicht zu bemerken. — Die untere Durchleuchtungsgrenze verlief von der Mitte zwischen Nabel und Symphyse anfangs fast horizontal bis zur linken Mammillarlinie und stieg dann steil zum linken Rippenbogen empor.

Die seitlichen Grenzen des Lichtbildes waren, der außergewöhnlichen Dicke der Bauchdecken halber und weil aus äußeren Gründen eine lichtschwache Glühlampe verwendet werden mußte, nicht scharf contourirt (Fig. 2).

Fig. 2. (M. H.)
Durchleuchtungsfig. d. gefüllten Magens im Stehen.

Fig. 3. (Dora B.)
Normaler Magen.
— Durchleuchtungsfig. d. leeren Magens im Liegen.
... Durchleuchtungsfig. des gefüllten Magens im Stehen.

2. Dora B., 12 Jahre alt.

Diagnose: chronische Nephritis.

Es bestanden bei durchaus intacter Motilität und normaler Salzsäureproduction geringe subjective Magenbeschwerden, die nach 4tägiger Behandlung dauernd verschwanden. Pat. ist noch nicht menstruirt. Ein Corset ist bisher nie getragen. Der Hämoglobingehalt des Blutes betrug 80%.

Die obere Durchleuchtungsgrenze bei 500 Cubikcentimeter Wasserfüllung des Magens und Rückenlage entspricht genau dem normal verlaufenden, durch Percussion festgestellten unteren Leberrand. Derselbe ist in dieser Körperhaltung respiratorisch sehr gut verschiebbar. Die untere Durchleuchtungsgrenze liegt in der Mittellinie 3 Querfinger über dem Nabel und steigt von da schräg zur 9. linken Rippe an, die sie in der vorderen Axillarlinie erreicht. Der Fundus wurde bei weiterem Herausziehen der Lampe in der linken mittleren Axillarlinie bis zur unteren Lungengrenze, deren Lage durch Beobachtung des LITTEN'schen Zwerchfellphänomens festgestellt wurde, sehr gut durchleuchtet.

Bei aufrechter Körperhaltung und 500 Cubikcentimeter Wasserfüllung ist der untere Leberrand und mit ihm das ganze Durchleuchtungsbild um gut 2 Querfinger herabgesunken. Die Grenzen des letzteren sind im Uebrigen dieselben wie bei (s. Fig. 3) Rückenlage.

3. E. B., 13 Jahre alt.

Schlecht genährtes, mageres Mädchen von blaßer Gesichtsfarbe. Die Kranke ist noch nicht menstruirt. Ein Corset ist nie getragen.

Die obere Durchleuchtungsgrenze wurde von dem normal gelagerten unteren Leberrand gebildet. Es konnte hier mit Sicherheit festgestellt werden, dass die vorherige in Rückenlage ausgeführte Percussion des unteren Leberrandes ein falsches Resultat gegeben hatte (s. Fig. 4).

Die untere Durchleuchtungsgrenze lag in der rechten Parasternallinie in Nabelhöhe, in der Mittellinie 2 Querfinger unter dem Nabel und erstreckte sich von hier bis zur Spitze der 10. linken Rippe. Der Fundus wurde an normaler Stelle gut durchleuchtet.

Eine respiratorische Verschiebbarkeit war bei dieser Körperhaltung trotz angestrengter Respiration nicht vorhanden.

Fig. 4. (E. B.)
Normaler Magen.
— Percussionsgrenze des unteren Leberrandes (fehlerhaftes Resultat).
... Durchleuchtungsfig. des gefüllten Magens im Stehen.

Fig. 5. (M. L.)
Normaler Magen.
... Durchleuchtungsfig. des gefüllten Magens im Stehen.
— Durchleuchtungsfig. d. leeren Magens im Liegen.

4. M. L., 16 Jahre alt.

Gut genährte, mittelgroße Person.

Blasse Gesichtsfarbe.

Diagnose: Epilepsie.

Pat. ist seit ihrem 12. Jahre regelmäßig menstruirt. Seit dieser Zeit besteht auch ihre in seltenen Anfällen auftretende Epilepsie.

Ein — sehr bequemes — Corset trägt die Kranke seit vier Tagen. Seit 8 Tagen haben sich bei der Patientin Schmerzen in der Magengegend eingestellt; sie gibt ferner an, wiederholt des Nachmittags erbrochen zu haben.

Durch die objective Untersuchung wird normale Motilität mit Hyperacidität festgestellt.

$1^1/_4$ Stunde nach Probefrühstück = 86·0 Lackmus +, Congo + +.

Anderweitige krankhafte Veränderungen sind nicht nachweisbar.

Der Hämoglobingehalt des Blutes betrug 78%.

Bei der Durchleuchtung des leeren Magens in Rückenlage erschien nur ein handtellergroßes, in der vorderen rechten Axillarlinie gelegenes Lichtbild.

Dasselbe erstreckte sich von der 7. bis zur 9. Rippe.

Bei aufrechter Körperhaltung und 1000 Cubikcentimeter Wasserfüllung erschien ein sehr ausgedehntes, respiratorisch nicht verschiebbares Lichtbild. Die obere Grenzen desselben wurde von dem normal gelagerten unteren Leberrand gebildet. Die untere Grenze erstreckte sich von dem rechten Rippenbogen schräg nach abwärts und erreichte die Medianlinie in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Von hier, ihrem tiefstgelegenen Punkte, stieg sie schräg zur 10. linken Rippe empor, die sie in der vorderen Axillarlinie erreichte (s. Fig. 5).

Die hier angeführten 4 Durchleuchtungsbefunde zeigen, daß wir bezüglich der Lage und Größe normale Magen vor uns haben. Die obere Grenze des Durchleuchtungsbildes wird

in allen Fällen vom unteren normal verlaufenden Leberrand gebildet.

Die kleine Curvatur befindet sich also hinter der Leber und ist von derselben überlagert.

Die Ausdehnung des Durchleuchtungsbildes nach unten überschreitet, wie schon frühere, an durchaus magengesunden, männlichen Individuen angestellte Untersuchungen lehrten, die normalen Grenzen des mit Wasser gefüllten Magens bei aufrechter Körperhaltung nicht. Der Fundus wurde, wo die Durchleuchtung desselben gelang, an normaler Stelle gefunden.

Die Berechtigung, in diesen Fällen eine Gastroptose zu diagnosticiren, liegt also nicht vor.

Einige Abweichungen von diesen normalen Verhältnissen zeigen die folgenden 3 Untersuchungsbefunde.

5. F. L., 22 Jahre alt.

Gracil gebautes, mageres Mädchen von über Mittelgröße.

Seit drei Monaten leidet Pat. an Appetitlosigkeit und allgemeiner Körperschwäche.

Nach starken Mahlzeiten treten heftige Schmerzen in der Magengegend auf. Erbrechen ist nie vorhanden gewesen. Die Kranke ist seit ihrem 15. Jahre regelmäßig menstruirt.

Zu Beginn der meist 8 Tage lang anhaltenden Regel leidet sie an Unterleibschmerzen.

Ein Corset wurde seit dem 12. Lebensjahr regelmäßig getragen.

Durch die objective Untersuchung des Magens wird normale Motilität mit geringer Hyperacidität (A. $1^1/_4$ St. nach Probefrühstück = 80) festgestellt. Alle übrigen Organe sind gesund. Der Hämoglobingehalt des Blutes betrug 88%.

Bei der Durchleuchtung des Magens in Rückenlage erschien in der linken vorderen Axillarlinie ein handgroßes Lichtbild. Dasselbe erstreckte sich vom unteren Rand der 6. bis zur 9. Rippe.

Im Stehen gelang es, die Lampe tiefer in den leeren Magen einzuführen.

Es entstand beim Wandernlassen derselben ein langes, streifenförmiges, S-förmig gebogenes Durchleuchtungsbild. Dasselbe erstreckte sich in der linken Mamillarlinie vom unteren Rand der 8. Rippe bis 2 Querfinger über die Symphyse. Die Lage des unteren Leberrandes war bei leerem Magen durch die Durchleuchtung nicht festzustellen.

Fig. 6. (Frl. L.)
Megalogastrie.
... Durchleuchtungsfig. des gefüllten Magens im Liegen.
— Durchleuchtungsfig. d. leeren Magens im Stehen.

Bei 1500 Cubikcentimeter Wasserfüllung, die ohne alle Beschwerden vertragen wurde, erschien bei Rückenlage ein fast das ganze Abdomen einnehmendes Lichtbild. Die obere Grenze desselben entsprach dem unterem Leberrand. Derselbe hatte normalen Verlauf und kreuzte die Linea xiphoumbilicalis an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel. Die untere Lichtgrenze erstreckte sich von dem rechten Rippenbogen zuerst schräg nach abwärts bis zu ihrem in der Mittellinie gelegenen tiefsten Punkt. Derselbe befand sich zwei Querfinger über der Symphyse. Die linke Beleuchtungsgrenze entsprach der bei leerem Magen im Stehen gefundenen (s. Fig. 6).

Bei dieser Pat. waren vor der Wasserfüllung des Magens die Pulsationen der Bauchaorta sichtbar und palpabel. Nach derselben und nach der Luft- und Kohlensäureaufblähung waren die Pulsationen, da sich der jetzt gefüllte Magen vor der Aorta befand, nur noch bei tiefen Eindrücken zu palpiren.

Wir haben hier offenbar einen motorisch sufficienten, aber abnorm großen Magen, demnach also einen Fall von Megalogastrie vor uns.

Daß die kleine Curvatur hinter dem unteren Leberrande verläuft, ebenso daß der Fundus an normaler Stelle sich befindet, wird durch die Durchleuchtung bewiesen. Daß das ganze Organ ungewöhnlich groß ist, geht sowohl aus seiner Wassercapacität, wie aus der außergewöhnlich großen Ausdehnung des Lichtbildes hervor. Ob außerdem neben Megalogastrie nicht eine geringe Gastroptose in dem Sinne besteht, daß die kleine Curvatur zwar nach unten verlagert, trotzdem aber noch von der Leber überdeckt ist, dies muß, da uns, wie schon oben gesagt, Untersuchungsmethoden einen Aufschluß darüber nicht geben können, dahin gestellt bleiben.

Der durchaus normale Verlauf des unteren Leberrandes spricht indeß entschieden dagegen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

G. Rosenfeld (Breslau): Zur Diagnose und Therapie der Uratdiathese.

Die Frage nach dem Grade und dem Grunde der Schwerlöslichkeit der Harnsäure hat man dadurch zu lösen gesucht, daß man die Acidität des Harnes, die gesammte Harnsäuremenge zu bestimmen suchte, oder indem man die Löslichkeit der Harnsäure mit dem Harnsäurefilter nach Pfeiffer prüft. Aber auf diesem Wege wird die Frage, um die es sich handelt, nämlich wie viel Harnsäure sich in steinbildungsfähigem Zustande in den Harnwegen des Pat. befindet, eigentlich nicht beantwortet. Hiefür existirt auch noch keine Methode. R. gibt nun einen Weg an („Centralbl. f. inn. Med.", 1895, Nr. 28), auf welchem in einfacher Weise die „primär ungelöste Harnsäure", wie er diejenige Menge nennt, die schon ungelöst entleert wird, bestimmt werden kann.

Wenn man den frisch entleerten Harn eines Patienten mit Uratdiathese untersucht, so findet man trotz der anscheinend ganz klaren Beschaffenheit in demselben Harnsäurekrystalle, deren Menge oft in wenigen Minuten sehr zunimmt. Unmerklich ist die Zunahme, wenn man den Urin durch ein sehr schnell filtrirendes Papier filtrirt und die letzten Tropfen untersucht. Diese Thatsache benützte nun R. und veranlaßte die zu untersuchende Person, ihren Urin auf ein Filter zu entleeren, und zwar mußte zu jeder Entleerung ein neues Filter benützt werden. So sammelte R. auf etwa 10 Filtern die primäre Harnsäurefällung, d. h. jene Harnsäure, die wahrscheinlich ungelöst den Körper verläßt. Die Filter werden, nachdem sie mit 10 Ccm. Wasser nachgespült worden sind, gesammelt, in einem Becherglase mit verdünnter Kalilauge 12 Stunden durchgeweicht und zu einem Brei zerrührt, alsdann mit der Colirpresse abgepreßt, mehrfach mit Wasser aufgerührt und abgepreßt. Die Harnsäure-Kalilaugenlösung wird mit Salzsäure übersäuert, zu geringem Volumen eingedampft, dann filtrirt mit Wasser, 96proc. Alkohol und Alcoh. abs.; schließlich mit Aether gewaschen, getrocknet und gewogen. Auf dieselbe Weise wird auch die secundäre Fällung behandelt, d. h. die Harnsäure, welche im gesammelten Urin innerhalb 24 Stunden ausfällt, während der letzte Theil, der die völlig gelöste Harnsäure ausmacht, als Silberverbindung gefällt und nach Salkowski-Ludwig-scher Methode bestimmt wird. Auf diese Weise erhält man drei Zahlen, deren erste die steinbildende Harnsäuremenge, deren beide letzte die sonstige Harnsäure sind, welche für die Steinbildung außer Betracht bleibt, da sie erst außerhalb des Organismus ausgefällt wird.

Diese Methode benützte nun R., um Untersuchungen anzustellen, wie einige Medicationen auf jene Menge Harnsäure einwirken, die den Organismus ungelöst verläßt. Es wurde zunächst Harnstoff als Medicament eingenommen, welcher mit der Harnsäure die gut lösliche Verbindung in harnsauren Harnstoff eingeht. Außerdem wurde kohlensaures Ammon gegeben, da auch dieses in Harnstoff übergeht. Während sonst bei dem nach obiger Methode untersuchten Pat. ohne Medication 66, resp. 51% der gesammten Harnsäure ungelöst ausgeschieden wurde, verminderte sich diese Menge bei der angegebenen Medication auf 30·5, 21, 11, ja 8·72%. Auffallend war, wie sich mit der Harnstofftherapie das Bild der Filter änderte; während vorher alle mehr oder weniger reichlich mit rothem Sedimente bedeckt waren, erschienen sie nachher ganz weiß, und nur allenfalls ein einzelnes zeigte jene rothen Punkte der ungelösten Harnsäure.

Da außerdem bei fortgesetztem Gebrauche des Harnstoffes — Pat. nimmt wochenlang 15·0 pro die — keine Beschwerden auftreten, so ergibt sich eine gute Verwendbarkeit des Harnstoffes und des Ammon. carb. und ähnlicher Substanzen für die Prophylaxe der Steinbildung, über die weiter zu berichten der Autor sich vorbehält. s—s.

PAUL KLEMM (Riga): **Ueber die Arthritis deformans bei Tabes und Syringomyelie.**

Seit CHARCOT die Untersuchungen M. T. R. MITCHELL's aus den Jahren 1831/33 über die Arthropathien der Tabiker der Vergessenheit entrissen und selbst bestätigt hat, haben dieselben immer von Neuem die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt und schon 1888 konnte WEIZSÄCKER aus der Literatur 109 hieher gehörige Fälle zusammenstellen. In jüngster Zeit veröffentlichte CONRAD RUHEMANN [1]) einen solchen Fall, und eine eingehendere Abhandlung widmet diesen Zuständen KLEMM in der „Deutschen Zeitschr. f. Chir.", Bd. 39, Heft 3/4. An der Hand von sieben im Stadtkrankenhause zu Riga beobachteten Fällen und mit Verwerthung der Literatur kommt er zu folgenden Schlüssen: Pathologisch-anatomisch deckt sich der Befund sowohl an den Gelenkkörpern, als auch an den Weichtheilen des Gelenks mit dem der vulgären Arthritis deformans; charakteristisch für die neurotische Arthropathie sind die paraartikulären Veränderungen, die sich in Verknöcherungen der dem Gelenk benachbarten Weichtheile äußern, sowie als Exostosenbildung, deren Sitz oft weit vom erkrankten Gelenk ab liegt, imponiren. Sehr bezeichnend ist für sie ferner die Hochgradigkeit der pathologischen Veränderung, wie sie in gleicher In- und Extensität wohl kaum jemals bei der Arthritis deformans gesehen wird. Anatomisch ist die neuropathische Arthritis dadurch gekennzeichnet, daß intra- und paraarticuläre Ergüsse eine wichtige Rolle spielen, während die Arthritis deformans meist als trockene Form verläuft; anatomische Unterschiede zwischen der tabischen und gliomatösen Form der Arthropathie sind bisher nicht bekannt geworden, während im Uebrigen die Trophoneurose der Tabes und der Syringomyelie Unterschiede zeigen, so daß die Syringomyelie wesentlich als solche Blasenbildung der Haut und Ernährungsstörungen der Finger bis zur Abstoßung ganzer Fingerglieder zu zeigen pflegt.

Die Aetiologie der nervösen Arthropathien ist ein dunkles Gebiet, was bei unserer mangelhaften Kenntniß über die Vorgänge und Gesetze der Ernährung unseres Körpers nicht wunderbar ist. Jedenfalls muß durch die pathologischen Zustände in den nervösen Apparaten die normale Wechselwirkung zwischen vasomotorischen und sensiblen Nervenfunctionen (die sensiblen Nerven wirken auf die vasomotorischen im Sinne pressorischer und depressorischer Mechanismen) gestört sein. Ob durch diese Störung die Arthropathie bedingt ist, ist eine andere Frage; vielmehr scheint VOLKMANN's und VIRCHOW's Ansicht, es handle sich um eine vulgäre, aber durch die Läsion des Nervensystems modificirte Arthritis deformans, richtig zu sein. Man wird vielleicht gut thun, den Namen Arthritis deformans künftig als Sammelbegriff zu fassen und als besondere Formen die polyarticuläre (vulgäre), die monarticuläre VOLKMANN's, die tabische, die gliomatöse, die lepröse und die senile unterscheiden müssen. R. L.

A. MACKENRODT (Berlin): **Die Igniexstirpation des Uterus bei Carcinom.**

Schon bei einer früheren Gelegenheit hat sich MACKENRODT dahin ausgesprochen, daß eine Besserung der Dauerresultate der Totalexstirpation nur von der ergiebigen Anwendung des Glüheisens zu erwarten sei, in der Weise, daß die ganze Operation mit demselben durchgeführt werden müsse, so daß die ganze Wundfläche mit einem Brandschorfe bedeckt ist. Dadurch werde die Impfinfection mit Sicherheit vermieden. Einen nach diesem Princips operirten Fall hat MACKENRODT seinerzeit in Berlin demonstrirt. Die Operation war ohne irgend eine Anwendung von Messer oder Scheere, ohne Ligatur und Dauerklemmen durchgeführt. Die Durchtrennung sämmtlicher Uterusverbindungen war mit dem Paquelin vorgenommen, die Blutstillung durch Brandschorf erzielt worden. Im Ganzen hat MACKENRODT auf diese Weise 6 Fälle, 4 vaginal und 2 vagino-abdominal, operirt und er gibt nun die Details seines Verfahrens („Centralbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 24). Dasselbe gestaltet sich folgendermaßen:

Nach gründlicher Reinigung des Operationsfeldes und einer eventuellen seitlichen tiefen Scheidendamminicision mit dem Paquelin bei enger Scheide wird der Uterus mittelst in die Portio eingesetzter Kugelzangen angezogen und nun zunächst mit dem Paquelin die hintere Scheidenwand weit ab vom Collum abgetrennt und dabei der Douglas eröffnet. Dann wird die seitliche, endlich die vordere Scheidenwand bis auf das Collum vom Uters abgebrannt. Nun werden die mit dem linken Daumen durch Druck auf die vordere Scheidenwand angespannten Verbindungen zwischen Blasenwand und Uterus, resp. Ligg. lata durchtrennt, indem der Paquelin von links nach rechts nach Art des Messers über die sich entblößenden Ligamente und den Uterus geführt wird. Die Ablösung gelingt bei beweglichem Uterus leicht. Ist dies nicht der Fall, so bricht man die Ablösungsversuche da ab, wo sie beginnen, Schwierigkeiten zu machen. Es wird nunmehr an die peripherische Grenze der bloßliegenden Ligg. lata möglichst hoch eine Schaufelklemme so angelegt, daß die Hohlseite nach dem Uterus schaut. Nunmehr durchtrennt der Paquelin den Stumpf, soweit er gefaßt ist; der Uterus wird nach der anderen Seite gedreht, und bei Rothglühhitze wird langsam der Stumpf verkohlt bis auf die Fläche der Zange. Nachdem dasselbe auf der anderen Seite geschehen ist, werden die Zangen von den Stümpfen abgenommen, die Blutung steht. Sollte wider Erwarten ein Gefäß bluten, so faßt man es mit einer Pincette und verschorft wieder. Der Uterus läßt sich jetzt tiefer herabziehen, die weitere Ablösung der Blase gelingt nun leicht, die Excavation wird eröffnet, unter Leitung des Fingers der Rest des peritonealen Ligamentes in die Zange gefaßt und mit dem Paquelin durchtrennt; ebenso auf der anderen Seite und nun wird der Uterus entfernt. Umstülpen des Uterus erleichtert den Act sehr. In die Peritonealöffnung geschobene Tupfer halten die Därme zurück. Bei der nunmehrigen Versorgung der Spermatica ist große Vorsicht nöthig; wer eines festen Brandschorfes nicht sicher ist, ligire nunmehr die Spermatica. In die Peritonealhöhle wird Jodoformgaze gelegt, die Scheidendammincision wird später gemacht; die Heilung ist nach 2—3 Wochen abgeschlossen.

Die Nothwendigkeit, die vaginale Operation durch die Laparotomie zu beenden, ergibt sich bei Metastasen in den oberen Partien des Ligamentes. Es empfiehlt sich dieses Vorgehen mehr, als wenn man auf Kosten einer sauber durchgeführten Operation die vaginale Operation forciren will. Die Technik ist in beiden Fällen eine durchaus leichte und einfache. Nebenverletzungen sind ausgeschlossen. Die 4 Fälle vaginaler Operation sind glatt genesen. Die Dauererfolge lassen sich natürlich erst nach längerer Zeit beurtheilen. Ba.

Grundriß der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für praktische Aerzte. Von **Prof. Dr. Ernst Remak** in Berlin. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Das vorliegende Buch, dem Andenken von ROBERT REMAK, dem Vater der Elektrotherapie, gewidmet, macht dem großen Namen, den es trägt, alle Ehre. Es gibt wenige Bücher, welche in ähnlich klarer und lichtvoller Weise schwierige Partien darzustellen wissen und dem Leser eine rasche Orientirung über die Gesammtheit einer Disciplin gestatten; diese Form der Darstellung macht den REMAK'schen Grundriß zu einem sicheren Führer in der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie, welche hier räumlich strenge von einander getrennt sind. An die Spitze des Buches ist eine erschöpfende Darstellung der Untersuchungsmethodik gestellt, welche die für die wissenschaftliche Anwendung der Elektricität nothwendigen physikalischen, technischen und physiologischen Erläuterungen gibt. An den Schluß des elektrodiagnostischen und des elektrotherapeutischen Abschnitts sind ausführliche Literaturübersichten gestellt, welche dem Arzte bei dem Wunsche einer ausführlicheren Belehrung in Einzelfragen ein mühevolles und lang-

[1]) „Deutsche med. Woch.", 1894, Nr. 44.

wieriges Suchen ersparen. Für das Fehlen einer gesonderten Besprechung der Anwendung der Elektrotherapie in verschiedenen Krankheiten entschädigt uns ein sorgfältig gearbeitetes Sachregister.

w.

Ueber Asthma, sein Wesen und seine Behandlung. Von **Dr. W. Brügelmann**, Director des Inselbades bei Paderborn. Dritte vermehrte Auflage. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

BRÜGELMANN's bekannte Schrift über Asthma liegt nun in dritter Auflage vor; eine Anzahl therapeutischer Methoden ist neu hinzugefügt und eine Reihe von instructiven Krankengeschichten sind eingeschoben, um die ganze Lehre in ihren verschiedenen Phasen zu illustriren. Die Arbeit wird gewiß dazu beitragen, daß das Asthma aus der Reihe jener Krankheiten ausgeschieden wird, welche dem Geheimmittelschwindel zur Ausbeute dienen. Fe.

Anleitung zur Photographie für Anfänger. Von **G. Pizzighelli**, k. u. k. Oberstlieutenant im Geniestabe. 7. Auflage. Halle a. S. 1895, W. Knapp.

Bei dem großen Werth und der vielfachen Verbreitung, welche die Kunst der photographischen Reproduction in ärztlichen Kreisen gefunden, mag es nicht überflüssig sein, auf obiges Handbüchlein aufmerksam zu machen, welches sich durch erschöpfende und klare Darstellung des bearbeiteten Stoffes auszeichnet. Ba.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Aerzte und Studirende. Von **Dr. Max Joseph** in Berlin. Erster Theil: Hautkrankheiten. Zweite vermehrte Auflage. Leipzig 1895, G. Thieme.

Von dem JOSEPH'schen Lehrbuche der Haut- und Geschlechtskrankheiten ist der erste Theil, die Hautkrankheiten, schon heute, also nach etwa drei Jahren, in zweiter Auflage erschienen. Wir hatten diesen Erfolg vorausgesehen. Trotz der zahlreichen kurzen Lehrbücher in unserem Specialfache, die in neuerer Zeit auf den Markt kommen, konnten wir dieses vor vielen anderen empfehlen, da Verf. insbesondere in dem uns vorliegenden Theile der Hautkrankheiten es ganz besonders gut verstanden hat, den Bedürfnissen des Praktikers Rechnung zu tragen, aus Pathologie und Therapie das für den Praktiker Wesentliche herauszunehmen und in anziehender Form darzustellen. Und so wird das JOSEPH'sche Lehrbuch manchen seiner kurzlebigen Concurrenten überdauern und verdient dies vollauf. —r.

Feuilleton.

Der Geist der Heilkunde und ihre Beziehung zur socialen Frage.

II.

Im vorstehenden Abschnitte haben wir die Richtung der modernen Heilkunde gekennzeichnet. Die Vervollkommnung ihrer Hilfswissenschaften führte zur Vertiefung in die einzelnen Organerkrankungen, zur Specialisirung der medicinischen Disciplinen und schuf das stattliche Heer der Specialärzte, die sich das gewählte Fach zur alleinigen Lebensaufgabe machen. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß manche Forscher hiebei den Zusammenhang mit dem Ganzen verloren und einseitig wurden. Da aber die Erkrankung irgend eines Organs nie ohne Beziehung und Rückwirkung auf die übrigen entstanden ist und fortbesteht, so kann der Specialist des fortgesetzten Studiums der Gesammtmedicin nicht entrathen und wird nur dann rationell vorgehen, wenn er den ganzen Menschen studirt.

Unleugbar haben die Fortschritte der Pathologie und ihrer großen Hilfswissenschaften auch die Therapie gefördert, welche in ihre Rechte tritt, nachdem die Verhütung der Krankheiten, die Hemmung oder Vernichtung ihrer Ursachen nach allen Lehren der Wissenschaft und Erfahrung versucht worden sind. Aber auch hier begegnet man nur zu häufig der Einseitigkeit, der Schablone, an welcher je nach Geschmack und Gewohnheit festgehalten wird — sowohl in den Anordnungen der Sanitätsbehörden, als auch im Thun und Lassen der ausübenden Aerzte.

Was nützt die peinlichste Desinfectionsvorschrift gegen die wirklichen oder vermeintlichen Krankheitserreger, wenn die socialen Uebelstände, das menschliche Elend, diese Hauptquelle so vieler Massenerkrankungen, nicht an der Wurzel gefaßt werden können? Und was erzielt die aufopferndste Sorgfalt des Arztes, wenn er die Gebrechen der Wohnung, Ernährung, Bekleidung, die verderblichen Einflüsse der Feuchtigkeit, des mangelhaften Zuströmens von Licht, Wärme und Luft, die Armuth in allen ihren Erscheinungen nicht beseitigen kann.

Aber auch in den besseren Ständen hat der Arzt mit Widerwärtigkeiten zu kämpfen. Hier sind es der schwere Kampf um das Dasein, wenn auch in anderer Gestalt, die vertheuerten und gesteigerten Lebensbedürfnisse, die Anforderungen der gesellschaftlichen Stellung, die durch das Wachsen der Bevölkerungen und der allgemeinen Bildung erhöhte Concurrenz, der aufreibende Wettlauf um die Erlangung aller Bequemlichkeiten und Genüsse eines luxuriösen Lebens.

In unserem Zeitalter kann der psychologisch gebildete Arzt Unzufriedenheit, Muthlosigkeit, Lebensüberdruß, die proteusartigen Zeichen der Nervosität, täglich beobachten und wird vergeblich dagegen ankämpfen. Es fehlt allüberall an innerer Lebensfreude, an der göttlichen Heiterkeit der alten Griechen, an Arbeitslust, an dem Sichgenügen mit dem Erworbenen; das reine ungetrübte Familienglück ist selten. Ob die Zahl der Ehen im richtigen Verhältnisse zur Zunahme der Bevölkerung steht, darüber mögen die Statistiker entscheiden. Diese werden uns auch über die derzeitige absolute und durchschnittliche Lebensdauer bei den verschiedenen Völkern belehren, woraus ein Rückschluß auf die allgemeine Gesundheit zu ziehen ist.

Wenn wir die Fürsorge des Staates und der Gemeinden für die öffentliche Gesundheit und die Vorkehrungen gegen drohende Massenerkrankungen in Erwägung ziehen, so muß anerkannt werden, daß zur Erreichung dieses Zieles in allen Culturstaaten bedeutende Summen aufgewendet und die Fortschritte der technischen Wissenschaften endlich benützt werden. Hieher gehören Wasserleitungen, Canalisirungen, Schutzbauten gegen Ueberschwemmungen, Maßregeln gegen die Verunreinigung der Flüsse, Demolirungen nicht mehr zeitgemäßer Umwallungen, Verbreiterung und Neubildung großer Straßenzüge, Umbauten und Neubauten, Anlage großer Plätze und Gärten; die Salubritätsvorschriften für Wohngebäude und Werkstätten; die verschiedenen Systeme centraler Beleuchtung, Beheizung, Hausbäder, Waterclosets, Wohnungsaufzüge; die Verlegung der Gaswerke, Fabriken, Casernen, Krankenanstalten, Schlachthäuser, Viehmärkte, Wasenmeistereien an die Grenze der Städte; die verschiedenen Systeme der Abfuhr der thierischen und pflanzlichen Abfallstoffe; die Handhabung der Marktpolizei; die Hygiene der Schulen, Casernen, Spitäler, Badeanstalten, der öffentlichen Versammlungsorte, die sanitäre Ueberwachung der Herbergen, Massenquartiere, endlich die Desinfectionen in kleinem und großem Maßstabe, welche die Panacee gegen den Einbruch und die Verbreitung von Infectionskrankheiten darstellen sollen.

Aber alle gegen letzte angewendeten Methoden und Apparate, welche die staatlichen und Gemeinde-Budgets so schwer belasten, reichen selten aus, um eine Epidemie im Fortschreiten zu hindern und in kurzer Zeit zu unterdrücken. Nichts ist bequemer und gedankenloser, als mit dem Dampf-Desinfections-Apparate zur Wohnstätte eines Infectionskranken heranzufahren und dessen Bett-, Leibeswäsche und Kleidungsstücke der Siedhitze auszusetzen. Nun wird der Kranke isolirt oder in das Spital gebracht, seine Angehörigen werden unter Schloß und Riegel gehalten, an der Arbeit gehindert; aber um den psychischen Zustand, in welchen sie durch die Angst um den Kranken, die Furcht vor Selbsterkrankung und den erzwungenen Müßiggang versetzt werden, kümmert sich kein Mensch, besonders wenn, wie gewöhnlich, die Aermsten betroffen werden. Man möge nur immer solche Seuchenherde, die durch das Zurückhalten anderer bisher gesund gebliebener Personen an Gefährlichkeit zugenommen haben, vom Erdboden vertilgen — aber vorher bringe man die Insassen in salubre Wohnstätten und von da in die Freiheit. Dies ist ein Gebot der Menschlichkeit und wissenschaftlich

rationell zugleich. An der Ursprungsstätte der Krankheit dürfen die mit dem Erkrankten oder Verstorbenen in Contact Gewesenen nie und nimmer belassen werden.

Aber es gibt noch andere Seuchenherde, dies sind die Quarantänen zur See und zu Land, welche eben die Seuchen verhindern sollen! Wer Epidemien miterlebt und derartige Anstalten gesehen hat, hat auch die Ueberzeugung gewonnen, daß hier Gesunde, Verdächtige und Inficirte zusammenkommen, und daß unter solchen Mißständen und psychisch deprimirenden Einflüssen die Widerstandsfähigkeit des Organismus geradezu gebrochen und die Disposition zur Krankheit erhöht wird. Und ist der vorgeschriebene Aufenthalt in der Quarantäne beendet, welche Gewähr, welche wissenschaftlichen Beweismittel hat man denn, daß die anscheinend Gesunden auch wirklich gesund geblieben sind? Jahraus, jahrein werden Unsummen für solche Anstalten ausgegeben, deren Werth ebenso problematisch ist, wie die localen und allgemeinen Desinfectionen.

Noch geringeren Werth hat die sanitäre Revision der Reisenden auf Bahnhöfen, Landungsplätzen und in ihren Absteigquartieren. Man kann doch nur wirklich Erkrankte oder einer Infection Verdächtige in eine Heilanstalt oder Beobachtungsstation abgeben. Da gibt es nun Reisende, die aus Furcht vor der Seuche den Eindruck von Kranken machen und wieder solche, die mit der Ansteckung im Körper unbewußt und unerkannt entschlüpfen.

Welch ein Nonsens endlich ist die sog. sanitäre Revision des Gepäckes! Man kann doch nicht Alles dem strömenden Wasserdampfe, der Siedehitze überweisen, der untersuchende Arzt kann doch nur auffällige Unreinlichkeiten und Beschmutzungen der Kleidungsstücke beanständen und letztere beseitigen lassen, wobei es noch immer zu beweisen gilt, daß die verdächtigen Objecte mit dem Krankheitserreger im Zusammenhange stehen. Der mikroskopische Nachweis desselben kann eben nur bei ausgeprägter Erkrankung geliefert werden und umgekehrt sind die längst bekannten klinischen Symptome oft vorhanden, ohne daß die Erreger gefunden würden.

So erweisen sich denn alle in den Gesetzen vorgeschriebenen Schutzmaßregeln als unzulänglich, zweifelhaft, belästigend, den Verkehr hemmend, äußerst kostspielig — und mitunter die Seuchen fördernd.

Kleine Mittheilungen.

— Zahnarzt D. FROHMANN in Berlin hat das in letzter Zeit [1]) als Stypticum empfohlene **Ferripyrin bei Blutungen nach Zahnextractionen** versucht und ist, wie er in den „Ther. Monatsh." (1895, Juliheft) mittheilt, mit den Erfolgen sehr zufrieden. Bei 100 Zahnextractionen angewendet, bewirkte das Ferripyrin stets vollständiges Aufhören der Blutung nach kurzer Zeit. Nachblutungen traten nur selten und unbedeutend auf. Der erzeugte schwarze Blutschorf hält sich mehrere Tage lang. Die Anwendung ist sehr einfach. Bei Alveolen des Unterkiefers schüttet man mit einem kleinen Löffel eine kleine Quantität direct in die Alveole, bei Oberkieferalveolen tupft man eine geringe Menge auf einen angefeuchteten Wattebausch und streicht das Medicament an der Alveole ab. Meistens genügt die einmalige Anwendung des Pulvers. Nicht unwesentlich ist, daß der Nachschmerz nach der Extraction durch Aufstreuen von Ferripyrin beträchtlich herabgesetzt wird, eine Wirkung, die wohl dem Antipyrinbestandtheil des Mittels zuzuschreiben ist.

— **Bei hartnäckigen Intermittensfällen**, welche durch Chinin allein nicht beseitigt werden können, empfiehlt AUFRECHT („Ther. Monatsh.", Juli 1895), dieses Medicament mit Arsenik zu verbinden. Er verordnet:

Rp. Acidi arsenicosi . . . . 0·30
Chinin. hydrochlor. . . . . 5·00
Pulv. rad. Liquirit. . . . . 4·00
F. pil. Nr. 100, Consperge.
S. 3mal täglich 2 Pillen nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Wo aber eine enorme Milzvergrößerung besteht und die Körperkräfte sehr reducirt sind, also die schleunigste Unterdrückung der Fieberanfälle erwünscht ist, gibt man am besten an den Fiebertagen 3—4 Stunden vor dem Feberanfalle eine Dosis von 0·6 Chinin. mur. und läßt dieselbe einige Male, im Ganzen etwa 6mal, fortbrauchen, selbst wenn gar kein Fieberanfall mehr auftritt. Nebenher sind die erwähnten Pillen 2mal täglich zu nehmen. Fällt der Gebrauch des Chininpulvers weg, dann werden die Pillen 3mal täglich genommen.

— Die von PELLIZZARI empfohlene **Behandlung der Onychomycosis mit Pyrogallol** hat DUBREUILH 5mal bei 3 Kranken angewendet („Annales de Dermat. et de Syph.", Juni 1895). Dieselbe bezweckt eine eitorige Entzündung des ganzen Nagelbettes und auf diese Weise eine Elimination des Nagels in toto. In dieser Absicht wird zweimal täglich eine Salbe applicirt, welche zu gleichen Theilen aus Pyrogallol und Oleum amygdal. dulc. besteht. Man kann die entzündliche Reaction noch beschleunigen durch die Anwendung eines Handschuhfingers aus Kautschuk. Die Anwendung der Salbe wird eingestellt, wenn der Nagel in seinem ganzen Umfang durch den Eiter emporgehoben und beweglich ist. Man reinigt nun das Operationsfeld von der Salbe, incidirt und legt einen antiseptischen Verband an. Die Unannehmlichkeiten dieser Methode sind ihre Schmerzhaftigkeit und die Nothwendigkeit einer genauen ärztlichen Ueberwachung.

— Eine **neue Methode zur Behandlung des Plattfußes** theilt Dr. F. SCHULZE aus dem St. Vincenzspitale in Duisburg mit („D. med. Woch." 1895, Nr. 20). Er geht von der Annahme aus, daß es sich bei der Behandlung des Plattfußes in erster Linie um die Wiederherstellung des eingesunkenen Fußgewölbes und der dadurch bedingten abnormen Fußstellung, welcher Difformität eine Verschiebung bestimmter Gelenke vorausgeht, handelt. Die Methode erfordert drei Sitzungen, von denen mindestens eine in Narkose auszuführen ist. Im ersten Act wird nach ausgeführter Tenotomie der Fuß in Hakenfußstellung gebracht, soweit es nur angängig ist. Außerdem wird eine Adductionsstellung herbeigeführt, die so hochgradig sein muß, daß sich beide Fußsohlen einander gegenüberstehen. Durch diese Stellung soll der Talus und der Calcaneus eine den normalen Verhältnissen entsprechende Lage erhalten. In dieser Situation bleibt der Fuß circa 8 Tage. Der zweite Act, der stets die Narkose erfordert, besteht in dem Redressement des Vorderfußes. Nachdem der Hinterfuß am Calcaneus fixirt und nach unten gezogen ist, umfaßt man mit der andern Hand den Vorderfuß und bringt denselben in extreme Spitzfußstellung. Bei diesem Redressement ist die Adduction des Vorderfußes nicht außer Acht zu lassen und der Fuß so zu stellen, daß später nach Anlegen des Verbandes die Achsen des Vorderfußes convergiren. Zur Herstellung der Fußsohle bedient man sich eines geeigneten leichten Holzklotzes. Der Verband bleibt 4—6 Wochen liegen, während welcher Zeit die Patienten umhergehen können, wodurch das Resultat nur günstig beeinflußt wird. Der dritte Act endlich besteht in der Ueberführung des Fußes in die rechtwinklige Stellung, was wegen der Schmerzhaftigkeit langsam ausgeführt werden muß. Nach Ausführung dieses letzten Actes ist die Fußwölbung wieder vollkommen hergestellt. Zur Sicherung des Resultates ist noch die Application eines Wasserglasverbandes in dieser corrigirten Stellung nöthig. Nach 3—4 Wochen wird der NYROP'sche Schienenschuh angelegt, welchen der Patient mindestens ein Jahr tragen soll, um denselben dann durch einen entsprechend der Fußsohle construirten hohen Schnürschuh zu ersetzen. Die Sohlen desselben, sowie der breite, möglichst nach vorn ragende Absatz sind von Innen nach Außen abfallend anzufertigen, so daß der Patient stets in mäßig adducirter Stellung umherzugehen gezwungen ist. SCH. hat bisher mit dieser Methode nur günstige Resultate erzielt.

— Wir haben kürzlich **über die Behandlung der Stomatitis mercurialis** mit Chromsäure Mittheilung gemacht. [1]) Ein ähnliches Verfahren gibt Prof. C. BOECK in Christiania an („La sem. méd.", 1895, Nr. 37). Sein Verfahren bei syphilitischen Schleimhautläsionen des Mundes besteht in Pinselungen mit 10% wässeriger Chromsäurelösung und unmittelbar darauffolgender Aetzung mit dem Lapisstift. Hiebei entsteht im Niveau der afficirten Schleimhautpartie Chromsilber und Salpetersäure, welch letztere in statu nascendi

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 61.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 1178.

wirkt. Diese Art der Aetzung gestaltet sich viel wirksamer, als die mit der Chromsäure oder mit dem Lapisstift allein. Die dadurch bedingten Schmerzen sind geringer, als man annehmen sollte, und namentlich viel geringer, als bei Application von Salpetersäure als solcher. Diese gemischte Cauterisation ist besonders angezeigt bei syphilitischen Erscheinungen der Mundschleimhaut, welche der Behandlung mit Argent. nitr. widerstehen, und besonders bei veralteten, trockenen und harten Plaques der Schleimhaut. Gleich günstige Resultate erzielt man aber damit auch bei Behandlung des weichen Schankers. Im Anfange genügt oft eine einzige gemischte Cauterisation, besonders wenn das Geschwür noch klein ist. Günstig beeinflußt werden auch die weichen Geschwüre, welche Neigung haben, phagedänisch oder serpiginös zu werden. Endlich wendet B. die gleichzeitige Aetzung mit Chromsäure und Höllenstein bei nicht syphilitischen Wucherungen der Genitalschleimhaut mit Erfolg an.

— Die subcutane Anwendung des **Hyoscin bei Neuralgie** hat sich in einem von Prof. LANNOIS und Dr. PONT in Lyon mitgetheilten Fall („La sem. méd.", 1895, Nr. 36) glänzend bewährt. Es hatte sich um einen Fall von Tic douloureux des Gesichtes gehandelt, welcher der Neurotomie widerstanden hatte und durch subcutane Injectionen von Hyoscinum muriaticum geheilt wurde. Die Injectionen wurden in der Dosis von 0·0002 zweimal täglich, theils in die Wange, theils am Arm gemacht. Auf eine 4tägige Injectionsbehandlung folgte eine 4tägige Ruhepause. Unter dieser Behandlung sind die Schmerzen vollständig geschwunden, die Krampfanfälle des M. orbicularis oculi sind an Zahl und Dauer geringer geworden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

63. Jahresversammlung der British Medical Association.

Gehalten zu London vom 30. Juli bis 2. August 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

Section für innere Medicin.

F. W. PAVY: Mikroben, Toxine und Immunität.

Redner entwirft zunächst in Kurzem ein Bild der Entwicklung der Bacteriologie. Mit dem Momente, da bei gewissen Infectionskrankheiten gewisse Mikroorganismen im menschlichen Körper gefunden waren und sich die Erkenntniß dazu gesellte, daß diese Mikroorganismen auch außerhalb des Organismus cultivirt werden können und, einmal cultivirt und in den menschlichen Körper eingeimpft, Krankheiten zu erzeugen im Stande sind, von da an war die Grundlage für den weiteren Fortschritt gegeben und der große Werth der Bacteriologie für die innere Medicin klar. Die Bacteriologie ist heute keine abstracte Wissenschaft mehr, sondern eine angewandte Disciplin. Die nächste praktische Nutzanwendung der bacteriologischen Kenntnisse war das Bestreben, der Verbreitung des Mikroorganismus bei gewissen epidemischen Erkrankungen vorzubeugen. Der Effect zeigte sich deutlich daran, in welcher Weise man in England im Stande war, durch Präventivmaßnahmen die Ausbreitung der Cholera einzuschränken. Aber das ist nicht der einzige Nutzen, welchen die Bacteriologie der Menschheit gebracht. Redner geht nun auf die Impfversuche zu therapeutischen Zwecken, welche die Bacteriologen anstellten, über. Schon früher war die Thatsache bekannt, daß die Injection von abgeschwächten Culturen ein milderes Krankheitsbild hervorruft als die virulente Cultur. Zum Zwecke der Abschwächung standen nun zwei Wege offen, indem man entweder die Culturen direct auf geeignete Weise abschwächte oder indem man den Mikroorganismus zunächst einen Thierkörper passiren ließ, welcher verschieden ist von dem, in welchem die Krankheit natürlicher Weise abzulaufen pflegt. Die Wirkung der Kuhpockenimpfung nach JENNER ist wohl auf die letztere Weise zu erklären. Redner geht nunmehr auf die eigentliche Serumtherapie über, welche unser gegenwärtiges therapeutisches Streben beherrscht. Auf dieselbe sei die moderne Diphtheriebehandlung aufgebaut, welche bereits bemerkenswerthe Erfolge erzielt habe.

Section für Chirurgie.

W. M. CORMAK: Einige Erfahrungen auf dem Gebiete der Kriegschirurgie.

Vortr. kommt auf Grund einer Reihe von Erfahrungen mit der modernen kleincalibrigen Schießwaffe und von Experimenten an Leichen zu folgenden Schlüssen:

Es ist wahrscheinlich, daß im Zukunftskriege viele durch das neue Projectil bewirkte Wunden von geringerer chirurgischer Schwere und der chirurgischen Behandlung zugänglicher sein werden als bisher. Gleichwohl wird die Zahl der schweren Läsionen eine große sein, wenn man die enorme Tragweite der neuen Waffen und die Durchschlagskraft der Projectile bedenkt, welche im Stande sind, die Körper von zwei oder drei Individuen in einer Linie, die Knochen mit eingeschlossen, zu durchbohren und noch auf eine Distanz von 3—4000 Yards schwere Wunden zu setzen. Bei geringen Distanzen werden die Explosiveffecte dieselben sein wie bisher, aber bei großer Schußweite dürften der enge Schußcanal, die kleinen äußeren Wunden, welche sich in ihrem Charakter oft den subcutanen nähern, das weniger häufige Vorkommen von Splitterbrüchen und Fissuren für die Chirurgie günstige Momente sein. Die Verletzungen durch Fernschüsse dürften denn auch in Zukunft die Hauptsumme der Verletzungen ausmachen. Man wird annehmen können, daß die Zahl der Verwundeten im Verhältniß zur Zahl der unter Feuer Befindlichen in Zukunft größer sein wird als bisher. Der Ersatz des Schießbedarfs wird ein reichlicherer, der Verbrauch ein größerer sein, und das rauchlose Pulver wird die Treffsicherheit erhöhen. Mit Recht wird man annehmen können, wiewohl Autoritäten der gegentheiligen Ansicht sind, daß der nächste große Krieg „blutiger" sein wird, als irgend einer seiner Vorgänger und daß die Zahl der Verletzungen und in manchen Fällen auch die Schwere derselben eine bedeutend größere sein wird als bisher. Eine ganze Reihe von Fällen wird allerdings weniger ernsten Charakters und der chirurgischen Behandlung zugänglicher sein, wobei noch die verbesserten Sanitätsverhältnisse und die antiseptischen Methoden die Zahl der Heilungen bedeutend steigern werden.

Es ist ein unausgesetztes Bemühen der modernen Chirurgie, für einen antiseptischen Verband in wirksamer Form im Kriegsfall vorzusorgen. Die sanitäre Organisation während des letzten Krieges in Egypten war eine nach dieser Richtung hin so vollständige, daß nicht ein einziger Fall von Wundinfection während des ganzen Feldzuges vorkam.

Die Möglichkeit einer septischen Infection wird um so geringer, je seltener sich die Nothwendigkeit, ein eingedrungenes Projectil zu suchen, ergibt. In der That ist die sichergestellte Anwesenheit eines Projectils an sich noch keine Indication, dessen Entfernung anzustreben.

Bei sicher vorhandener Asepsis — dies ist allerdings die größte Schwierigkeit — kann man ein großes Maß von Erfolg bei der Behandlung der Verletzungen der Weichtheile erwarten, ebenso bei vielen Formen von Fracturen, bei Gelenksverletzungen und besonders bei Verletzungen der Lunge. S.

VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehalten zu Wien vom 5.—7. Juni 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

IX.

ZIEGENSPECK (München): **Abtastung oder blinde Ausschabung?**

In den gynäkologischen Lehrbüchern wird fast ausnahmslos die Abtastung des Uterus für überflüssig erklärt und die „blinde" Ausschabung empfohlen. Z. verfügt nun über eine verhältnißmäßig große Anzahl von Fällen, in welchen die blinde Ausschabung vergeblich vorgenommen worden war, und wo erst die Abtastung die eigentliche Ursache der Blutung erkennen ließ und gewöhnlich auch deren Beseitigung ermöglichte. Z. war auch bestrebt, die Technik der Abtastung zu vereinfachen, um ihr so ihren einzigen Nachtheil, die Umständlichkeit, zu nehmen. Im Ganzen hat Z. 59 Fälle abgetastet und nur in 4 Fällen eine mehr diffuse Veränderung der

Schleimhaut gefunden. In allen übrigen Fällen fanden sich distincte, meist mittelst Löffelzange entfernbare Geschwülste. Die Operation selbst muß unter peinlichster Antisepsis ausgeführt werden. Bei der Dilatation der Cervix kürzt Z. das SCHULTZE'sche Verfahren insofern ab, als er vorher mittelst conischer Dilatatoren dilatirt, gleich einen 8—10 Mm. dicken Stift einlegt und nachher nachdilatirt, bis der Finger durch das Ostium internum hineingebracht und der Uterus durch die Bauchdecken hindurch mit der anderen Hand über den Finger gestreift werden kann. Die Coni sind hohl, damit im Uterus befindliche Flüssigkeit nicht nach oben gepreßt wird, sondern abfließen kann. Zum Schlusse wird der Entfernung der Geschwülste mittelst Löffelzange fast ausnahmslos die Abrasio hinzugefügt. Die Nachbehandlung besteht in mindestens 8 Tage lang täglich wiederholter antiseptischer Uterusausspülung.

KOLISCHER (Wien): **Ueber Cystoskopie bei Anomalien des weiblichen Genitale.**

Vortr. lenkt die Aufmerksamkeit auf ein Symptom, welches er bei einer Reihe von Genitalerkrankungen mit Hilfe des Cystoskops gefunden hat, nämlich eine Oedemisirung der Blasenschleimhaut, welche in einer ganz bestimmten Form auftritt. Es erscheinen circumscripte Partien der Vesicalmucosa mit hirsekorn- bis erbsengroßen wasserhellen Bläschen besetzt; zwischen diesen oft sehr gedrängt stehenden Bläschen sieht man weißliche Fetzen flottiren, wahrscheinlich die Hüllenreste schon geplatzter Bläschen; die übrige Schleimhaut ist normal tingirt und injicirt. In besonders exquisiten Fällen ist diese Blasenbildung eine ganz colossale, so daß man das Stück einer Blasenmole vor sich zu haben glaubt. Oft ist man versucht, an ein proliferirendes Neoplasma zu denken.

Die Beschwerden, welche die Pat. angeben, sind: Schmerzen beim Uriniren, häufiger Harndrang, Gefühl von Druck und Schwere in der Blasengegend; häufig geben die Pat. an, daß nach besonders quälendem Tenesmus Stückchen oder Fetzen abgegangen sind, worauf Erleichterung eintrat.

Das Auftreten dieses bullösen Oedems beobachte K. mit Regelmäßigkeit dann, wenn es zur Bildung eines Exsudates am inneren Genitale in unmittelbarer Nähe der Blase kam, und zwar am deutlichsten, wenn das Exsudat zwischen Blase und Uterus lag. Vielfach war vor der cystoskopischen Untersuchung die Diagnose auf Neoplasma der Blase gestellt worden.

Nach Entleerung des Eiters aus dem Genitaltumor verschwand auch das Oedem und mit ihm die Blasenbeschwerden; bei exspectativ behandelten Fällen bestand das bullöse Oedem, so lange das Exsudat bestand, um sich mit fortschreitender Resorption des Exsudates zu verringern. Der Befund dieses bullösen Oedems ist also einestheils maßgebend für die richtige Diagnose des Grundes der Blasenbeschwerden, andererseits erlaubt er einen Rückschluß auf die Natur des coexistirenden Genitaltumors, indem er für Entzündung spricht und Neoplasma ausschließt.

Von dem in dicken Wülsten innerhalb der allgemein stark injicirten Mucosa auftretenden allgemeinen Oedeme der Blase, welches durch mechanische Einflüsse hervorgerufen wird (z. B. bei Retroflexio uteri gravidi, intra partum etc.), ist das bullöse Oedem durch die Blasenbildung und den Mangel an Verfärbung und stärkerer Gefäßinjection der übrigen Schleimhaut wohl unterschieden.

Auch therapeutisch ist die Diagnose des bullösen Oedems wichtig, weil in solchen Fällen durch Ausspülungen und Instillationen die Beschwerden der Pat. nur gesteigert werden, während bei Behebung des Grundleidens die Blasenschleimhaut ohne Weiteres zur Norm zurückkehrt. Die Therapie darf demnach in diesen Fällen keine endovesicale sein. Bs.

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Académie de Médecine.

Sitzung vom 16. Juli 1895.

ABADIE: **Heilung von Glaskörperblutungen durch Elektrolyse.**

Vortr. stellt einen Pat. vor, welcher unter folgenden Umständen erblindet war: Vor 18 Monaten begann eine Stunde nach einem heftigen Zornesausbruch das Gesicht des Pat. sich zu verdunkeln, und im Verlauf von 2—3 Stunden war das Sehvermögen vollständig verschwunden. Da damals eine Augenspiegeluntersuchung nicht vorgenommen wurde, konnte auch keine sichere Diagnose gestellt werden. Wahrscheinlich hatte es sich um intraoculare Blutungen gehandelt, welche zu einer Zerstörung des Glaskörpers führten. Von jener Zeit an war Pat. an beiden Augen blind. In der Annahme, daß in Folge dieser Hämorrhagien der Glaskörper seine Vitalität verloren habe, entschloß sich A., in den linken Bulbus eine feine Platinnadel von 8 Mm. Länge einzustoßen, welche mit dem positiven Pole eines constanten Stromes verbunden wurde; der negative Pol wurde auf den Arm aufgesetzt und ein Strom von ungefähr 3 bis 4 M.-A. durch 5 Minuten hindurch geleitet. Schon am nächsten Tage begann der Kranke die Finger zu zählen und der Augenhintergrund, welcher bis dahin vollkommen dunkel war, wurde für das Ophthalmoskop sichtbar. Gegenwärtig, einen Monat nach der Operation, hat sich die Sehschärfe soweit gebessert, daß Pat. allein auf der Straße gehen, die Namen der Gassen lesen und die Nummern der Häuser zählen kann. Am rechten Auge, welches bisher nicht berührt wurde, hat sich nichts verändert. Dasselbe Verfahren hat A. noch in einem zweiten Falle mit gleich günstigem Erfolge angewendet.

MEUNIER (Tours): **Vier Fälle von Gesichts- und Halsaktinomykose.**

Vortr. berichtet über 4 Fälle von Aktinomykose, welche durch Jodkali geheilt worden sind. Redner geht auf die Diagnose der cervico-facialen Aktinomykose näher ein und bemerkt, daß deren Symptome und Entwicklung charakteristisch genug sind, um sie von ähnlichen Affectionen, mit welchen sie häufig genug zusammengeworfen wurde, zu unterscheiden. Man kann bei derselben drei Perioden unterscheiden: Die erste ist ausgezeichnet durch ausgedehnte Schwellung und pralle Infiltration nach Art einer entzündlichen Geschwulst. In der zweiten Periode erscheinen in den oberflächlichen Hautlagern Höcker oder fungöse Tumoren. Diese Tumoren werden der Sitz von miliaren Abscessen und kleinen Fisteln. In der dritten Periode ergreift die Affection die Gesichtsknochen, führt zu beträchtlichen Zerstörungen und schließlich zu raschem Tod durch Kachexie. Niemals beobachtet man eine Betheiligung der Drüsen oder eine Verallgemeinerung des Leidens. Der Aktinomycespilz verbreitet sich regionär; er scheint weder den lymphatischen Wegen, noch der Blutbahn zu folgen. Differentialdiagnostisch kommen gegenüber der Aktinomykose in Betracht: Läsionen, welche von cariösen Zähnen ausgehen, Drüsenphlegmonen, abscedirende Periostitiden etc.; ferner die Tuberculose der Cervicaldrüsen, syphilitische Affectionen, endlich maligne Tumoren im Bereich der Kieferknochen. Mit Sicherheit bewahrt man sich vor Irrthümern, wenn man aufmerksam nach Pilzgranulationen sucht. Ihr Durchmesser variirt von $^1/_4$—1 Mm.; sie sind gelb, grünlich oder weiß. Vom therapeutischen Standpunkte empfiehlt sich gegen Aktinomykose vor Allem das Jodkali, welches auf die aktinomykotische Induration wie ein Specificum wirkt, doch scheint der Einfluß nicht direct den Pilz zu treffen, sondern es scheint sich um eine indirecte Wirkung zu handeln, bei welcher der Nährboden zu einem für den Pilz ungeeigneten umgestaltet wird. Die Behandlungsdauer beträgt 6 Wochen bis 2 Monate. Ch.

Notizen.

Wien, 10. August 1895.

(Wiener Diphtherie-Heilserum.) Wie bekannt, hat die Regierung bereits im Herbste vorigen Jahres eine Anstalt zur Erzeugung des Diphtherie-Heilserums in's Leben gerufen, welche im Krankenhause Rudolfstiftung untergebracht und unter die Leitung Prof. PALTAUF's gestellt wurde. Außerdem wurden im Kaiser Franz Josef-Spitale Pferdestallungen adaptirt, so daß in der Zeit vom October 1894 bis März 1895 16 Pferde und von da an noch weitere 16 Pferde zur Gewinnung des Serums zur Verfügung standen. Auch die Localitäten des bacteriologischen Institutes im Rudolfspitale erfuhren durch den Aufbau eines Stockwerkes die nothwendige Erweiterung. Bis 1. Juli d. J. wurde nun das in der Anstalt gewonnene Serum, welches nur einen Zusatz von Campher hat und in der Anstalt

geprüft wird, unentgeltlich abgegeben und wurden 2130 Fläschchen mit circa 29.200 Ccm. Serum an die Kinderspitäler in Wien, Graz, Prag und weiterhin an 58 Krankenanstalten Oesterreichs zu Versuchszwecken versendet. Zufolge eines Statthaltereierlasses ist diese unentgeltliche Abgabe des Heilserums nunmehr sistirt und ist dasselbe seit 1. Juli l. J. vorläufig durch die Institutsleitung im Rudolfspitale um den Preis von 1 fl. 40 kr. für die Dosis zu beziehen. Beim epidemischen Auftreten der Diphtherie wird das Serum auch an praktische Aerzte und Apotheker abgegeben. Jede Dosis besitzt einen durch das Thierexperiment festgestellten, annähernd constanten Heilwerth (zumindest 1000 Antitoxineinheiten nach BEHRING). Gegenwärtig können im Monat circa 1000 Dosen erzeugt werden; dieses Quantum dürfte sich aber in den folgenden Monaten rasch steigern und ist zu erwarten, daß vom October an bereits 2000—2500 Dosen monatlich abgegeben werden können. Hinsichtlich der Anwendung des Heilserums etc. ertheilt die Anstalt in der den Sendungen beigegebenen Anweisung einige Rathschläge, welche sich auf die Dosirung (die Dosis von 10—15 Ccm. genügt für einfache und mittelschwere Fälle in den ersten Krankheitstagen, zur präventiven Anwendung genügt der 5. Theil eines Fläschchens), den Ort der Einspritzung (Brust- und Bauchgegend, sowie die Oberschenkel) beziehen. Außerdem ist eine Karte beigelegt, welche für die Mittheilung von Angaben über locale oder allgemeine Erytheme, sowie über andere mit der Anwendung des Mittels in Verbindung zu bringende Nebenwirkungen bestimmt ist.

(Auszeichnungen.) Dem Hofrathe v. DITTEL wurde aus Anlaß seiner über eigenes Ansuchen erfolgten Versetzung in den bleibenden Ruhestand in neuerlicher Anerkennung seiner vieljährigen, treuen und ersprießlichen Dienstleistung der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben. — Dem bisherigen Gerichtsarzte beim Landesgerichte in Wien Dr. CARL RUBEN ist aus Anlaß der von ihm erbetenen Enthebung vom Amte in Anerkennung seiner vieljährigen, sehr ersprießlichen Dienste das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen worden. — Der Bezirksarzt Dr. RAIMUND KAAN, Edler v. ALBESZT in Meran hat den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten.

(Ernennungen.) Docent Dr. R. LUMPE in Wien ist zum Professor der Geburtshilfe an der Hebammenschule in Salzburg, der Bezirksarzt I. Cl. Dr. GUSTAV PAUL zum „Impfdirector" an der staatlichen Impfstoff-Gewinnungsanstalt in Wien ernannt worden.

(Die freie Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse) wird gelegentlich der diesjährigen Naturforscherversammlung in Lübeck daselbst ihre Generalversammlung abhalten. Bekanntlich besteht ein Hauptstreben dieser Vereinigung darin, eine internationale Preßorganisation herbeizuführen, die namentlich auf den großen Congressen in Wirksamkeit treten und durch geregelte Berichterstattung deren Arbeiten schnell und sachgemäß dem ärztlichen Publicum zugänglich machen wird. Es ist nun, wie die „Berl. klin. Woch." in ihrer letzten Nummer mittheilt, Aussicht vorhanden, daß diese Pläne nunmehr greifbare Gestalt gewinnen. Von der „Association médicale de la presse française" und der deutschen „Vereinigung" ist ein gemeinsames Vorgehen beschlossen, und es soll im Herbste dieses Jahres oder im Frühjahre des nächsten Jahres eine internationale Delegirtenconferenz, wahrscheinlich in Brüssel, stattfinden, auf welcher die näheren Modalitäten verabredet werden. Die von den Secretären der genannten Vereinigungen BAUDOUIN (Paris) und POSNER (Berlin) gezeichneten Einladungen werden demnächst ergehen.

(Der III. internationale Dermatologen-Congreß) findet in London vom 4.—8. August 1896 unter dem Präsidium Mr. JONATHAN HUTCHINSON's statt.

(Aus guter, alter Zeit.) Die jüngst gegründete und von A. OLDENDORF in Berlin herausgegebene „Zeitschrift für sociale Medicin" bringt in ihrem 2. Hefte unter Anderem einen lesenswerthen Aufsatz von MAX NORDAU in Paris „Die gesellschaftliche Stellung der Aerzte in Frankreich", in welchem der Verf. ein lebensvolles Bild der Aerzte des ancien Régime entwirft. Der Stand, sagt NORDAU, sah auf Rechtgläubigkeit und Ehrbarkeit seiner Glieder. Die Facultät verurtheilte Irrlehren und schloß Hugenotten und andere Ketzer aus. Sie duldete keinen anstößigen Lebenswandel und nicht einmal unstandesgemäße Ehen. Es gab ihr Aergerniß, daß ein Arzt im 17. Jahrhundert in Paris seine Besuche zu Pferde machte. Sie gestattete nur das Maulthier, das auch für Priester das herkömmliche Reitthier war, und der betreffende Neuerer hatte lang und schwer zu kämpfen, ehe er die Anerkennung seines Rechtes, ein Pferd zu benutzen, durchsetzen konnte. Sie that den trefflichen THEOPHRAST RENAUDOT in Acht und Bann, weil er 1636 seine Zeitung (die noch heute bestehende „Gazette de France"), ein unentgeltliches Auskunftsbureau und eine Poliklinik gründete, denn man fand, daß dies gegen den ärztlichen Anstand verstosse, und es wäre ihm übel ergangen, wenn der allmächtige Cardinal Richelieu nicht sein besonderer Gönner gewesen wäre. Immerhin ließ die Facultät RENAUDOT's Söhne Isaac und Eusebius nicht zum Doctorate zu, ehe sie mit feierlichem Eidschwur die „Verirrungen" ihres Vaters verurtheilt und sich verpflichtet hatten, sie niemals nachzuahmen.

(Zum Capitel der Naturheilanstalten) in Deutschland bringt die „D. Med.-Ztg." folgende Beiträge: „Daß eine Naturheilanstalt im vornehmsten Viertel Berlins mit feinster Praxis (Reinertrag 12—15.000 Mark) sehr billig zu verkaufen ist, erfährt man durch den Anzeigentheil der „D. Aerzte-Zeitung". Und ferner: „Dr. H., Besitzer der Kneipp'schen Curanstalt Victoriabad Siegen, welche wegen schöner Lage und billigen Logis und Behandlung angepriesen wird, gibt der Empfehlung der Anstalt den Nachdruck, daß er „dreimal in Wörishofen" gewesen ist. Früher rühmten sich die Aerzte anderer Schulen und Lehrer."

(Die Kenntniß der Maximaldosen.) Kürzlich ist ein auch von uns angekündigtes Büchlein von HUETLIN erschienen, welches die Mnemotechnik der Receptologie zum Zwecke hat und in welchem unter Anderem auch versucht wird, das Behalten der Maximaldosen auf mnemotechnischem Wege zu erleichtern. Professor LEWIN in Berlin, der dieses Büchlein in einem Fachblatte besprach, gibt bei dieser Gelegenheit den Aerzten den wohldurchdachten Rath, eine Maximaldosis niemals auswendig zu lernen, sondern sie nachzuschlagen. Viel Unheil, sagt LEWIN, kam bereits über Kranke und Aerzte durch auswendig gelernte und falsch niedergeschriebene Dosen oder Receptformulare. Es ist nicht ein Zeichen von Unwissenheit, sondern von Klugheit, maximale Dosen nachzuschlagen.

(Ein Aerzte-Strike.) In Brüssel ist, wie die „Voss. Ztg." mittheilt, ein ärztlicher Ausstand ausgebrochen. Die „Fédération des sociétés de secours mutuels", die Brüssel und die zehn Vorstädte umfaßt, besoldete ihre 30 Aerzte bisher mit 24.000 Frcs. jährlich. Die Aerzte mußten dafür die sämmtlichen Mitglieder dieser Gesellschaften unentgeltlich ärztlich behandeln. Die Aerzte bildeten nun ein Syndicat und der Verband war bereit, die Honorare auf 34.000 Frcs. zu erhöhen, aber die Aerzte haben sich für den Ausstand entschieden und ihre Thätigkeit eingestellt.

(Ein Taschenmikroskop für Aerzte) hat Dr. WERNER in Neupaka nach seinen Angaben bei Reichert in Wien construiren lassen. Dasselbe bildet sammt der Metallhülse, welche das mit verschiebbaren Basalfüßchen versehene Mikroskop aufnimmt, eine kurze Rolle, die bequem in die Tasche gesteckt werden kann. Mit diesem Mikroskop gelingt es leicht, noch mit einem Objectiv Nr. 8 Reichert zu arbeiten. Für die Zwecke des praktischen Arztes, besonders des Landarztes, der oft einer raschen Orientirung bedarf, sowie des Beschau- und Gerichtsarztes am Lande dürfte sich dieses handliche Instrument sicherlich empfehlen.

(Statistik.) Vom 28. Juli bis incl. 3. August 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5627 Personen behandelt. Hievon wurden 1223 entlassen; 128 sind gestorben (9·47% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 46, egyptischer Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus —, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 14, Scharlach 45, Masern 81, Keuchhusten 79, Wundrothlauf 29, Wochenbettfieber 2, Parot. epid. —, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 625 Personen gestorben (— 23 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Berlin Dr. C. SCHIMMELBUSCH, der langjährige Assistent v. BERGMANN's, einer der begabtesten Chirurgen der jüngeren Berliner Schule, dessen zum Theile grundlegende Arbeiten über Wundinfection und Asepsis allgemeine Anerkennung gefunden haben; in Tübingen der Professor der Augenheilkunde Geh. Rath Dr. NAGEL im 62. Lebensjahre.

(Mattoni's Soosin.) Flecke in Wäsche und Kleidungsstücken so verschwinden zu lassen, daß dabei auch der zu reinigende Gegenstand in keiner Weise Schaden leidet, ist nicht immer leicht durchzuführen, da diese Flecke oft so verschiedenartiger Natur sind, daß es ein „Universal-Fleckenvertilgungsmittel" überhaupt nicht geben kann. Man muß vielmehr, ehe man an die Vertilgung eines Flecken herantritt, immer erst genau untersuchen, welcher Art derselbe ist. Für die besonders in der Badesaison von jeher wiederkehrenden **Eisen-(Rost-)Flecke,** wie solche **nach dem Gebrauche der Moorbäder** in der Wäsche entstehen, ist **Mattoni's Soosin** ein Specialmittel, welches dieselbe absolut nicht angreift. Die Manipulation ist höchst einfach: Man nimmt einen Eßlöffel voll **Mattoni's Soosin** und löst dasselbe in $^{1}/_{4}$ bis $^{1}/_{2}$ Liter weichen Wassers auf, dann legt man das fleckige Kleidungsstück auf ein trockenes Brett, befeuchtet mit der Lösung das Wäschestück oder, wenn nur einige Flecken vorhanden sind, diese Flecken. Nachdem dieselben verschwunden sind, wird das Wäschestück **öfter** mit reinem Wasser ausgewaschen und **erst dann mit Seife gewaschen,** was **genau zu beachten** ist.

Mattoni's Soosin kommt in Päckchen à 100 Grm. zur Versendung und kostet 25 kr. Größere Quantitäten werden von der ersten k. k. conc. Fabrik für Moorextracte und -Salze und Mineralwasserversendung **Heinrich Mattoni** in **Franzensbad** zu entsprechend billigeren Preisen abgegeben.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Landerer A., Chirurgische Diagnostik für praktische Aerzte und Studirende. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Remak E., Grundriß der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für prakt. Aerzte. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Festskrift i Anledning af Prof. Dr. med. Hjalmar Heibergs 25 Aars Jubilaeum etc. Christiania 1895, A. W. Brogger.

Buschan G., Die Brown-Séquard'sche Methode (Organsaft-Therapie) und ihr therapeutischer Werth. Neuwied, Berlin, Leipzig 1895, Louis Heuser.

Cox Harold, Socialismus und Bevölkerungsfrage. Autorisirte Uebersetzung. Berlin, Neuwied 1895, Louis Heuser.

Münz, Das primäre Scheidensarkom bei Kindern und Erwachsenen. Berlin, Leipzig, Neuwied 1895, Louis Heuser.

50 Beiträge aus dem Gebiete der gesammten Medicin. Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirkes Düsseldorf. Wiesbaden 1894, J. F. Bergmann.

Cleisz A., Lois de la Création des sexes. Paris 1895, Société d'éditions scientifiques.

Solbrig, Die hygienischen Anforderungen an ländliche Schulen. Frankfurt a. M. 1895, Joh. Alt.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unsrer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Wünsche eine gute Stelle in einer Stadt mit Fixum abzulösen, ein kleineres elegantes Bad, Curhaus oder Sanatorium zu kaufen oder pachten, eventuell bei ähnlichem Unternehmen mich zu betheiligen. 51

Anträge unter Chiffre **„Badearzt"** werden zur Weiterbeförderung an die Adm. der „Wiener Med. Presse" in Wien I., Maximilianstraße Nr. 4. erbeten.

Ein praktischer Arzt in der Nähe von Wien, der sich in's Privatleben zurückziehen will, sucht einen Käufer für sein Haus. Der Kaufschilling beträgt im Ganzen 4200 fl. In diesem Preise ist eine gut eingerichtete Hausapotheke inbegriffen. Mit dieser Stelle ist eine ausgedehnte, einträgliche Privatpraxis und eine Bestallung als Gemeindearzt für 4 Sanitätsgemeinden verbunden. Nähere Auskünfte ertheilt aus Gefälligkeit Herr Carl Haas, k. k. Rechnungsrath, Wien, III., Hauptstraße Nr. 2 (Nachmittags).

Im Bereiche der politischen Verwaltung Krains gelangt die Stelle eines Bezirksarztes II. Classe mit den systemmäßigen Gebühren der X. Rangsclasse zur Besetzung. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit den vorgeschriebenen Documenten über die Erwerbung des Doctorgrades an einer inländischen Universität, dann mit dem Nachweise über die mit Erfolg abgelegte Physikatsprüfung und über die Kenntniß der deutschen und slovenischen Sprache belegten Gesuche, wenn sie sich bereits in einer öffentlichen Anstellung befinden im vorgeschriebenen Dienstwege, andernfalls unmittelbar bis zum 20. August beim gefertigten Landespräsidium einzubringen.

K. k. Landespräsidium für Krain.

Laibach, am 30. Juli 1895.

Districtsarzt für den Vertretungsbezirk Haida mit dem Sitze in Lindenau (Böhmen) zu besetzen. Gehalt 400 fl. nebst einem Reisepauschale von 100 fl. aus dem Bezirksfonde und eine Separatleistung von 100 fl. von der Gemeinde Lindenau. Gesuche bis 15. September an den Bezirksausschuß.

Auf den Graner Werken der Trifailer Kohlenwerks-Gesellschaft ist die Stelle eines Werksarztes zu besetzen. Die Stelle ist mit folgenden Bezügen verbunden: Gehalt 1700 fl., Pferdepauschale 800 fl., freie Wohnung, normalmäßige Beheizung und Beleuchtung. Reflectant muß ein in Ungarn graduirter oder nostrificirter Doctor der gesammten Heilkunde (Dr. der Medicin und Chirurgie) sein und der deutschen, ungarischen und einer slavischen Sprache kundig sein. Competenzgesuche bis 1. September an das Berginspectorat der Trifailer Kohlenwerks-Gesellschaft in Gran.

Districtsarzt für den Sanitätsdistrict Hochenegg (Steiermark). Gehalt 475 fl. Gesuche bis 25. August an den Sanitätsausschuß Hochenegg.

Gemeindearzt für die Sanitätsgemeindegruppe Röhrenbach-Feinfeld-Winkl-Tautendorf mit dem Wohnorte in Röhrenbach. Bezüge: Subvention aus dem n. ö. Landesfonde 300 fl., Jahresbeitrag der vier Gemeinden 100 fl., vom Gute Greillenstein 100 fl. und freie Wohnung im Schlosse Greillenstein. Gesuche bis Ende August an die Gemeindevorstehung in Röhrenbach oder an die k. k. Bezirkshauptmannschaft in Horn.

Secundararzt im städt. Kranken- und Versorgungshause zu Graz. Gehalt 600 fl., eingerichtete Freiwohnung in der Anstalt sammt Beheizung und Beleuchtung, ferner die Verpflichtung im zugewiesenen Quartiere zu wohnen. Gesuche sind bis 31. August im Einreichungsprotokolle des Bürgermeisteramtes (Rathhaus, II. Stock) zu übergeben.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstr. 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstr. 12.

Nr. 33. Sonntag den 18. August 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ein Fall von Carbolvergiftung bei der rituellen Beschneidung.

Von **Dr. Josef Bogdanik,** Krankenhaus-Director in Biala.

Der bis zu seiner rituellen Beschneidung vollkommen gesunde E. R. starb am 21. April 1895. Die Circumcision wurde am 19. April 1895 vom Tempeldiener vorgenommen und darauf das Glied mit in Carbolwasser (beiläufig 5%) getauchter Watte verbunden. Die Hebamme, welche bei der rituellen Ceremonie nicht anwesend war, erneuerte am 20. April Früh und Abends den Verband, wozu sie auf Anordnung des Beschneiders 5%iges Carbolwasser verwendete. Es fiel ihr schon beim ersten Verbandwechsel auf, daß die Windeln mit einer schwarzen Flüssigkeit beschmutzt waren; sie erwähnte davon der Mutter des Kindes, legte jedoch diesem Umstande keinen Werth bei. Am 21. April wurde sie um 5 Uhr Früh zum Kinde gerufen. Sie bemerkte eine Cyanose des ganzen Körpers, was sie tags vorher nur an den unteren Extremitäten wahrgenommen, dieses Symptom aber so gedeutet hatte, daß es von zu starker Abschnürung der Füßchen herrühre. Um 7 Uhr Früh desselben Tages wurde ein Arzt herbeigerufen, welchem sofort eine dunkel-violette Verfärbung der Haut und sichtbaren Schleimhäute auffiel. Am Gliede fand er nicht mehr die Carbolwatte, sondern einen mit weißer (Zink-) Salbe bestrichenen Lappen. Während der Untersuchung hatte das Kind einen dunkel-grünen Urin gelassen. Dieses als auch die im Laufe des Tages nochmals vorgenommene Untersuchung erweckte den Verdacht, daß eine Carbolintoxication vorlag; er verordnete dementsprechend Wein und Natr. sulfur (5 : 100).

Die Temperatur betrug 38·5° C. und stieg in der Agonie bis 40·0° C. Der Puls war beschleunigt, clonische Krämpfe an Händen und Füßen, leichter Trismus, große Unruhe, das Bewußtsein war jedoch erhalten. Das Kind verschied am selben Tage, d. i. am 21. April 1 Uhr Nachmittag.

Das Resultat der am 22. April vorgenommenen Obduction war folgendes:

Die Körperlänge beträgt von der Fußsohle bis zum Scheitel 52 Cm., der Umfang des Kopfes $34\frac{1}{2}$ Cm. Die ganze Körperoberfläche ist schmutzig cyanotisch verfärbt und mit kleinen, hirsekorngroßen Zellenbläschen bedeckt. Am Nabel sind Blutspuren zu sehen. Das Glied ist mit Leinwandläppchen verbunden, welche mit einer weißlichen Salbe bestrichen sind. Nach Entfernung derselben sieht man am Ende der Vorhaut einen circulären Schorf, welcher die Glans penis dicht neben dem Sulcus coronarius penis umkreist. Der Schorf ist dunkelbraun.

Nase, Mund und Ohren sind gut entwickelt, darin keine Spur einer fremden Flüssigkeit zu sehen. Die Kopfhaut ist mit kurzen, blonden Haaren bedeckt. Die Nägel sind gut entwickelt und reichen bis an die Finger-, respective Zehenspitzen. Sonst sieht man äußerlich keine anderen Merkmale.

Auf der Kopfschwarte war nichts Besonderes zu sehen. Nachdem die Knochen entfernt waren, sah man auf den Hirnhäuten, insbesondere am Kleinhirn stark injicirte Venen. Es sah so aus, wie ein anatomisches Präparat.

Die Mundhöhle, der Kehlkopf, Schlund, als auch die Luftröhre sind frei.

In den Pleurahöhlen keine Flüssigkeit.

Die Glandula thymus unverändert.

Die Oberfläche der Lunge ist marmorirt, mit kleinen, schwarzen Punkten gleichsam wie mit Mohn bedeckt. Diese Punkte sind auf der ganzen Pleura pulmonalis zerstreut und gruppiren sich über den Lungenspitzen traubenartig. An der Pleura costalis fehlen sie. Am Durchschnitte sieht man, daß diese Flecke etwas in's Parenchym der Lunge reichen und über den Spitzen bis $1\frac{1}{2}$ Mm. Die Lungenvenen strotzen, ge-

füllt mit dunklem, dickflüssigem Blute. Sonst sind im Lungengewebe keine Veränderungen nachweisbar.

Im Herzbeutel eine sehr geringe Menge Flüssigkeit. Das Herz in Systole, die stark erweiterten Venen enthalten dunkles, beinahe schwarzes Blut. Der Herzmuskel ist von normaler Dicke, in den Kammern fast pechschwarzes Blutgerinnsel.

Auf der Oberfläche der Leber sieht man unregelmäßige, gelbe Flecke, am Durchschnitte sind ebenfalls gelbe Inseln zu sehen.

Die Milz ist derb, hart, am Durchschnitte dunkel, chocoladenfarbig.

Die Nieren sind traubenartig, die Kapsel läßt sich leicht abziehen, am Durchschnitte sieht man, daß einzelne Pyramiden stark mit Blut unterlaufen sind.

Nach Eröffnung der Blase wollte ich etwas Harn behufs weiterer Analyse entnehmen, es waren jedoch kaum einige der Wand anhaftende Tropfen von dunkelgrüner Farbe vorhanden. Auf der Schleimhaut der Blase sah man zahlreiche, sternförmige Blutunterlaufungen.

Im Magen war eine geringe Menge gelblicher Flüssigkeit, die Schleimhaut unverändert.

Die Mesenterialgefäße etwas injicirt, im Darme sehr wenig Inhalt.

Pancreas normal.

Der verschorfte Vorhautrand wurde angeschnitten und man überzeugte sich, daß um die Eichel herum eine circuläre glattrandige Wunde verläuft, wie es einer lege artis ausgeführten Circumcision entspricht.

Die schädliche Wirkung der Carbolsäure selbst in verdünntem Zustande ist allgemein bekannt. Bei der Besprechung des vorliegenden Falles kann ich jedoch nicht umhin, nochmals die Gefahren seitens der Carbolsäure zu erörtern, da von diesem Antisepticum in der Chirurgie noch immer ein sehr ausgiebiger Gebrauch gemacht wird. Aerzte verschreiben sie in verschiedenen Verdünnungen zu Handen des Publicums; es herrscht sogar die Unsitte, daß die Carbolsäure selbst in concentrirtem Zustande verschrieben und dem Kranken angeordnet wird, sich die betreffenden Lösungen zu bereiten. Abgesehen davon, kann sich mit diesem Gifte in gewünschter Quantität Jeder versehen, da es im Handverkaufe zugänglich ist. In vorliegender Arbeit will ich die toxische Wirkung der Carbolsäure, wenn sie absichtlich oder durch Zufall innerlich genommen wird, gar nicht berücksichtigen, ich beschränke mich auf die Auseinandersetzungen beim äußerlichen Gebrauche.

Die Carbolsäure übt in erster Linie einen starken localen Reiz aus, nicht nur auf die Haut, sondern auch auf die tieferen Gewebe. Unter ihrem Einflusse entstehen mitunter sehr hartnäckige Eczeme, wovon der Chirurg insbesondere aus der LISTER'schen Aera viel zu erzählen weiß. Bei länger andauernder Application selbst schwacher (3%, sogar 2%) Lösungen, besonders an peripheren Körpertheilen, entstehen bei dazu disponirten Personen schwere Ernährungsstörungen der Haut, sogar der Knochen. Es entsteht die sogenannte Carbolgangrän, welche Amputationen und Exarticulationen erheischt. Uebereinstimmend mit anderen Autoren habe ich sie mehreremale auszuführen Gelegenheit gehabt. Die Kranken gaben dabei an, daß sie sich z. B. den Finger geschnitten und mit in Carbolwasser getränkter Watte verbunden hatten. CARLIER beschreibt einen Fall, wo er nach Carbolumschlägen zuerst die große Zehe amputiren und derselben noch die Exarticulation nach LISFRANC folgen lassen mußte.[1]) Aeußerst interessant sind in dieser Hinsicht die experimentellen Untersuchungen von A. FRANKENBURGER.[2]) Bei seinen Thierversuchen und den mikroskopischen Beobachtungen fand er, daß die Gangrän zum geringen Theile durch die Einwirkung der Carbolsäure auf die Vasomotoren, zum größten Theile durch den zerstörenden Einfluß derselben auf die rothen und weißen Blutkörperchen bedingt wird; derselbe führt theils auf mechanischem, theils auf chemischem Wege zu einer zuerst die Capillaren, bei fortdauernder Einwirkung des Mittels auch die größeren Venen und Arterienäste betreffenden Stase und Thrombose, wodurch einerseits die Ernährung der betroffenen Theile, andererseits die Abfuhr der schädigenden Substanz behindert, beziehungsweise ganz aufgehoben wird. Die ebenfalls durch die Carbolsäure bewirkte Maceration der Epidermis erleichtert die Verdunstung, so daß die Gangrän eine trockene, eine Mumification ist.

Ein Theil der applicirten Carbolsäure wird von der wunden Fläche aufgesaugt, wodurch allgemeine toxische Erscheinungen entstehen, welche mitunter zum Tode führen. Bekannt sind die Intoxicationen nach Ausspülungen der Scheide. Einen solchen Fall beschrieb noch vor Kurzem SEKOWSKI.[3]) Die toxischen Wirkungen werden sogar auf die Leibesfrucht übertragen. So beschreibt SCHLEICHER[4]) einen Fall, wo eine Kreissende aus Versehen bei 40 Grm. Carbol (90%) verschluckte. Sieben Viertelstunden darauf wurde das Kind extrahirt, es starb jedoch nach 24 Stunden an Carbolvergiftung, die Mutter verschied aus derselben Ursache erst am 6. Tage.

Bei Kindern muß man in der Anwendung der Carbolsäure besonders vorsichtig sein, denn sie vertragen selbst geringe Mengen nicht. SIMON[5]) sah Intoxicationserscheinung — Unruhe, Erbrechen, dunklen Urin — bei einem 22 Monate alten Kinde, bei welchem eine 5—6 Cm. lange Geschwürsfläche am Halse mit Carbolwatte verbunden wurde. RICHMAN[6]) beschreibt einen letalen Fall, wo bei einem 7 Monate alten Kinde, welches sich Hand und Fuß mit heißem Kaffee verbrannte, ein Verband, bestehend aus Oel und Carbolsäure (95%) zu gleichen Theilen, aufgelegt wurde, wobei 15·00 Carbol verwendet wurden. Nach 2 Stunden traten schon Intoxicationserscheinungen auf und das Kind verschied nach 30 Stunden. ROSENBLATT beobachtete einen Fall von Carbolvergiftung bei einem 14 Tage alten Kinde, welchem er einen Absceß spaltete und mit in 3% Carbolsäurelösung getauchter Jodoformgaze verband. Schon nach diesem ersten Verbande traten Symptome von Carbolintoxication auf, welche schwanden, als der Verband durch einen trockenen ersetzt wurde.[7])

Der von mir beschriebene Fall, wo das Kind zweifellos in Folge der Umschläge an Carbolvergiftung zu Grunde ging, steht auch nicht vereinzelt da. Es beschrieb schon MELTZER[8]) einen ähnlichen Fall, wo nach der Beschneidung die Wunde nicht regelmäßig heilte, weshalb nach 4 Tagen Umschläge mit einer 4%igen Carbollösung alle 2 Stunden verordnet wurden. Das Kind starb nach 3 Tagen in Folge von Carbolvergiftung.

In Folge dieser traurigen Erfahrungen wurde ärztlicherseits schon manchmal der Vorschlag gemacht, die Carbolsäure im Handverkaufe gänzlich zu untersagen. Es ist aber bereits an der Zeit, ihre Anwendung in der Chirurgie noch mehr zu beschränken und in der Kinderpraxis als auch bei Hebammen ganz zu untersagen. Der Schaden, den sie anstellt, überwiegen wohl kaum die Vortheile, welche aus ihrer Anwendung erwachsen. Solange aber die Carbolsäure im Handverkaufe zulässig ist, wird es Sache der Aerzte sein, das Publicum auf die eminenten Gefahren aufmerksam zu machen.

[1]) „Gaz. des hôpitaux", 1892, Nr. 28.
[2]) Inaugural-Dissertation. Erlangen 1891.
[3]) „Gazeta lekarska", 1894, Nr. 42.
[4]) „Deutsche med. Wochenschr.", 1890, Nr. 1.
[5]) „Revue mens. des malad. de l'enf.", 1887, Nr. 3.
[6]) „New-York med. journ.", 1889, Nov. 30.
[7]) „Przeglad lekarski", 1892, pag. 359.
[8]) Med. Monatsschrift, New-York 1889, April.

Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. Max und Dr. Adolf Jolles in Wien.

Ueber Margarin.

(Eine hygienische Studie.)

Von **Dr. Adolf Jolles** in Wien.

(Fortsetzung.)

Dies wären wohl die wichtigsten Forderungen, welche die Margarinfabrikanten vom Standpunkte der Hygiene zu erfüllen hätten. Nunmehr wollen wir die chemische Zusammensetzung und die Eigenschaften der Kunstproducte einer kurzen Betrachtung unterziehen. Wie die meisten natürlichen Fette, so besteht auch das Margarin aus einem Gemenge von Tristearin, Tripalmitin und Triolein. Die Fractionirung der festen und flüssigen Glyceride, welche bei der Margarinerzeugung eintritt, äußert sich chemisch darin, daß unter den festen Fettsäuren im Preßtalg die Stearinsäure, im Margarin die Palmitinsäure vorherrscht. Den Preßtalg bildet bekanntlich hauptsächlich der auskrystallisirte Theil des geschmolzenen „premier jus" und die Zusammensetzung des Margarins wird daher hauptsächlich von der sorgfältigen Trennung des krystallisirten und flüssigen Antheils abhängen. Je mehr feste Theile zur Herstellung von Margarin verarbeitet werden, desto höher ist der Gehalt an Stearin und umso schlechter die Qualität des Productes. Daher ist ein Hauptcriterium für die Güte des Margarins — neben Geruch und Geschmack — die Höhe des Schmelzpunktes. Ein Fett mit hohem Stearingehalt verräth sich auch leicht dadurch, daß es in teigig mehliger Weise am Gaumen klebt, daher wird diese Kostprobe im Handel selten unterlassen.

Die Fettmasse der Milchbutter besteht aus den Triglyceriden der Oelsäure, Stearin-, Palmitin-, Laurinsäure und einer Anzahl kohlenstoffärmerer flüchtiger Fettsäuren, der Caprin-, Capryl-, Capron- und der Buttersäure. Hiedurch ist es auch bedingt, daß das Butterfett gegenüber den meisten anderen thierischen Fetten bei der Elementaranalyse einen geringeren Kohlenstoff und etwas höheren Sauerstoffgehalt aufweist. Das Margarin unterscheidet sich demnach von der Fettmasse der Naturbutter vor Allem dadurch, daß es keine nennenswerthen Mengen von Glyceriden der flüchtigen Fettsäuren enthält, ferner hat Margarin einen etwas geringeren Gehalt an Oelsäure, dagegen einen etwas höheren an Palmitin- und Stearinsäure, als das Margarin. Wenngleich der Unterschied in der chemischen Zusammensetzung nur ein relativ geringer ist, so lassen doch die erwähnten chemischen Differenzen der Fettarten eine Unterscheidung beider Producte mit chemischen Hilfsmitteln zu.

Hinsichtlich der physikalischen Eigenschaften der Margarinproducte ist zunächst hervorzuheben, daß dem Aussehen nach die Natur- und Margarinproducte gar nicht zu unterscheiden sind, meistens auch in solchen Fällen nicht, wo es sich um Margarinsorten minderer Qualität handelt. Es hängt diese Thatsache mit dem Umstande zusammen, daß es, wie ich schon wiederholt erwähnt habe, ein Leichtes ist, ein dem Aussehen nach butterähnliches Surrogat herzustellen. Anders verhält es sich mit dem Geruch und Geschmack der Margarinproducte. Das charakteristische Aroma und den charakteristischen Geruch der guten Naturbutter besitzt auch die beste Margarinbutter nicht, weil in derselben die charakteristischen Glyceride der flüchtigen Fettsäuren nur in Spuren enthalten sind, weshalb auch beim Verseifen derselben der charakteristische Geruch der reinen Naturbutter nicht wahrzunehmen ist.

Die Consistenz der Margarinbutter unterliegt ebenso wie die der Naturbutter der Jahreszeit; jedoch besitzen die Margarinproducte im Allgemeinen eine höhere Consistenz, die sich namentlich im Winter besonders geltend macht.

Deshalb werden die Margarinproducte unter Zusatz von Speiseölen verarbeitet. Der Oelzusatz unterliegt im Allgemeinen großen Schwankungen und beträgt natürlich im Winter mehr als im Sommer; bei guten Margarinproducten variirt derselbe zwischen 10—15%.

In der Voraussetzung, daß nur ganz reine Speiseöle verwendet werden, läßt sich vom hygienischen und ernährungsphysiologischen Standpunkte auch gegen den Oelzusatz nichts einwenden.

Eine Eigenschaft, welche die Margarinproducte besonders auszeichnet, ist bekanntlich ihre lange Haltbarkeit. Dieselbe dürfte mit dem geringen Säuregrade, den das Product selbst nach längerem Stehen aufweist, im Zusammenhange stehen. Im Gegensatze zum Margarin tritt bekanntlich bei der Naturbutter selbst nach relativ kurzer Zeit der Aufbewahrung eine saure Reaction auf und die Butter nimmt einen abweichenden Geschmack an, den man als ranzig, scharf, schlecht, verdorben etc. bezeichnet.

Die Ursache dieser Geschmacksveränderung ist bis jetzt noch nicht sicher aufgeklärt. Eine Reihe von Forschern, wie DUCLAUX, RITSERT etc., führen die Ursache der Ranzidität auf die Zersetzung der Fette durch den Sauerstoff der Luft zurück. Diese Erklärung scheint noch auf sehr schwacher Grundlage zu ruhen, namentlich wenn man erwägt, daß Margarin auch nach relativ längerem Stehen an der Luft nicht die geringste Veränderung sowohl hinsichtlich seines Geschmackes als seines Säuregrades zeigt. Andere, wie C. VIRCHOW, GOTTSTEIN, KLECKI [1]), sehen in der Thätigkeit der Mikroorganismen die Ursache jener eigenthümlichen Fettzersetzung, welche Anschauung dadurch an Glauben gewinnt, daß man in der Regel durch Anwendung unschädlicher antiseptischer Mittel, wie Kochsalz, doppelt-kohlensaures Natron etc. den Eintritt der Ranzidität sehr weit hinausschieben kann. Für unser Thema interessirt uns die Ranzidität insoferne, als ich constatiren konnte, daß unter Umständen Margarine mit höherem Säuregehalt sich als wohlschmeckender erwiesen, als Margarine mit niedrigerem Säuregehalt.

Ich habe z. B. sechs von verschiedenen Fabriken herstammende Margarinproben auf ihren Säuregehalt geprüft und habe zur Neutralisation von je 1 Grm. Margarin nachstehende Mengen an Natronlauge, in Milligrammen ausgedrückt, verbraucht:

Margarinproben	Säurezahl
I	0·88
II	0·73
III	1·29
IV	0·96
V	1·32
VI	0·71

Von diesen Proben erwies sich Nr. III mit dem zweithöchsten Säuregehalt als die wohlschmeckendste, während Nr. VI, welche den geringsten Säuregehalt besaß, einen etwas ranzigen Geschmack empfinden ließ. Diese Thatsache steht in Uebereinstimmung mit der von BESANA, FISCHER, SARTORI, WALLENSTEIN [2]) etc. bereits gemachten Angabe, daß der Säuregehalt noch keinen Maßstab für den Grad der Ranzidität abgibt. In jedem Falle zeichnet sich das Margarin durch seine große Haltbarkeit und durch seinen geringen Säuregehalt auch nach relativ längerem Stehen an der Luft aus. Erst wenn das Margarin der Luft und dem Licht mehrere Tage ausgesetzt ist, macht sich bei demselben ein anderer Zersetzungsproceß geltend, nämlich das sogenannte „Talgigwerden", welcher Proceß in seinen Ursachen noch nicht sicher aufgeklärt ist. Die bisherigen Versuche, welche in unserem Laboratorium zum Zwecke der Aufklärung der Ursache des Talgigwerdens von Margarin angestellt wurden, lassen die Annahme zu, daß das Talgigwerden durch die Thätigkeit bestimmter Bacterien verursacht wird.

Was die Haltbarkeit von Margarin**butter** betrifft, so ist sie wesentlich geringer, als bei dem Margarin, was vermuthlich mit ihrem Gehalt an Eiweißstoffen, durch deren Zerfall ein ranziger Geschmack hervorgerufen wird, im Zusammenhange stehen dürfte; nichtsdestoweniger zeichnet sich

[1]) Siehe: Dr. V. v. KLECKI, Untersuchungen über das Ranzigwerden und die Säurezahl der Butter. Verlag von Th. Stauffer, Leipzig 1894.

[2]) „Chemiker-Zeitung", 1892, pag. 883.

auch die Margarinbutter durch eine größere Haltbarkeit aus, als die reine Naturbutter.

Nächst der großen Haltbarkeit, welche den Margarinproducten eigen ist, zeichnen sich dieselben gegenüber den Naturproducten auch durch ihren relativ geringeren Bacteriengehalt aus. Bezüglich des bacteriologischen Verhaltens von Naturbutter liegen interessante Mittheilungen von FRANZ LASAR im „Archiv für Hygiene", Bd. XIII, vor. Nach LASAR enthält 1 Grm. Naturbutter im Mittel den enormen Bacteriengehalt von 10—20 Millionen Keimen, ein Bacteriengehalt, welcher etwa um das 2—3fache denjenigen von Hauskäse und um das 10—20fache denjenigen von Emmenthaler Käse übersteigt. Leider ist die Zahl der bisher durchgeführten bacteriologischen Butteruntersuchungen noch zu gering, um angeben zu können, wie groß der Gehalt an saprophytischen Bacterien in einem bestimmten Quantum Butter sein darf, damit die Butter auch in bacteriologischer Hinsicht als ein gutes Product bezeichnet werden kann.

In jedem Falle geht aus den bisherigen Untersuchungen schon hervor, daß die Molkereiproducte in die Reihe der sehr bacterienreichen Nahrungsmittel gehören. Es ist zweifellos, daß der colossale Bacteriengehalt, den eine in chemischer und physikalischer Hinsicht brauchbare Naturbutter zuweilen enthält, schon mancherlei mehr oder weniger leichte Magen- und Darmerkrankungen zur Folge hatte. Es wäre daher durchaus wünschenswerth, wenn man bei der Begutachtung der Naturbutter sich nicht allein auf die chemische Beschaffenheit derselben beschränken, sondern auch — analog wie beim Wasser — die Ergebnisse der bacteriologischen Untersuchung berücksichtigen würde. Dies umsomehr, als in der Literatur bereits zahlreiche Angaben bezüglich der Anwesenheit von pathogenen Bacterien in den Molkereiproducten zu finden sind. Selbstverständlich muß sich dieselbe Forderung auch auf die Margarinproducte erstrecken; demzufolge sind nur solche Producte vom hygienischen Standpunkte als genußfähig zu bezeichnen, die den Anforderungen sowohl in chemischer, als in bacteriologischer Hinsicht entsprechen.

Vergleichen wir nunmehr das Naturschmalz mit dem Margarinschmalz, so müssen wir zunächst einen Nachtheil des letzteren Productes hervorheben, welcher darin besteht, schädliche Hitzegrade nicht anzuzeigen. Während bekanntlich geschmolzene Naturbutter selbst bei höheren Hitzegraden nicht so leicht talgig wird, respective nicht so leicht den Talggeruch annimmt, tritt beim Schmelzen von Margarinschmalz häufig der nichts weniger als angenehme Talggeruch hervor. Dieses Verhalten hängt mit dem Caseïn und Wassergehalt der Schmalzbutter zusammen, indem diese Substanzen beim Ueberhitzen gewissermaßen als warnende Indicatoren auftreten, während sie bei dem Margarin fehlen.

Dieser Uebelstand läßt sich allerdings leicht abhelfen, wenn man einfach dem Margarinschmalz vor dem Erhitzen eine Spur Wasser zusetzt.

Was nun die Verdaulichkeit und den Nährwerth des Margarins im Vergleiche zur Naturbutter betrifft, so finden wir über diese, in hygienischer und ernährungs-physiologischer Hinsicht so wichtige Frage nur spärliche Angaben in der Literatur.

Eine Commission der medicinischen Akademie in Paris, welche sich über Auftrag des französischen Ministeriums des Innern mit dieser Frage im Jahre 1880 beschäftigte, erklärte das Margarin als der Butter nicht gleichwerthig. Nach der Ansicht der Akademie werde das Margarin in Folge seines größeren Fettsäuregehaltes und in Folge der Schwierigkeit der Umwandlung zu einer Emulsion im Darme nur unvollkommen resorbirt. Leider finden wir über die Producte, mit welcher die erwähnte Commission ihre Versuche durchgeführt, keine nähere Angabe und kennen die Arbeiten nicht, durch welche die Commission zu dem soeben erwähnten Schlusse gelangte.

Wie wir schon wiederholt bemerkten, spielte die Qualität des Materials eine wesentliche Rolle in der Margarinerzeugung, und es ist nicht ausgeschlossen, daß das Versuchsobject der Commission noch verhältnißmäßig reich an Stearin- und Palmitinsäure war, worauf möglicherweise das obige Gutachten zurückzuführen wäre. Die angeblich schwierige Emulsion des Margarins im Darm konnten wir nicht constatiren, vielmehr haben wir bei einem zu Vergleichszwecken vorgenommenen künstlichen Versuche mit sogenanntem „Primissima Margarin" und Naturbutter unter dem Mikroskope die gleiche Emulsionsbildung beobachtet.

In dem umfassenden technischen Gutachten, welches dem deutschen Reichstage zu dem Gesetzentwurf, betreffend den Verkehr mit Kunstbutter, vorgelegt wurde, wird ausgeführt, daß das Margarin, respective die Kunstbutter hinsichtlich ihres Nährwerthes hinter der reinen Milchbutter nicht wesentlich zurückstehe, aber als etwas schwer verdaulich zu qualificiren sei.

Die gutachtliche Aeußerung stützt sich auf keine in der Publication angeführten wissenschaftlichen Experimente.

SELL [4]) gelangt zu dem Ergebnisse, „daß die aus dem Fette gesunder Thiere dargestellte Kunstbutter, abgesehen von einer vielleicht etwas geringeren Verdaulichkeit im Vergleich zur Milchbutter im Allgemeinen keine Veranlassung zu der Annahme gibt, daß sie auf die menschliche Gesundheit nachtheilig einwirken könne."

Nach Prof. UFFELMANN [5]) ist das Margarin, respective die Kunstbutter „beinahe ebenso verdaulich (96%) wie Naturbutter". Leider erfahren wir auch hier nicht, wie UFFELMANN zu dem Resultate von 96% gelangt ist. Prof. FLÜGGE sagt in seinem ausgezeichneten Werke: „Grundriß der Hygiene" (Verlag von Veit & Cie., 1889, pag. 294) kurz und bündig: „In Bezug auf die Ausnützung und die Bedeutung als Fettnahrung ist die Kunstbutter der Naturbutter gleichwerthig."

J. MAYER [6]) hat die Frage der Verdauung durch Ernährungsversuche zu lösen sich bemüht. Demzufolge wurde von 2 Personen beim täglichen Genusse von 62—70 Grm. Butter die Milchbutter bis auf 2%, die Kunstbutter bis auf 4%, also nur wenig schlechter verdaut.

Nach MAYER ist in Uebereinstimmung mit den vorstehenden Angaben „die Milchbutter leichter zu verdauen als Kunstbutter".

Auch von MAYER erfahren wir nicht, welche Qualität das zu seinen Versuchen verwendete Margarin besaß, aber abgesehen hievon, scheint es uns, daß eine so minimale Differenz wie 2%, die ohne Bedenken als ein möglicher Versuchsfehler hingestellt werden könnte, kaum zu der obigen Behauptung berechtigt.

HERDER empfiehlt in der „Milchzeitung" (1887, XVI, 360) die Verwendung des reinen, nicht zu Kunstbutterzwecken verarbeiteten Margarins zu Küchenzwecken auf Grund jahrelangen Gebrauches im eigenen Haushalte. (Schluß folgt.)

Aus der medicinischen Poliklinik des Professor Dr. Martius in Rostock.

Gastroptose und Chlorose.

Untersuchungen von **C. A. Meltzing**, praktischem Arzt.

(Fortsetzung.)

6. Frau F., 36 Jahre alt.

Gracil gebaute magere Person von blassem Aussehen.

Pat. gibt an, seit 6 Jahren an „Wasserbrechen" zu leiden, das im Anschluß an ein Wochenbett auftrat. Nachts erwacht sie häufig und hat dann den ganzen Mund voll Flüssigkeit, die sie ausspeien muß. Ihr Appetit ist stets ein guter gewesen, nur nach einigen bestimmten Speisen tritt Erbrechen ein. Die Kranke gibt ferner an, 6mal geboren zu haben.

[4]) „Ueber Kunstbutter. Ihre sanitäre Beurtheilung und die Mittel zu ihrer Unterscheidung von Milchbutter." (Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte, I, pag. 481—545).

[5]) UFFELMANN, „Handbuch der Hygiene", 1890, pag. 206 (Verlag von Urban & Schwarzenberg).

[6]) „Landwirthschaftliche Versuchsstation", 29, 215.

Die Menses sind regelmäßig. Ein Corset wird seit 12 Jahren getragen.

Durch die objective Untersuchung ist an Lunge, Leber, Herz und Nieren nichts Krankhaftes festzustellen. Der Hämoglobingehalt des Blutes betrug 80%. Sämmtliche Reflexe waren stark erhöht.

Die Motilität des Magens war eine normale, die Acidität eine bedeutend herabgesetzte. $1^1/_4$ Stunden nach dem Probefrühstück betrug sie 8; Lackmus + Congo —.

Durch die Untersuchung der im Laufe einer Nacht ausgespieenen, ungefähr 300 Cubikcentimeter betragenden, wasserklaren fadenziehenden Flüssigkeit wird festgestellt, daß dieselbe Mucin und Ptyalin enthielt.

Die Diagnose lautete: Neurasthenie, Anacidität, Ptyalismus.

Durch die im Stehen vorgenommene Durchleuchtung des mit 850 Cubikcentimeter Wasser gefüllten Magens wird ein respiratorisch sich eben bewegendes, sehr lichtstarkes Durchleuchtungsbild erzielt. Die obere Grenze entspricht dem unteren, 1 Querfinger über dem Nabel sich hinziehenden Leberrand. Die große Curvatur befindet sich in der rechten Parasternallinie 3 Querfinger unterhalb des Nabels, in der Mittellinie berührt sie die die beiden Darmbeinkämme verbindende Horizontale und steigt von hier zur 10. linken Rippe empor. Der Fundus des Magens wurde beim Herausziehen der Lampe bis zur 7. Rippe durchleuchtet. In Rückenlage konnte wegen Ungeberdigkeit der sehr aufgeregten Pat. leider nicht durchleuchtet werden (s. Fig. 7).

Fig. 7. (Fr. F.) Durchleuchtungsfig. des gefüllten Magens im Stehen.

Fig. 8. (Frau V.) Durchleuchtungsfig. des gefüllten Magens im Stehen.

Das Durchleuchtungsbild dieses Magens weicht insofern von der Norm ab, als der untere Leberrand außerordentlich tief steht. Dies kann entweder auf einer mit der aufrechten Körperhaltung verbundenen Lebersenkung oder auf einer durch den langjährigen Corsetdruck hervorgerufenen Umgestaltung des unteren Leberrandes beruhen. Ist das letztere der Fall, so ist es auch nicht unwahrscheinlich, daß dadurch die kleine Curvatur verlagert ist, und somit eine Gastroptose besteht. Daß dieselbe jedenfalls keine hochgradige ist, dafür spricht sowohl die durchaus normale Lage der großen Curvatur und des Fundus, wie auch der Umstand, daß die kleine Curvatur, wie die Durchleuchtung zeigt, noch von Leber überdeckt ist. Eine sichere Diagnose ist in diesem Falle also nicht zu stellen.

7. Frau V., 50 Jahre alt.

Pat. klagt über heftige, von der Magengegend in den Rücken ausstrahlende Schmerzen. Namentlich Nachts „rumort" ihr Magen so stark, daß sie nicht schlafen kann. Erbrechen und Störungen des Appetits sind jedoch nicht vorhanden.

Pat. hat 14 Partus durchgemacht und war bis vor 3 Jahren regelmäßig menstruirt. Ein Corset will sie nur zeitweise getragen haben.

Durch die objective Untersuchung der mageren, blaß aussehenden Pat. können krankhafte Veränderungen nicht festgestellt werden.

Die Bauchhöhle läßt sich wegen der stark erschlafften Bauchdecken außerordentlich gut abtasten. Man fühlt die Milz und beide respiratorisch nur wenig sich bewegenden Nieren an normaler Stelle. Die Pulsationen der Bauchaorta sind sichtbar und sehr gut palpabel. — Die Blutuntersuchung ergab einen Hämoglobingehalt von 68%.

Durch die Untersuchung des Magens wurde normale Motilität und Salzsäureproduction (A. $1^1/_4$ Stunde nach Probefrühstück durchschnittlich 40; Lackm. + Congo +) festgestellt.

Bei der im Stehen vorgenommenen Durchleuchtung des mit 1000 Cubikcentimeter Wasser gefüllten Magens verlief der gut sichtbare untere Leberrand fast horizontal von der linken 9. gegen die rechte 10. Rippe. Der tiefste Punkt der kleinen Curvatur befand sich in der linken Parasternallinie in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse (s. Fig. 8).

Die Deutung dieses Durchleuchtungsbildes ist aus gleichem Grunde wie die des vorigen, eine unsichere.

Daß jedenfalls die Pulsationen der Bauchaorta nicht deshalb sichtbar waren, weil sich eine Lücke zwischen kleiner Curvatur und unterem Leberrand befand, geht sowohl daraus hervor, daß die in den Magen eingeführte Lampe den vor der pulsirenden Aorta gelegenen Magentheil intensiv durchleuchtete, als auch daraus, daß nach starker Aufblähung des Magens die Pulsationen nicht mehr sichtbar und nur noch schwierig fühlbar waren.

II.

Magendurchleuchtungen chlorotischer Individuen.

8. Frl. M. R., 16 Jahre alt.

Pat. gibt an, seit ihrem 13. Lebensjahre an „Bleichsucht" zu leiden. Sie klagt über beständige Mattigkeit und über Gliederschmerzen, sowie über starke Unregelmäßigkeit der seit dem 14. Lebensjahre bestehenden Menstruation. Die Regel dauert meist 8 Tage und ist mit starkem Blutverlust verknüpft. — Seit drei Jahren trägt die Kranke ein Corset.

Durch genaue Untersuchung der mittelgroßen, blaß aussehenden Pat. wird festgestellt, daß Herz, Lunge, Leber und Nieren gesund sind. Die Blutuntersuchung ergibt einen Hämoglobingehalt von 70%. Der Magen war motorisch sufficient; A. $1^1/_4$ Stunden nach Probefrühstück = 60; Lackm. + Congo +. — Bei der Durchleuchtung des leeren Magens in Rückenlage erschien in der linken Mammillarlinie ein annähernd kreisrundes, zwischen 8. und 10. Rippe gelegenes Lichtbild. — Bei leerem Magen und im Stehen entstand eine streifenförmige Durchleuchtungsfigur, deren tiefster Punkt 2 Querfinger unter dem Nabel lag. Nach oben reichte dieselbe in der linken Mammillarlinie bis an die Percussionsgrenze des unteren Leberrandes.

Fig. 9. Minna R.

Normaler Magen.

— Durchleuchtungsfig. d. leeren Magens im Stehen.

... Durchleuchtungsfig. d. leeren Magens im Liegen.

Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Stehen.

... Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Liegen.

Bei 800 Cubikcentimeter Wasserfüllung und Rückenlage stimmte die obere Durchleuchtungsgrenze genau mit der in dieser Körperhaltung gefundenen Percussionsgrenze des unteren Leberrandes überein. Die große Curvatur erstreckt sich bei dieser Körperhaltung von der rechten 10. Rippe schräg nach abwärts und erreichte an der Kreuzungsstelle der Mittellinie und der zwischen den beiden Darmbeinkämmen gezogenen Horizontalen ihren tiefsten Punkt. Von hier stieg sie ziemlich steil zum linken Rippenbogen empor und zog sich in der mittleren Axillarlinie bis zur 8. linken Rippe hin.

Bei aufrechter Körperhaltung und 800 Cubikcentimeter Wasserfüllung hatte sich das ganze Durchleuchtungsbild mit sammt dem unteren Leberrand um 5 Centimeter nach unten verschoben. Im Uebrigen hatten die Grenzen denselben Verlauf wie bei Rückenlage (s. Fig. 9).

9. Adele K., 18 Jahre alt.

Die Kranke gibt an, seit einem Jahre an von der Magengegend nach dem Rücken hin ausstrahlenden Schmerzen zu leiden. Zeitweise will sie nach der Nahrungsaufnahme Erbrechen und saueres Aufstoßen gehabt haben. Sie klagt ferner über bei größeren Anstrengungen, namentlich dem Treppensteigen, eintretendes Herzklopfen und über Athemnoth. Pat. ist seit ihrem 15. Lebensjahre menstruirt, die Regel tritt unregelmäßig, etwa alle 6 - 10 Wochen ein und hält gewöhnlich nur einen Tag an.

Ein Corset wird seit 2 Jahren getragen.

Durch genaue Untersuchung der gracil gebauten, blass aussehenden, mittelgroßen Pat. wurde eine Erkrankung beider Lungenspitzen festgestellt, namentlich war links hinten oben der Lungenschall etwas verkürzt und erhöht, das Inspirium verschärft; daneben waren einzelne trockene und feuchte Rasselgeräusche hörbar. Durch die Untersuchung des spärlichen, schleimig-eitrigen Sputums konnte das Vorhandensein von Tuberkelbacillen nicht festgestellt werden.

An den übrigen Organen waren krankhafte Veränderungen nicht festzustellen. Der Hämoglobingehalt des Blutes belief sich auf 60%.

Der Magen war motorisch und secretorisch völlig sufficient. A. $1^1/_4$ Stunden nach Probefrühstück = 49; Lackm. + Congo +.

Fig. 10. Adele K.
Normaler Magen.
— Percussionsgrenze.
... Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Stehen.

Die bei aufrechter Körperhaltung und 1100 Cubikcentimeter Wasserfüllung vorgenommene Durchleuchtung des Magens zeigte ein sehr lichtstarkes, scharf conturirtes Bild. Die obere Grenze wurde von dem normal verlaufenden, respiratorisch sich nicht verschiebenden unteren Leberrand gebildet.

Sie verlief der bei der Rückenlage gefundenen Percussionsgrenze genau parallel und stand fast zwei Querfinger tiefer als diese. Nach rechts dehnte sich das Lichtbild bis zur rechten Mammillarlinie aus. Die untere Grenze hatte ihren tiefsten Punkt in der Mittellinie, handbreit über der Symphyse. Die Ausdehnung nach links konnte nicht genau festgestellt werden.

Der Fundus wurde beim Herausziehen der Lampe bis zur linken 8. Rippe mit durchleuchtet (s. Fig. 10).

(Schluß folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

E. Maragliano (Genua): **Heilung der Lungentuberculose mittelst des Tuberculose-Heilserums.**

Auf klinische Erfahrungen an einem gar nicht geringen Material gestützt, tritt M. mit den Resultaten seiner Versuche, der Lungentuberculose auf dem Wege der Serumtherapie beizukommen, an die Oeffentlichkeit („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 32). Bezüglich des von ihm gewonnenen und verwendeten Heilserums selbst legt sich M. eine gewisse Zurückhaltung auf; wir erfahren darüber nur Folgendes: Das Serum wurde von Hunden, Eseln und Pferden durch ein von dem bisher üblichen abweichendes Vorgehen gewonnen, indem nicht die Culturen lebender Bacillen, sondern „nur aus ihnen gewonnene, stark toxisch wirkende Principien, welche schon binnen 2—3 Tagen die Meerschweinchen tödten", verwendet wurden. M. hält es nicht für zweckmäßig, sich über die Art und Weise, wie die Impfungen vorgenommen wurden, weiter zu verbreiten.[1] Es wird nur erwähnt, „daß dieselbe (wer?) gänzlich von der antituberculösen Macht des Serums abhängig ist. Die Natur des Impfmaterials, Zeit und Dauer der Impfungen sind die hauptsächlichsten Factoren, die die Stärke des Serums ausmachen, dazu tragen noch die individuellen Verhältnisse der geimpften Thiere bei".

Die mit der Methode M.'s vorgenommenen progressiven Impfungen machten die Hunde für intravenöse Injectionen sehr activer menschlicher Tuberculose immun. Doch legt M. diesem Factor keinen großen Werth bei.

Um die Größe der antituberculösen Kraft eines Serums kennen zu lernen, ging es nicht an, die Neutralisation einer Quantität toxischen Materials mittelst einer bestimmten Quantität antituberculösen Serums als Ausgangspunkt zu nehmen, ähnlich wie bei Diphtherie. Vielmehr benützte M. den Menschen selbst, um die Stärke des Serums zu bestimmen. Zu diesem Zwecke unterzog M. die combinirte Wirkung des Serums und des Tuberculins einem näheren Studium. Wenn man einem an Tuberculose erkrankten Menschen Tuberculin und Serum in genügender Quantität einspritzt, so kommt weder eine locale, noch eine allgemeine Reaction zu Stande, während eine gleiche Quantität von Tuberculin allein eine locale und eine allgemeine Reaction hervorruft. Die Fähigkeit, die toxische Wirkung des Tuberculins zum Schwinden zu bringen, ist für M. nach dem heutigen Stande der Studien das beste Mittel, um über das Heilvermögen eines antituberculösen Heilserums urtheilen zu können.

Aus dem Studium der biologischen Wirkung des Tuberculose-Heilserums ist M. zu folgenden Erfahrungen gekommen:

Das Serum besitzt an und für sich keine specifische, sondern nur solche pyrogene Eigenschaften, die jedem anderen Serum zukommen und die nicht von der Qualität, sondern von der Quantität desselben abhängig sind. Auf den Circulationsapparat übt das Serum keinen directen Einfluß aus. Die Injectionen bedingen immer eine mehr weniger bedeutende Leukocytose. Der Urin bietet nach den Injectionen keine bemerkenswerthen Veränderungen. Die allgemeine Ernährung erfährt im Ganzen durch die Injectionen einen günstigen Einfluß.

M. bespricht weiters die Wirkung des Serums auf die verschiedenen Symptome der Tuberculose. Die Temperatur erfährt bei fieberlosen Tuberculösen bei Dosen von 1 Ccm. keine, bei größeren Dosen nur vorübergehende Erhöhungen. Uebrigens ändert sich die Reaction von einem Menschen zum anderen. Die Temperaturerhöhungen können 2—3 Tage lang anhalten, sind aber von keinen localen Symptomen in dem Krankheitsherd begleitet. Da die Pat. durch die Temperaturschwankungen nur gestört werden, ist es unnütz, sie hervorzurufen, und ganz unzweckmäßig, apyretischen Tuberculosekranken fiebererregende Dosen zu verabreichen. Bei fiebernden Tuberculösen bedingen Injectionen kleiner Dosen keine Veränderungen der Temperatur oder nur sehr geringe Erniedrigungen derselben. Die Injection großer Quantitäten erhöht die Temperatur augenblicklich auf 1—2 Tage; darauf nimmt sie wieder ab und man kann Kranke beobachten, die seit langer Zeit fieberten und nun auf einmal fieberlos bleiben. Was das Allgemeinbefinden betrifft, so geben die Pat. in Folge der Injectionen ein angenehmes fortschreitendes Wohlbefinden an. Ein günstiger Einfluß auf die localen Symptome ist zweifellos bei tuberculösen bronchopneumonischen Herden wahrzunehmen. Manchmal mit erstaunlicher Schnelligkeit, gewöhnlich aber bei nicht sehr ausgedehnten Läsionen binnen einem Monat ist der Herd sozusagen ausgetrocknet: kein Rasselgeräusch ist mehr zu hören, nur die Athmung behält ihren scharfen Charakter bei. Dieses günstige Resultat ist aber nur dann zu erreichen, wenn keine gleichzeitige Mikrobenassociation existirt. Es ist dann nothwendig, neben dem Serum zu anderen Hilfsmitteln zu greifen, die den Einfluß der pyogenen Bacterien bekämpfen können. Die zurückbleibenden Veränderungen, die sich durch veränderten Percussionsschall documentiren, bilden ein Caput mortuum, welches mit der Zeit durch vicariirende Alveolarektasien verschwinden kann. Der Husten läßt in Folge der verbesserten Localsymptome immer mehr nach, der Auswurf wird geringer, verschwindet zuletzt gänzlich, Bacillen sind in ihm nicht mehr zu finden.

M. geht nunmehr auf die Besprechung des von ihm behandelten Materiales über. Die Versuche wurden bei sämmtlichen Formen und

[1] Es wäre vielleicht doch „zweckmäßig" gewesen, gerade diesen Punkt nicht in geheimnißvolles Dunkel zu hüllen, da er die Basis und das eigentlich Neue der Arbeit bildet. Ref.

in allen Stadien der Lungentuberculose angestellt und haben folgende Resultate ergeben:

a) Fälle mit umschriebenen Herden, mit oder ohne leichtes Fieber, ohne oder nur mit wenig ausgedehnten Mikrobenassociationen kommen gewöhnlich zu einem positiven Wohlbefinden. Solche Fälle wurden im Ganzen 44 der Behandlung unterzogen; 24, bei welchen die Behandlung methodisch und bis zu ihrem Ende regelmäßig vor sich ging, konnten als gesund entlassen werden; die anderen 20 weisen sämmtlich eine größere Besserung auf, doch ist bei ihnen die Cur noch nicht beendet, und zwar zum Theil, weil sie erst seit Kurzem in Behandlung sind, zum Theil aber, weil sie sich als geheilt erachteten und die Fortsetzung der Behandlung verweigerten.

b) 14 Fälle mit diffusen broncho-pneumonischen Herden, ohne oder auch mit Fieber, aber mit wenig oder überhaupt mit keinen Mikrobenassociationen, haben sich alle wesentlich gebessert, und einige in wirklich auffälliger Weise. Keiner hat bis jetzt die Cur beendet, weil einige sich noch in Behandlung befinden, andere sich für geheilt hielten und sich der Behandlung entzogen. In diesen Fällen glaubt M. vollständige Heilung erzielen zu können, wenn man in der Cur weiter beharrt.

c) In 12 Fällen von diffusen Bronchopneumonien mit ausgedehnten Mikrobenassociationen ist der Erfolg der Behandlung mit dem Tuberculose-Heilserum allein ein sehr geringer gewesen. Doch ist niemals Verschlimmerung, eher eine kleine Besserung eingetreten.

d) Bei 6 Fällen von zerstörenden Bronchopneumonien mit Cavernensymptomen wurde durch das Serum manchmal etwas Besserung verschafft.

Was die Frage nach der Dauer der Heilerfolge betrifft, so glaubt M. darauf eine positive Antwort geben zu können. Man darf allerdings die Injectionen nicht aussetzen, sobald die objectiven und subjectiven Symptome geschwunden sind. Bei einigen Pat., bei welchen die Behandlung so lange fortgesetzt wurde, als es nothwendig erschien, ist der Erfolg schon seit zwei Jahren anhaltend; bei anderen, die sich zu frühzeitig der Behandlung entzogen, sind wieder bronchopneumonische Herde aufgetreten. Die Frage, ob die Heilung eine wirkliche ist, muß in demselben Sinne beantwortet werden, wie bei der Syphilis. Sobald alle krankhaften Erscheinungen verschwunden sind, hat man das Recht, den Kranken als vorläufig geheilt zu betrachten.

Mit Nachdruck hebt M. hervor, daß man die neue Heilmethode nicht beurtheilen könne, wenn man sie gegen vorgeschrittene Formen anwende. Die antituberculöse Serumtherapie kann nur dann von Nutzen sein und zu einem Heilerfolg begründete Hoffnung geben, wenn in den Lungen keine zerstörenden Processe vor sich gehen. Die Dauer der Krankheit ist nur von untergeordnetem Werth, wichtig ist aber ihre Ausdehnung, ihre Intensität und ihre Natur. Am ungünstigsten verhalten sich die Fälle mit Mischinfection. Das einzig und allein durch den Tuberkelbacillus bedingte Fieber kann, wenn es auch sehr stark auftritt, durch die Injectionen des Heilserums überwunden werden; sehr ungünstig sind aber die durch Mikrobenassociation bedingten septischen Fieberarten.

Die Serumtherapie der Tuberculose besitzt keine Contraindication, sie kann immer nützlich, aber nie schädlich sein.

Was nun die Ausführung der Methode betrifft, so injicirt man bei fieberlosen Formen jeden 2. Tag 1 Ccm. durch 10 Tage; man injicirt dann diese Dosis täglich und nach weiteren 10 Tagen 2 Ccm. per Tag u. s. f. Bei Fällen mit geringem Fieber verfährt man auf dieselbe Weise. Bei hohen Temperaturen versuche man zunächst eine große Dosis, z. B. 10 Ccm., in einer einzigen Sitzung. Man wartet dann 3 Tage, um zu sehen, ob das Fieber nachläßt; ist dies der Fall, so fährt man mit täglichen Dosen von 1—2 Ccm. fort, wenn aber das Fieber anhält, injicirt man nach 8 Tagen neuerdings 10 Ccm. u. s. f. Der günstige Effect der Injectionen zeigt sich oft schon nach 2 Wochen; in anderen Fällen kann es aber auch 8 Wochen dauern. Wenn die Besserung soweit vorgeschritten ist, daß die Pat. geheilt scheinen, soll die Behandlung mindestens noch 1 Monat fortgesetzt werden, ja es ist rathsam, mindestens ein Jahr lang mit den Injectionen, und zwar in der Menge von 1 Ccm. pro Woche, fortzufahren.

Die Injectionen werden am zweckmäßigsten an Stellen mit laxem Unterhautbindegewebe gemacht. M. wählt die hintere Achsellinie an der Basis des Thorax. Die Einspritzungen verursachen keinen Schmerz und gewöhnlich auch keine Reaction.

Ob die Injectionen prophylactischen Werth haben, kann M. noch nicht genau angeben, doch hat er Grund, dies anzunehmen.

Von der üblichen hygienischen Behandlung darf man, besonders bei schweren Fällen, absolut nicht absehen.

Zum Schlusse faßt M. seine Ansicht dahin zusammen, daß man mit einem zweckmäßig bereiteten Tuberculose-Heilserum bei umschriebenen und fieberlosen Formen der Lungentuberculose glänzende Erfolge, in den schwereren Fällen oft bemerkenswerthe Besserungen erreichen kann. Bs.

KAMENSKI (St. Petersburg): **Eine neue Methode der Erlangung des Magensaftes.**

K. hielt in der Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte („Wratsch“, 1895, Nr. 12) einen Vortrag über obiges Thema mit nachfolgender Demonstration seiner Methode am Hunde. Dieselbe hat vor den anderen bisher üblichen den Vorzug, weder eine besondere Technik noch eine ausschließlich klinische Darstellung zu beanspruchen und wird folgendermaßen ausgeführt:

An der linken Seite des Abdomens, in der Gegend des freien Randes der letzten Rippe, werden die Muskeln schichtenweise zugleich mit dem Peritoneum durchschnitten. Darauf wird mit 2 Pincetten der Magen erfaßt und der Fundus aus der Wunde hervorgezogen, der seröse Ueberzug mit oberflächlichen Suturen in der Wunde fixirt, die übrige Wand mit tieferen Nähten erfaßt und umbunden. In dem so erzeugten Bruch wird eine Incision gemacht und eine gewöhnliche Fistelcanüle eingeführt.

Zu Gunsten dessen, daß wirklich ein Theil des Magens im Spiele ist, spricht Folgendes:

1. Die Abscheidung des Saftes erfolgt auch dann, wenn das Thier auf die rechte Seite gelagert ist. 2. Die Reinheit des Saftes. 3. Bei Milchernährung wird der Saft reinem, klarem Wasser ähnlich. 4. Die negativen Daten, die bei Einführung von Fe-Cyankalium in den Magen und bei nachfolgender Untersuchung des Saftes mit Eisenchlorid sich ergeben. 5. Die Acidität des Saftes steigt zuweilen bis 0·62 — die verdauende Kraft bleibt die gewöhnliche.

Mit Hilfe dieser Methode gelang es, auch beim Kaninchen Magensaft zu erlangen, was nach CLAUDE BERNARD durch andere Methoden nicht gelingt.

Besondere Wichtigkeit hat die Methode in Hinsicht darauf, daß der gewonnene Saft sehr rein ist und ferner bei Anlegung künstlicher Magenfisteln am Menschen Verwendung finden kann.

Dr. J. G.

Compendium der praktischen Toxikologie. Zum Gebrauche für praktische Aerzte und Studirende. Von **Prof. Dr. Rudolf Kobert** in Dorpat. Stuttgart 1894, Ferdinand Enke.

Kurzes Lehrbuch der Toxikologie. Für Studirende der Medicin und praktische Aerzte. Von **Dr. Hans v. Wyß** in Zürich. Wien 1895, Franz Deuticke.

Die Mehrzahl der in Deutschland und Oesterreich prakticirenden Aerzte hat an der Universität keine specielle Ausbildung in der Toxikologie erhalten und deshalb dürften ihnen kleine, übersichtlich zusammengestellte Darstellungen der Toxikologie sehr erwünscht sein. Auch den Studirenden der Medicin wird eine rasche Orientirung über die Giftwirkung als Ergänzung der Pharmakologie willkommen sein.

Unter den beiden hier vorliegenden Compendien der Toxikologie ist das KOBERT'sche Buch zum dritten Male aufgelegt; gegenüber der vorigen Auflage hat es seine Gestalt vollständig geändert, indem es 24 sehr instructive Tabellen bringt, welche die Aehnlichkeiten und Unterschiede zusammengehöriger Gifte auf den ersten Blick erkennen lassen, 8 weitere Tabellen geben eine Uebersicht der toxikologisch interessanten Stoffwechselproducte, der toxikologisch interessanten Pflanzen und Thiere, sowie eine Uebersicht der phar-

makologisch wichtigeren Reactionen, welche nach ihren Autoren bezeichnet werden.

Auch das WYSS'sche Buch ist in zweckmäßiger Weise angeordnet und klar geschrieben; es enthält in knapper Fassung das theoretisch und praktisch Wichtigste aus der Toxikologie und wählt aus dem reichen Stoff mit glücklichem Blick das aus, was von der klinischen Beobachtung und der experimentellen Forschung als gesichertes Gut betrachtet werden darf. w.

Anleitung zur mikrochemischen Analyse. Von **H. Behrens**, Professor an der polytechnischen Schule in Delft. Mit einem Vorwort von **Prof. S. Hoogewerff** in Delft. Mit 92 Figuren im Text. Hamburg u. Leipzig 1895, Leopold Voß.

Das vorliegende Buch ist ein interessanter Beweis dafür, daß ein talentvoller Forscher auch auf scheinbar abgebautem Gebiete Neues hervorzubringen vermag. Es liefert eine Sammlung origineller Methoden, um auf mikrochemischem Wege anorganische Verbindungen zu analysiren. Diesen Vorschriften folgend, hat der Chemiker nur ein Mikroskop mit 50—100facher Vergrößerung und ein Kästchen mit Reagentien nöthig, das in kaum einem Cubikdecimeter alles Erforderliche für zahlreiche Analysen enthält, um rasch und sicher complicirte Gemenge zu untersuchen und auch diejenigen Substanzen leicht aufzufinden, welche auf dem gewöhnlichen Wege nur mit Aufwand von viel Mühe und viel Zeit entdeckt werden können. Insbesondere werden sich diese Methoden sehr bald an Stelle der spectralanalytischen Methoden Eingang in die Praxis verschaffen. Der Verf. verspricht, in kurzer Zeit eine Darstellung der mikrochemischen Methoden organischer Verbindungen der Oeffentlichkeit zu übergeben; wir hoffen, daß er sein Versprechen einlösen und damit auch dem Histologen und Experimentalpharmakologen Gelegenheit zur Benützung seiner mikrochemischen Reactionen geben werde. w

---

Feuilleton.

Der Geist der Heilkunde und ihre Beziehung zur socialen Frage.

IV.

Alle staatliche und communale Fürsorge um die öffentliche Gesundheit, welche wir im vorigen Abschnitte skizzirt haben, muß unter Zusammenwirken der berufenen Fachmänner erwogen, in klaren Gesetzen dargestellt, in stetiger Arbeit, mit nie erlahmender Energie, in Stadt und Land in großem Style durchgeführt werden. Neben fundamentalen, überall passenden Vorschriften heißt es individualisiren und nicht nach der Schablone vorgehen.

Die Volkshygiene hängt mit der socialen Frage innig zusammen. Wenn auch diese nach den Erfahrungen der Geschichte und angesichts der menschlichen Schwäche des Eigennutzes und der Habsucht in absehbarer Zeit keine endgiltige Lösung verspricht — denn dies wäre das goldene Zeitalter —, so kann dennoch ein steter beglückender Fortschritt in den Culturstaaten nicht geleugnet werden. Alle Bestrebungen der Volkshygiene und der socialen Frage sind Ausflüsse der Humanität. Andererseits sind es tiefe Schatten, die sich um die bessere Regung der Menschenseele lagern. Umso zäher muß der Kampf gegen Aberglauben, Unwissenheit, Vorurtheil, Indolenz und Egoismus durchgefochten werden.

Wir wollen aus der Fülle der Sanitätsvorsorgen nur zwei herausheben.

Da ist zuerst die große Frage der M a s s e n e r n ä h r u n g, der Beschaffung billiger und guter Lebensmittel; zweitens die W o h n u n g s f r a g e, die Sorge für gesunde, solide, im Preise erschwingliche Wohnungen.

Die für die Märkte erforderlichen Quantitäten, die Fluctuationen bezüglich Ueberschusses oder Mangels, die Ursachen der Preissteigerung oder Verbilligung der Lebensmittel, ob Freihandel oder Schutzzölle vorzuziehen sind, können wir Aerzte nicht beurtheilen, wir wissen nur, daß der Einfluß dieser Factoren auf die allgemeine Gesundheit ein unermeßlicher ist. Wir stehen aber in banger Sorge, wenn die F o l g e n verschuldeter oder unverschuldeter Maßnahmen, Armuth, Hungersnoth, Krankheiten die sanitäre und ärztliche Abwehr herausfordern. Leider verdanken wir den Fortschritten der Chemie und der Concurrenz der Producenten massenhafte Fälschungen von Nahrungsmitteln und Getränken, welche unseren minder gelehrten Vorfahren, die dabei noch sehr naiv und plump zu Werke gingen, gänzlich unbekannt waren. Es ist haarsträubend zu lesen, was für ein Brod bei der großen Hungersnoth des Jahres 1892 in Rußland zur Vertheilung kam, trotzdem es an internationaler und heimischer Hilfe keineswegs gefehlt hat.

Welche Unmassen werthloser oder geringwerthiger Surrogate und Conserven werden auf den Markt geworfen und den breiten Volksschichten, den Truppen, den Spitälern als Kraft- und Nahrungsmittel angewiesen. Wenn nur keine gesundheitsschädlichen Beimengungen nachzuweisen sind, so genügt dies, um die Concession zu erwerben. Ob der Nährwerth dem Verkaufspreise entspricht, ob der Handelsartikel den Namen eines Nahrungsmittels überhaupt verdient, darum kümmert sich kein Mensch. Und erst die Getränke! Vom ordinärsten Branntweine bis zum fashionablen Cognac, von dem einfachen Landweine bis zu den Ausbrüchen, Secten, moussirenden Weinen mit ihren verführerisch klingenden Titeln, ist alles mehr weniger durch Zusätze gefälscht oder chemisches Kunstproduct, billig in der Erzeugung, unverschämt im Verkaufspreise und mit den auf natürlichem Wege in rationeller Oekonomie gewonnenen Getränken in keiner Weise zu vergleichen.

Wir wollen das abstoßende Bild nicht weiter ausführen, sondern nur Folgendes bemerken:

1. Die Volksernährung ist eine internationale Frage von souveränster Wichtigkeit, sie ist der Brennpunkt der socialen Frage, ihre Lösung wäre die schönste Bethätigung echter Menschlichkeit und Nächstenliebe.

2. Es ist die Pflicht der Regierungen, durch gegenseitige Verträge und Zollconventionen, eventuell durch Freihandel, die ungeheure Production des Erdballs an Nahrungsstoffen und Nahrungsmitteln zur Erzielung einer rationellen und ausreichenden Volksernährung heranzuziehen.

3. Es ist die Pflicht der Sanitätsbehörden, die auf den Markt gebrachten Nahrungsmittel und Getränke und ganz besonders die diesbezüglichen Erzeugnisse der chemischen Industrie, nicht nur vom Gesichtspunkte der Zulässigkeit oder offenkundigen Gesundheitsschädlichkeit, sondern auch nach ihrem wirklichen Nährwerthe zu beurtheilen und dementsprechend vorzugehen.

Die großen Fortschritte der Technik haben eine vollständige Umwälzung in den W o h n u n g s b a u t e n hervorgerufen. Die kühnsten Forderungen der Hygieniker scheinen sich verwirklichen zu sollen. Alles drängt nach Raum, Luft, Licht, Wärme, Trockenheit; in allen Städten werden alte Häuser abgetragen oder renovirt, es wird für Trink- und Nutzwasser, Bade- und Waschkammern, Canalisirung, Wasserspülung, Ventilation, manchmal auch für Gartenanlagen Sorge getragen. Dementgegen ist die Wohnungshygiene in kleinen Städten und Ortschaften, am flachen Lande und im Gebirge die denkbar schlechteste. Armuth, Mangel an privaten und communalen Mitteln, Indolenz, der stete Kampf mit der Natur und um das tägliche Brod sind die Ursachen. Da Alle, Groß und Klein, tagsüber bis zur Erschöpfung zu arbeiten haben, so sind ihre Wohnungen eigentlich nur Schlafstätten, gewöhnlich der allerschlechtesten Art. Nur die einfache Lebensweise, der stete Aufenthalt in freier Luft, die Stählung der Muskeln in harter Arbeit lassen den gesundheitsschädlichen Einfluß primitiver Wohnstätten nicht aufkommen.

Aber auch unsere städtischen Zinscasernen haben neben allen guten Einrichtungen manche Schattenseiten. Hat noch Niemand an die enorme Schädlichkeit von S o u t e r r a i n w o h n u n g e n gedacht? Wenn auch die hohe Hauszinssteuer und der hohe Preis der Baugründe die äußerste Ausnützung des Raumes erfordern, so darf dies auf Kosten der Gesundheit von Familien, die gewöhnlich zu den ärmsten gehören, nicht zugegeben und sollte wenigstens für künftige Bauten verboten werden. Weiters ist zu bemerken, daß die Mauern

der neuen Häuser sehr dünn sind, alter Schutt beim Baue oft verwendet wird, die Luft in schmalen Lichthöfen und todten Winkeln stagnirt, für ausreichende, gleichmäßige, nicht belästigende Ventilation nur unvollkommen gesorgt ist. Ebenso unzureichend sind die Vorsorgen gegen Kälte, Luftzug, Feuchtigkeit, Rauch- und Verbrennungsgase.

Die Bauvorschriften enthalten sehr stricte Bestimmungen über die Nichtbenützung neuer Häuser, aber wer mit den Verhältnissen vertraut ist, weiß, daß diese Bestimmungen umgangen und nicht vollständig trockene Häuser mit Vorliebe gesucht werden, weil der geringere Anfangszins viele Miether anlockt. Im Sommer soll der Sonnenschein, im Winter der Ofen nachhelfen, um die dem Baumateriale noch anhaftende Feuchtigkeit auszutreiben. Und da haben wir die Quelle mannigfacher Leiden bei jenen Hausbewohnern, die selten herauskommen und noch dazu, wie gewöhnlich, die geschworenen Feinde ausgiebiger Lüftung sind.

Am Schlusse dieser durchaus nicht erschöpfenden Betrachtung sei es gestattet, auch hier einige leitende Gesichtspunkte aufzustellen:

1. Die Wohnungsfrage ist nicht minder, wie jene der Volksernährung von hervorragender Wichtigkeit.

2. Die Baubehörden haben die Ueberwachung der Neu- und Umbauten auch bezüglich der Durchführung aller hygienischen Vorschriften zu handhaben.

3. Die Sanitätsbehörden sind nicht nur zur Abgabe von Salubritätsgutachten berufen, sondern ihre Aussprüche sollen mit entscheidend sein.

4. Der Staat soll in der Steuerbemessung auch bei längerem Bestande der für Handwerker und Arbeiter ausschließlich bestimmten Wohngebäude nach großen nationalökonomischen Gesichtspunkten vorgehen.

5. Die Erbauer billiger, solider und gesunder Wohnhäuser, welche für obengenannte Volksclassen bestimmt sind, sollen mit Staatspreisen ausgezeichnet werden.

Kleine Mittheilungen.

— Ein wenig gekanntes Symptom der Hysterie stellt die sogenannte **hysterische Mamma** dar. Von FABRE wurde dieses Symptom unter die mit der Hysterie zusammenhängenden trophischen Störungen eingereiht, und zwar scheint es dem gleichfalls unter hysterischem Einfluß entstehenden Oedem nahe zu stehen. GILLES DE LA TOURETTE veröffentlicht in der „Nouvelle Iconographie de la Salpétrière" (1895, pag. 107) eine Studie über diese Erscheinung. Darnach ist die hysterische Brust nicht allzuselten, aber noch wenig gekannt. Beim Manne kommt sie überhaupt nie zur Beobachtung. In der Aetiologie spielt eine Contusion der Mamma oft eine Rolle. Im Allgemeinen stellt diese hysterische Affection der Brust eine bleibende oder vorübergehende Volumsvermehrung des Organs dar mit beträchtlicher Hyperästhesie der Haut der Mamma. Im Momente des Anfalles schwillt die Mamma an, die Brustwarze erigirt sich, das ganze Organ vergrößert sich beträchtlich und kann das Doppelte seines ursprünglichen Volumens annehmen. Die Hyperästhesie der Haut wird so groß, daß die Pat. nicht einmal das Reiben des Hemdes vertragen. Oft bleibt der Schmerz, über den die Patienten klagen, nicht localisirt, sondern strahlt in die Achsel aus und kann von Erscheinungen der hysterischen Angina pectoris begleitet sein. In dem Momente, wo die Anschwellung der Brust ihr Maximum erreicht hat, kommt es gewöhnlich zu hysterischen Krampfanfällen. Die Hautdecke der Brust zeigt je nach dem Falle ein verschiedenes Aussehen; sie kann das Weiß, Rosa oder Violett des hysterischen Oedems annehmen. So leicht die Diagnose der hysterischen Mamma zu sein scheint, wurden gleichwohl schon wegen dieser Affection Amputationen vorgenommen. Uebrigens ist der blutige Eingriff nicht im Stande, die Schmerzen zum Schwinden zu bringen. Wirklich schwierig wird die Diagnose, wenn sich zu den obigen Symptomen Ulcerationen der Haut und besonders der Mammilla gesellen, Zeichen, die ja in erster Linie für einen malignen Tumor der Brust sprechen. Der Autor führt zwei solche Beispiele an. Im ersten Falle wurde bei einer Patientin „ein Brustkrebs geheilt, durch Application von Erde, gesammelt am Grabe des Diaconus Paris". Im zweiten Falle handelte es sich um eine exulcerirte hysterische Brust, bei welcher ein Krebs diagnosticirt worden war. Dieser Fall wurde durch Suggestion geheilt.

— Dr. G. LEBEDEW empfiehlt **zur Behandlung der Endometritis blennorrhagica** intrauterine Injectionen einer Mischung von Alumnol und Tinctura jodi. Zur Injection bedient sich L. der BRAUN'schen Spritze und folgender Lösung:

Rp. Alumnol . . . . 2·50
Tinct. jodi
Alcohol. . . . . aa. 25·0
S. Aeußerlich.

Mit diesem Verfahren hat L. 5 Fälle der gynäkologischen Klinik in Tomsk („La sem. méd.", 1895, Nr. 37) behandelt, bei welchen es sich um gonorrhoische Endometritis und Adnexläsionen handelte. Durch diese Behandlung wurden der eiterige Ausfluß, die Schmerzen, die Hämorrhagien, das Fieber gebessert, und die Resorption der periuterinen Exsudate wurde in offenkundiger Weise beschleunigt.

— In seiner Inaugural-These berichtet Dr. R. BOUQUIN („La sem. méd.", 1895, Nr. 37) über die **Behandlung der Fettleibigkeit mit Thyreoïdin.** Seiner Arbeit liegen drei Beobachtungen zu Grunde. Zwei Kranke nahmen das Extract der Hammelschilddrüse in Dosen von 0·1—0·4 Grm. pro die in Kapseln oder Pillen. Die dritte Kranke bekam jeden Abend in der Suppe 2·50 Grm. frischer Schilddrüse vom Hammel, vom Rind oder vom Kalbe, in kleine Stücke geschnitten. In diesem Falle ließ sich constatiren, daß die Schilddrüse vom Hammel weniger wirksam war, als die des Rindes oder Kalbes. In allen Fällen hat die Beobachtung gelehrt, daß unter dem Einfluß des Thyreoidins eine beträchtliche Abmagerung eintrat und die mit der Fettsucht in Zusammenhang stehenden Beschwerden verschwanden.

— Auf eine schon seit langer Zeit bekannte, aber, wie es scheint, wieder etwas in Vergessenheit gerathene Krankheitserscheinung macht Dr. MAX BREITUNG (Coburg) in der „D. Med.-Ztg." (1895, Nr. 60) aufmerksam, nämlich auf den **Ohrhusten.** Auch die Ohrenärzte dürften seltener zur Kenntniß dieser Fälle gelangen, da die Pat., den Zusammenhang zwischen Husten und dem Ohre nicht ahnend, special-ärztliche Hilfe nicht aufsuchen. Es ist bekannt, daß manche Menschen beim Einführen des Ohrtrichters husten müssen, und zwar ist es nach den Erfahrungen B.'s hauptsächlich die hintere Gehörgangswand, welche auf Reize aller Art mit Husten reagirt. Schon TRÖLTSCH hat darauf hingewiesen, daß der Ohrhusten leicht zu der irrthümlichen Annahme einer beginnenden Lungentuberculose führen könne. Darin liegt aber die Wichtigkeit des Ohrhustens. Die Fälle, auf welche sich B. bezieht, zeichneten sich alle dadurch aus, daß sich die Pat. aus Besorgniß über den langdauernden Husten und aus Furcht vor der beginnenden Lungenerkrankung in höchst gedrückter Stimmung befanden. Uebereinstimmend wurde von den Kranken angegeben, daß der Husten anfallsweise in Form von Kitzelhusten auftrete, daß nur mühsam geringe Mengen zähen Schleims ausgehustet würden, daß ab und zu der Husten mit Erbrechen sich verbände. Die sorgfältige Untersuchung des Thorax ergab völlig normale Verhältnisse. Hingegen fand sich in allen Fällen mehr oder weniger ausgedehnte Plombirung eines Gehörganges mit harten Ohrschmalzpfröpfen, welche aber keinerlei Störungen seitens des Gehörorganes bewirkten. Nach seinen bisherigen Erfahrungen hatte nun B. allen Grund anzunehmen, daß diese Cerumenanhäufungen für den Husten verantwortlich zu machen seien. Zum Zwecke der Freimachung des Gehörganges wurden die Pfröpfe zunächst mit Mentholvasogene erweicht, welches sich zu diesem Zwecke ganz besonders eignet, und dann nach leichter Abhebelung von der Gehörgangswand durch Ausspritzen entfernt. Der Husten ist in allen Fällen dauernd ausgeblieben, es wurde complete Heilung erzielt.

— Ueber ein neues, von NENCKI hergestelltes Antisepticum, das **Parachlorophenol,** und seine Anwendung in der Chirurgie berichtet Prof. GIRARD in Bern („Rev. méd. de la Suisse rom." und „Berl. klin. Wochenschr.", 1895, Nr. 32). Das genannte Mittel stellt einen bei gewöhnlicher Temperatur krystallinischen, leicht in Alkohol und Aether, schwer (zu 1·3%) in Wasser löslichen Körper

dar; mit Alkoholzusatz erzielt man leicht stärkere Lösungen. Seine antibacteriellen Eigenschaften sind schon durch KARPOW (Dorpat), wesentlich an Milzbrandsporen, geprüft; die 2%ige Lösung ist etwas schwächer als Sublimat $^1/_{1000}$, erheblich stärker als Phenol oder Kresol 5%. Die Giftigkeit dagegen scheint sehr viel geringer zu sein. G. hat das Mittel bei circa 200 Operationen angewandt. Die 1%ige Lösung hatte auf frische Wunden eine sehr günstige Wirkung (die 2%ige schien stärker zu reizen), in keinem Fall führten Ausspülungen selbst großer Höhlen (Kropf etc.) irgend welche Vergiftungserscheinungen herbei. Instrumente lassen sich gut und ohne Schaden desinficiren. Die Hände greift das Mittel weniger an als Sublimat oder Carbol. Dem Lysol und Solveol zieht G. das Parachlorophenol, namentlich wegen der chemischen Exactheit der Dosirung, vor. — Weiters empfiehlt G. zum innerlichen Gebrauch das **Chlorosalol** (den von NENCKI hergestellten Salicylester des Chlorophenols), welches ähnliche Wirkungen, namentlich bei Cystitis, entfalten soll wie das Salol, dieses aber meist noch übertreffen soll (Tagesdose 4–6 Grm.); auch einige Fälle von infectiösem Fieber und von Diarrhoe wurden günstig beeinflußt.

— Die von FONTAN in Toulon angegebene Methode der **Bubonenbehandlung mit Injectionen von Jodoformvaselin** hat RULLIER („Ctbl. f. Chir.", 1895, Nr. 30) in einer Reihe von Fällen, von welchen er 7 ausführlicher mittheilt, versucht und empfiehlt sie auf Grund seiner Erfahrungen. Das Verfahren gestaltet sich folgendermaßen: Nach der Punction der Bubonen mit der Lancette oder feinem Bistouri wird aller Eiter herausgedrückt, worauf R. trotz der eventuellen starken Schmerzhaftigkeit großes Gewicht legt, und die Wundhöhle mit 1‰iger Sublimatlösung ausgewaschen. Alsdann wird 10%iges Jodoformvaselin, welches durch warmes Wasser von 50° verflüssigt wird, in solcher Menge eingespritzt, daß die Höhlung gerade ausgefüllt ist. Schon am nächsten Tage kann der Pat. nach R. ohne Schmerzen aufstehen, die noch bestehende Fluctuation der Bubonen beruht auf der Füllung mit Vaselin, welches in einigen Tagen ganz resorbirt wird. Die mittlere Heilungsdauer beträgt, wie R. angibt, 6—7 Tage, höchstens 15. Nur in den schwersten Fällen mit ausgedehnter Zerstörung der Haut soll die Methode im Stiche lassen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

63. Jahresversammlung der British Medical Association.

Gehalten zu London vom 30. Juli bis 2. August 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

E. H. FENWICK (London): **Die chirurgische Behandlung der Blasentumoren.**

Vortr. bespricht zunächst die Differentialdiagnose zwischen Blasentumoren und Blasensteinen. Sie ist nicht immer leicht. Obwohl die gutartigen Papillome der Blase durch periodische Blutungen, die mit dem normalen Harn und ohne Schmerzen und nachweisbare Ursache auftreten, hinlänglich charakterisirt sind, kommen analoge Symptome auch bei der Vesicolithiasis vor. Die benignen Papillome der Blase lassen sich in zwei Gruppen eintheilen: Obstruirende Papillome und nicht obstruirende Papillome, letztere sind die weitaus häufigeren. Bei beiden Gruppen ist ein besonderes Gewicht darauf zu legen, daß die Kranken nicht zum Zwecke der Constatirung eines Steines sondirt werden. Bei nicht obstruirenden Tumoren sind die Symptome, besonders wenn es sich um Männer unter 50 Jahren handelt, von denen der Blasensteine so gründlich verschieden, daß man niemals zur Sondirung wird greifen müssen. Nur die im späteren Alter auftretenden kleinen Harnsäuresteine, welche sich hinter einer hypertrophischen Prostata verschanzen, können leicht die Symptome eines Blasentumors vortäuschen. In Fällen von obstruirendem Blasentumor wird eine exacte Analyse der Anfangssymptome immer eine Differentialdiagnose ermöglichen und die unangenehmen Consequenzen eines Explorativkatheterismus vermeiden lassen. Hingegen empfiehlt sich in jedem Falle, in welchem Verdacht auf Blasentumor besteht, die cystoskopische Untersuchung vorzunehmen, und zwar zwischen zwei Blutungen in dem Momente, da die Blase mit Urin gefüllt ist. Die besten Resultate für die operative Behandlung haben erwiesenermaßen jene Kranken gegeben, welche vorher niemals sondirt worden waren. Am sichersten geht man in der Weise vor, daß man die Exploration der Blase und die Operation in einer Sitzung ausführt. In allen Fällen, in welchen der cystoskopischen Untersuchung unmittelbar die Operation folgte, war der Erfolg ein günstiger. Dasselbe gilt übrigens auch für die Steinoperationen.

Die gestielten Papillome der Blase scheinen bei Frauen häufiger vorzukommen als bei Männern. Viele dieser Tumoren können leicht durch die dilatirte Urethra entfernt werden. Wenn aber die Tumoren breit aufsitzen oder einen dicken Stiel besitzen, muß man durch das Septum vaginale hindurch oder auf dem suprapubischen Wege operiren. Dieses letztere Verfahren empfiehlt sich auch am besten beim Manne. Wenn es sich um einen mehr weniger gut gestielten Tumor handelt, geht man am besten mit der Abtragung an der Implantationsstelle mittelst Excision oder Ecrasement vor. Die Curette empfiehlt sich nur für die Fälle von ungestielten Tumoren oder für die secundären Knoten. Wichtig ist eine complete Blutstillung, noch bevor der Pat. den Operationstisch verläßt. Zu diesem Zwecke dient entweder die Ligatur, deren Enden man aus der Blase heraushängen läßt, oder die Rothglühhitze. Bei kleinen ungestielten Tumoren der Blase, wenn sie sich bei Männern unter 35 Jahren finden, zögert F. oft mit der Abtragung, da die Erfahrung lehrt, daß solche Tumoren in der Regel sehr langsam wachsen. Im Allgemeinen kann man sagen, daß gutartige, nicht obstruirende Tumoren der Blase umso dichter sind, je älter sie sind.

Was nun die malignen Tumoren der Blase betrifft, so können die harten Carcinome, welche eine langsame Entwicklung zeigen und nur in isolirten Herden auftreten, mit einiger Aussicht auf Dauererfolg operirt werden, zumal wenn man die Basis des Neoplasmas und das darunterliegende Gewebe mit großer Sorgfalt entfernt hat. Ein unvollständiger Eingriff ist hingegen nur geeignet, die Entwicklung des Tumors zu fördern. Die malignen Neoplasmen am Trigonum oder in dessen Nähe sollen überhaupt nicht operativ angegangen werden. Wenn sie einen Verschluß des Orificium internum herbeiführen, empfiehlt sich die hypogastrische Drainage. Neoplasmen, die in Form einer Infiltration der Blasenwand auftreten, können durch die Rectaluntersuchung oder durch bimanuelle Untersuchung in der Narkose diagnosticirt werden. Disseminirte Tumoren, welche mit Hilfe des Cystoskops constatirt werden können, sind inoperabel.

F. hat im Ganzen 70 Exstirpationen von Blasentumoren ausgeführt. 5 von den Operirten sind gestorben, und zwar 2 im unmittelbaren Anschluß an den Eingriff, und 3 wenige Wochen nach der Operation in Folge von Nierencomplicationen.

ANDERSON (Glasgow): **Ueber Pruritus und seine Behandlung.**

Redner bespricht zunächst die Rolle, welche das Nervensystem in der Pathologie des Pruritus spielt. Sehr schwierig zu erklären ist es, warum gewisse Hauterkrankungen mit und viele andere Dermatosen ohne Pruritus verlaufen. Ebenso unaufgeklärt ist es, daß die frühzeitigen Eruptionen der Syphilis nicht pruriginös sind, während die späteren Hauterscheinungen oft genug mit Jucken einhergehen. Von den ätiologischen Factoren des Pruritus gelten als die wichtigsten das Greisenalter, der Icterus, die Gicht, Digestionsstörungen, der Diabetes, Witterungseinflüsse (Pruritus hiemalis), endlich nervöse und psychische Störungen. Obwohl man die Existenz eines reflectorischen Pruritus nicht leugnen kann, so ist doch anzunehmen, daß die Mehrzahl der pruriginösen Erscheinungen durch eine directe Irritation der Nervendigungen der Epidermis bedingt sind.

Die Behandlung des Pruritus muß sich in erster Linie gegen das Grundübel richten. Erst wenn trotz dieser rationellen Therapie das Jucken fortbesteht, kann man zu den empirisch erprobten Mitteln greifen. Der localen Behandlung schreibt A. nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Die innerliche Behandlung ist in der Regel viel wirksamer. Hiezu eignen sich in erster Linie die Tinct. Gelsemii semperv., die Tinct. cannab. ind., die Carbolsäure, ganz besonders

das Atropin in subcutaner Darreichung, Antipyrin und Phenacetin in steigenden Dosen. Auch die Elektrotherapie gibt gute Resultate. Bei herabgekommenen Individuen empfehlen sich Tonica, besonders Phosphat, Arsen, Strychnin, die beiden letzteren Mitteln besonders auf hypodermatischem Wege.

Discussion:

Myrtle (Harrogate) sieht eine Hauptschwierigkeit der Pruritusbehandlung in den individuellen Verschiedenheiten der Pat. Ein bei dem einen Pat. sehr wirksames Mittel bleibt oft bei einem anderen unwirksam. Von den internen Mitteln geben die besten Resultate Antipyrin, Phenacetin, kurz die Theerderivate und das Chloral. In schweren Fällen von Pruritus gewähren locale Applicationen von 3—6proc. Kali causticum-Lösung einige Milderung.

Waldo (Bristol) empfiehlt Vesicatoren, welche auf die Wirbelsäule im Niveau der afficirten Hautpartie applicirt werden. Bei Pruritus, der mit osteoarthritischen Läsionen einhergeht, leistet das salicylsaure Natron gute Dienste.

Stopford Taylor (Liverpool) glaubt, daß in den meisten Fällen von Pruritus die interne Medication von keinem Nutzen sei; man erreiche mehr durch hygienische Maßnahmen, geeignete Ernährung und passende Leibesübungen. Kali causticum-Lösungen sind nur bei sehr schweren Fällen nothwendig.

Garret Anderson (London) konnte Pruritus besonders häufig beim weiblichen Geschlecht und bei solchen Männern beobachten, welche ein analoges Leben führen wie viele Frauen: sitzende Lebensweise, ungenügende und wenig abwechslungsreiche Nahrung, daneben geistige Ueberanstrengung etc. Solchen Kranken empfiehlt man am besten sehr reichliche Ernährung, lange Ruhe nach den Mahlzeiten und, wenn es angeht, das Tragen von Wäsche aus Seide statt aus Leinen oder Baumwolle.

Barendt (Liverpool) hat in gewissen Fällen von Pruritus glänzende Resultate erzielt, indem er auf die afficirten Stellen 2proc. Carbol-Olivenöl durch ungefähr 5 Minuten applicirte.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XII.

KÖNIG (Göttingen): **Kritik unserer therapeutischen Bestrebungen bei der Tuberculose des Kniegelenks.**

Bei Durchsicht des Materials von 18 Jahren hat Redner 300 Fälle von Resection und Amputation des Kniegelenks wegen Tuberculose gewonnen. Er erachtet die bei weitem größte Mehrzahl aller Gelenktuberculosen als entstanden aus einer serofibrinösen Exsudation und glaubt, daß der größte Theil sämmtlicher nachträglich entstandener Veränderungen durch den Faserstoff hervorgerufen wird, der sich aus dem Erguß an bestimmten Theilen des Gelenks niederschlägt. Die Präparate zeigen, daß der Niederschlag des Faserstoffes als Pannus zunächst auf die Synovialis und besonders auf den Knorpel erfolgt. Nach dem Aufhören der Exsudation verwächst der Faserstoff mit der Synovialis, es kommt zum siebförmigen Durchbruch des Knorpels und zum Uebergreifen auf den Knochen. Die bisher als primäre ostale Herde bezeichneten tiefen Knochendefecte sind nur die Folge des Einfressens des Faserstoffes in den Knochen, nicht aber die Wirkung des Tuberkelbacillus.

Was die klinische Frage anbetrifft, so leben von 615 Fällen von Gelenktuberculose noch 410, also 33% Mortalität. Von diesen sind 140 Kranke gestorben, an acuter Infection und Intoxication nur 18, d. i. 2·5%. — In der Therapie hat die Carbolsäure bessere Resultate ergeben als das Jodoform. Conservativ wurden 191 Kranke, i. e. 27% behandelt, alle übrigen, d. h. 512 Pat., i. e. 73%, aggressiv, und zwar mit Arthrectomie 150, mit Resection 300, mit Amputation 91. Die Resultate der conservativen Behandlung waren in 36 Fällen sehr gute: 11 Kranke wurden mit beweglichem Gelenk entlassen. Die Carbolinjectionen ergaben von 36 Fällen 25 Heilungen, 21 mit beweglichem Gelenk. Weniger günstige Resultate ergab die Jodoformbehandlung: unter 40 Gelenken waren nur 13 Heilungen, darunter 6 mit beweglichem Gelenk, zu constatiren. Von 191 conservativ behandelten Patienten zeigen 40 bewegliche Gelenke.

Arthrectomirt wurden 150 Patienten, unter ihnen 122 Kinder. 106 Kranke = 79% sind geheilt, 11% nicht geheilt, 22 gestorben. Ein großer Theil der geheilten Kranken hat eine recht erhebliche Verkürzung durch Wachsthumshemmung und Krümmung. Von 94 Fällen haben 67 eine Verkürzung von 2—20 Cm.

Von 269 Resecirten sind 183 = 68% geheilt, 85 gestorben, und zwar 58 an Tuberculose.

Bei dieser Statistik fällt zunächst auf, daß nur ein Drittel aller Fälle conservativ behandelt worden ist. Dieser Umstand erklärt sich daraus, daß die Patienten sehr lange in die Klinik kommen und schließlich bei Verschlechterung des Zustandes noch nachträglich operirt werden. K. hält sich zur Operation berechtigt, wenn nicht mehr Aussicht vorhanden ist, ein bewegliches Gelenk zu erzielen. Für alte Leute ist ein gut resecirtes Gelenk besser als ein bewegliches. Was den feststellenden Verband anbetrifft, so zieht K. noch immer einen guten Gypsverband vor. Er kann sich der neuen Bewegung, Kranke mit gebrochenen Gliedern sofort im Verbande umherlaufen zu lassen, durchaus nicht anschließen. Die Arthrectomirten entläßt K. nicht ohne Stützapparat nach Hause, um Verkrümmungen und Verkürzungen möglichst zu verhindern.

MIKULICZ (Breslau): **Ueber ausgedehnte Resectionen der langen Röhrenknochen wegen maligner Geschwülste.**

Die zwei vorgestellten Fälle illustriren, wie gute Erfolge man mit weitgehender Resection selbst in vorgeschrittenen Fällen erreichen kann. Bei dem ersten Patienten wurden vor 1/4 Jahr wegen centralen Sarcoms ein 10 Cm. langes Stück des unteren Radiusendes resecirt, ein 20 Cm. langes Stück des unteren Femurendes im zweiten Falle wegen periostalen Sarcoms. Heilung und Arbeitsfähigkeit. Vortheile des Verfahrens: günstiges functionelles Resultat und Möglichkeit einer frühzeitigen Operation.

König (Göttingen) möchte diese conservative Methode nur auf die relativ sehr unschuldigen Riesenzellensarcome ausdehnen, alle anderen Fälle bieten eine schlechte Prognose.

—r.

Notizen.

Wien, 17. August 1895.

(E. F. J. Hoppe-Seyler †.) In Straßburg ist am 12. d. M. Prof. Dr. Hoppe-Seyler plötzlich in Folge eines Schlaganfalles im 70. Lebensjahre verschieden. Er stand am Ende einer arbeitsreichen Epoche, an deren Erfolgen er selbst als Autorität durch grundlegende Arbeiten in hervorragendem Maße participirte. Seine wissenschaftliche Ausbildung hatte H.-S. in Halle, Leipzig, Berlin, Prag und Wien genossen. Als Lehrer wirkte er in Berlin, Tübingen und schließlich in Straßburg, wo er seit 1872 die Lehrkanzel für physiologische Chemie inne hatte. Von seinen größeren Werken nennen wir sein „Handbuch der physiologisch- und pathologisch-chemischen Analyse", seine „Physiologische Chemie" und seine „Medicinisch-chemischen Untersuchungen". Außerdem legte H.-S. die Frucht seiner Forscherthätigkeit in einer langen Reihe kleinerer Arbeiten nieder, welche zumeist in der von ihm redigirten „Zeitschrift für physiologische Chemie" erschienen sind. Eine große Anzahl von Schülern trauert um den Meister, die Wissenschaft, speciell die medicinisch-chemische Disciplin, um einen ihrer eifrigsten Förderer.

(Universitätsnachrichten.) Prof. Dr. W. Roux, welcher bisher die Lehrkanzel für Anatomie in Innsbruck inne hatte, hat eine Berufung nach Halle erhalten und angenommen. — Prof. Bonnet, bisher in Gießen, wurde als Ordinarius für Anatomie an Stelle Prof. Sommer's, welcher sein Lehramt niederlegt, nach Greifswald berufen. — Prof. Siebenmann in Basel, welcher, wie wir mitgetheilt haben, die zu begründende außerordentliche Professur für Ohren- und Halskrankheiten in Breslau übernehmen sollte, hat diese Berufung abgelehnt. — Habilitirt haben sich: in Berlin Stabsarzt Dr. Bonhoff für Hygiene; in Königsberg Dr. Gerber für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

(Auszeichnungen.) Dem praktischen Arzte Dr. Alois Zips in Maria-Enzersdorf wurde in Anerkennung seiner vieljährigen, sehr ersprießlichen Berufsthätigkeit das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen. — Dr. Adalbert Grosz, der in überaus verdienstlicher Weise mehr als ein halbes Jahrhundert als Leiter einer Augenheilanstalt und als Gerichtsarzt in Großwardein thätig ist, hat den ungarischen Adel erhalten.

(Zum Frauenstudium.) Aus Berlin wird gemeldet: Mit Bezug auf die neuerdings verbreiteten Nachrichten über die Zulassung der Frauen zu den Universitäts-Vorlesungen und die daran geknüpften weiteren Erwartungen dürfte ein von Seite des Rectors soeben an die Universitätslehrer versandtes Circular von Interesse sein. Es wird darin, wie die „D. M. W." mittheilt, zur Kenntniß gebracht, daß nach einer Anordnung des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten die Zulassung von Frauen zu den Vorlesungen einzelner Universitätslehrer nicht ohne vorherige Einholung der Genehmigung des Ministers und der erforderlichen Rectoratserlaubniß erfolgen dürfe. — In Rußland ist nunmehr die Errichtung eines „weiblichen medicinischen Institutes" zur Thatsache geworden. Gegenüber dem Verlangen, daß den Frauen der Zutritt zu den medicinischen Facultäten aller Universitäten des russischen Reiches gestattet werde, hat sich die Regierung ablehnend verhalten. Das Schwergewicht der Ausbildung in dem weiblichen medicinischen Institut in Petersburg wird auf Geburtshilfe und Frauen- und Kinderkrankheiten gelegt werden. Als Hörerinnen der Anstalt werden bis zu einer gewissen Zahl, deren Festsetzung dem Minister der Volksaufklärung zusteht, nur weibliche Personen eines christlichen Bekenntnisses aufgenommen werden, die nicht jünger als 20 und nicht älter als 35 Jahre sein dürfen. Zur Aufnahme gehört vor allen Dingen ein Zeugniß der Polizei über politische Zuverlässigkeit und die Einwilligung der Eltern und Vormünder, bei verheirateten Frauen die Einwilligung des Ehemannes. Die aufnahmesuchenden Damen müssen den vollen Cursus eines weiblichen Gymnasiums oder einer gleichwerthigen Lehranstalt absolvirt haben und unterliegen einem Nachexamen in beiden alten Sprachen, wobei an sie dieselben Anforderungen gestellt werden wie an die Abiturienten classischer Knabengymnasien. Der Cursus des Institutes ist auf vier Jahre berechnet. Nach Beendigung der allgemeinen medicinischen Bildung im Institut sind die Hörerinnen verpflichtet, sich für den Zeitraum von 1—3 Jahren in Anstalten für Geburtshilfe und in Frauen- und Kinderkrankenhäusern unter der Leitung erfahrener Aerzte praktisch zu beschäftigen. Die Hörerinnen, die den Cursus mit Erfolg beendet haben, erhalten mit einem Diplom auch die Würde eines weiblichen Arztes, die Berechtigung, im ganzen Reiche als freipraktieirende Aerzte und als Specialistinnen für Frauen- und Kinderkrankheiten zu wirken, ärztliche Posten bei Krankenhäusern für Frauen und Kinder und bei Institutionen der Sittenpolizei einzunehmen. An allgemeinen Krankenhäusern werden die weiblichen Aerzte jedoch nicht wirken dürfen, ebensowenig werden sie als Aerzte bei Recrutenaushebungen und bei gerichtlich-medicinischen Untersuchungen herangezogen werden dürfen. Bei dem Institut wird ein Internat gebildet, in dem Hörerinnen leben müssen, die nicht bei Eltern oder nahen Verwandten wohnen. Für den Besuch der Anstalt werden 100 Rubel jährlich zu entrichten sein. Bis zum 1. Januar 1897 soll das Institut fertig gestellt sein. Sein Bestehen ist ohne Staatshilfe gesichert.

(British Medical Association.) Wir haben bereits in der vorigen Nummer mit der Publication der Verhandlungen der 63. Jahresversammlung der British Medical Association begonnen; es sei hier blos nachgetragen, daß an dem Congresse circa 6000 Mitglieder — die British Medical Association, diese größte ärztliche Vereinigung der Welt, umfaßt in 60 Sectionen mit 16.000 Mitgliedern fast den gesammten ärztlichen Beruf in England — theilnahmen. Nicht ohne Interesse war die gleichzeitig in Kings College gebotene medicinische Ausstellung, in welcher u. A. eine Sammlung von JENNER-Reliquien zu sehen war: JENNER's Notizbuch, seine Abbildungen der ersten Schutzpocken, das Manuscript seiner ersten Schrift über die Schutzimpfung, der Lehnsessel, in dem er gestorben ist, u. s. w. Daran schloß sich die ausgedehnteste Sammlung moderner therapeutischer Behelfe: zu therapeutischen Zwecken verwendete Bacterien-Reinculturen, Schilddrüsen, Zirbeldrüsen etc. und die aus ihnen bereiteten Drüsentabloids, Diphtherie-Antitoxin in trockenem Zustande hergestellt, ferner eine große Sammlung von Forscherapotheken, die LIVINGSTONE, STANLEY, STAIRS und andere bekannte Forscher auf ihren Expeditionen begleitet haben. In ihnen sind alle Medicamente in Tabloidform, die sich in England immer mehr und mehr einbürgert, enthalten, und sie haben die Unbilden von Wetter und Klima tadellos überstanden. Die Technik der Tabloid-Herstellung ist jetzt soweit gediehen, daß Tabloids von einem Vierhundertstelgran Gesammtgewicht genau dosirt hergestellt werden. Eine Privatapotheke mit fünfhundert verschiedenen derartigen Arzneidosen in Tabloidform, die ausgestellt ist, ist als Uhranhängsel gedacht und nimmt nicht mehr als einen Zoll im Geviertraum ein.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Budapest Dr. W. HELFER nach 40jähriger, höchst verdienstvoller Thätigkeit als Armenarzt im 72. Lebensjahre; in Klausenburg Dr. EM. GÓTH, a. o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der dortigen Universität, im 47. Lebensjahre.

(Trencsin-Teplitz.) So wie im vorigen Jahre, werden auch heuer in dem seit Jahrhunderten weltbekannten **Kurorte Trencsin-Teplitz** in Oberungarn im Monate September die Curgäste in ganze Pension genommen und erhalten dieselben für drei Gulden täglich die ganze Verpflegung, die Bäder nach Bedarf und ein anständiges Zimmer.

Eingesendet.

Krankenverein der Aerzte Wiens.

Gebahrungs-Ausweis für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 1895.

Activa.	fl.	kr.	Passiva.	fl.	kr.
Vermögensstand pro 31. December 1894 . .	12.031	88	Ausgaben, und zwar:		
Einnahmen, und zwar:			Krankengelder . . .	3.948	20
Beiträge der Mitglieder	5.965	—	Leichenkosten	150	—
Geschenke	40	—	Spesen	440	12
Zinsen	179	96	Saldo-Vortrag . . .	13.678	52
	18.216	84		18.216	84
Vermögensstand pro 30. Juni 1895	13.678	52			

Zahl der Mitglieder: 341 ordentliche, 1 unterstützendes, 14 Gründer.
Erkrankte Mitglieder in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 1895: 26 mit 921 Krankheitstagen und der Rentensumme von fl. 3 684·—.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

ANZEIGEN.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Wünsche eine gute Stelle in einer Stadt mit Fixum abzulösen, ein kleineres elegantes Bad, Curhaus oder Sanatorium zu kaufen oder pachten, eventuell bei ähnlichem Unternehmen mich zu betheiligen. 51

Anträge unter Chiffre „Badearzt" werden zur Weiterbeförderung an die Adm. der „Wiener Med. Presse" in Wien I., Maximilianstraße Nr. 4. erbeten.

Concurs-Ausschreibung!

Bei den Landes-Wohlthätigkeits-Anstalten in **Klagenfurt** ist eine **Secundararztensstelle** an der Landes-Gebäranstalt u. der gynäkologischen Abtheilung des Landes-Krankenhauses, zugleich **Assistentenstelle** an der **geburtshilflichen Klinik** mit dem Besetzungstermine 1. October l. J. und mit den jährlichen Bezügen von 600 fl. und 60 fl. für die Apothekenarbeiten, nebst Wohnung, Beheizung und Licht, auf 2 Jahre und über Ansuchen mit Verlängerung auf weitere 2 Jahre in Erledigung gekommen.

Diejenigen Herren Doctoren der gesammten Heilkunde, welche auf diese Stelle reflectiren und ihrer activen Militärpflicht Genüge geleistet haben, wollen ihre Gesuche bis Ende August 1895 an die bezeichnete Direction übersenden.

Erwünschte Auskünfte ertheilt die gefertigte Direction oder Herr Prof. Dr. Torggler. — Bewerber mit slovenischer Sprachkenntniss werden bevorzugt.

Klagenfurt, am 7. August 1895. 52

Direction der kärnt. Landes-Wohlthätigkeits-Anstalten.

Kreisarzt für Beél (Com. Bihar). Gehalt 500 fl. Gesuche bis 20. August an das O.-St.-A.

Arzt mit Spitalpraxis für Pernitz bei Gutenstein in N.-Oe. Gehalt von der Bezirkskrankencasse Wiener-Neustadt 1000 fl., von den Fabriksbesitzern für Behandlung ihrer Familien 300 fl. pro anno, außerdem von der Gemeinde für die eventuelle Ueberlassung des Sanitätsdienstes 300 fl. Gesuche bis 25. August an die Bezirkskrankencasse in Wiener-Neustadt.

Christlicher Arzt für Tarvis in Kärnten. Gehalt circa 500 fl. Gesuche bis Ende August an den Gemeindevorstand.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstr. 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstr. 12.

Nr. 34. Sonntag den 25. August 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in Wien, I., **Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum**, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber spontane Ruptur und spontane Perforation des nicht schwangeren Uterus.

Von **Dr. C. Meinert** in Dresden.*)

In den älteren Lehrbüchern der pathologischen Anatomie [1]) findet sich dem Sinne nach ziemlich übereinstimmend die Angabe, daß spontane Zerreißung und Durchlöcherung der nicht schwangeren Gebärmutter (abgesehen von dem nicht so seltenen Durchbruch intramuraler Geschwülste oder Abscesse) vorkommen kann, wenn die Gebärmutterhöhle durch Wasser, Eiter oder Blut abnorm ausgedehnt ist. Die neueren Lehrbücher enthalten darüber nichts oder nur eine kurze, gewöhnlich einschränkende Bemerkung. Wo aber immer die pathologischen Anatomen über dieses Vorkommniß sprechen, da thun sie es ohne Beibringung von Belegfällen.

Nicht viel größere Ausbeute gewährt die Durchsicht der gynäkologischen Lehrbücher. Einige ältere berichten oder erwähnen spärliche, der Literatur entlehnte Beobachtungen, bezeichnender Weise aber höchstens je zwei. So figuriren dieselben beiden Fälle von geborstener Hämatometra bei Duparcque [2]), bei Bernutz et Soupil [3]) und bei Puech [4]), einen dritten erwähnt Barnes [5]) und einen vierten Schroeder [6]) unter gleichzeitiger kurzer Skizzirung eines jener älteren Fälle. Die noch lebenden Verfasser deutscher gynäkologischer Lehrbücher lassen, soweit sie überhaupt den Gegenstand erwähnen, alle Casuistik weg. Fritsch [7]) zweifelt das Vorkommen spontaner Fundusruptur bei Hämatometra ausdrücklich an und Sänger, dessen Fleiß wir heute ein ebenso umfassendes wie gediegenes Referat über Uterusruptur verdanken, erwähnt der Ruptur des Uterus außerhalb seines schwangeren Zustandes mit keinem Worte.

Bei dem geschilderten Stand der Dinge halte ich unsere heutigen Verhandlungen für eine günstige Gelegenheit, dieses allerdings außerordentlich seltene pathologische Vorkommniß der Vergessenheit zu entreißen, in die es zu verfallen droht, und fühle mich hiezu noch insofern besonders berufen, als ich Gelegenheit hatte, zwei derartige Fälle aus eigener Anschauung kennen zu lernen.

Ich werde mir erlauben, Ihnen dieselben im Anschluß an das, was ich über die bereits erwähnten älteren Beobachtungen ermitteln konnte, mitzutheilen.

Auszuscheiden wäre zunächst ein Fall von Sabin (West-Troy, N.-Y.), Ruptur der nicht schwangeren Gebärmutter („New York med. Journ.", August 1879, referirt im „Centralbl. f. Gynäk."), 1880, pag. 120, der nur seiner Ueberschrift nach hieher gehört.

Es handelt sich bei demselben, wie schon Mundé als Referent hervorhebt, um Ruptura uteri im 4. Schwangerschaftsmonat. Pat. hatte seit 3 Wochen keine Periode, litt an Uebelkeit und Erbrechen, hatte stark geblutet, ehe Dr. Sabin eintraf, und — um das Maß voll zu machen — es war ihr von einem vorher zugezogenen Arzt „ein feigengroßer Polyp" aus dem Uterus gezogen worden.

Dann aber kommen

3 Fälle von Spontanruptur einer Hämatometra.

1. **Latour, Histoire philosophique et médicale des hémorrhagies. Paris 1828, Tom. I, pag. 209, Obs. 255.**

*) Vortrag, gehalten in Wien auf der VI. Versammlung der „Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie".

[1]) Vgl. Rokitansky, Lehrbuch der pathologischen Anatomie, 3. Aufl., Bd. III, pag. 467; Bock, Lehrb. der pathol. Anat. 3. Aufl., pag 748; Förster, Handb. der spec. pathol. Anat. Leipzig 1854, pag. 302.

[2]) Duparcque's Geschichte der Durchlöcherungen, Einrisse und Zerreißungen des Uterus, der Vagina und des Perineums, bearbeitet von Nevermann, 1838, pag. 4.

[3]) Bernutz et Soupil, Clinique méd. sur les maladies des femmes.

[4]) Puech, De l'atrésie des voies génit. de la femme. Mémoires de l'académie des sciences et lettres de Montpellier. Section de Médecine. Tom. V, pag. 58 (Obs. XV und XVI), 1872.

[5]) Rob. Barnes, A clinical history of the diseases of women. London 1873, pag. 200.

[6]) Schroeder, Handb. der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 4. Aufl., pag. 51.

[7]) Fritsch, Die Krankheiten der Frauen (in Wreden's Samml.). 3. Aufl., pag. 195.

Mme S. aus Orléans, ungefähr 55 Jahre alt, hatte seit 10 Jahren ihre Regeln verloren und einen immer stärkeren Leib bekommen. Wegen zunehmender Schmerzen wandte sie sich an ihren Hausarzt und von diesem wurde LATOUR zugezogen. Die Geschwulst wuchs und die paroxysmatischen Schmerzen steigerten sich bis zur Unerträglichkeit. Endlich, bei einem solchen Anfall, spürte die Kranke einen derben Ruck im Leib und hatte darauf das Gefühl, als ob die ihn verursachende Masse sich im ganzen Leibe verbreite. Das Epigastrium fiel ein, die Hypochondrien dehnten sich aus, die Schmerzen schwanden. Aber die Kranke collabirte und starb. Bei der Section fand sich eine enorme Menge verdorbenen schwarzen Blutes in der Bauchhöhle und der Fundus der Gebärmutter zeigte einen Riß („une crevasse"), in den man bequem 3 Finger nebeneinander einlegen konnte. Die Uteruswand war an der Rupturstelle verdünnt, im Uebrigen compact. Der Uterus hatte sich nicht contrahirt, sondern bildete eine große, klaffende Höhle. Das Collum war cartilaginös und der Cervicalcanal vollständig obliterirt.

2. BECLARD, dessen Quelle ich nicht aufzufinden vermochte, der aber von BARNES (l. c. pag. 200) im Capitel „Retained menstrual fluid" erwähnt wird. Hier platzte die vordere Wand des Uterus und das verhaltene Menstrualblut entleerte sich in die Blase. („BECLARD relates a case in which the uterus burst discharging into the bladder.")

3. GRAF (Elberfeld), Atresie der Scheide mit abnormen Menstrualmengen. (VIRCHOW's Archiv, 19. Bd. (1860), pag. 548.)

Bei der 25jähr. Pat., die angeblich nie schwanger gewesen war, wurde im Mai 1856 nach ulcerativer Vaginitis eine Verwachsung des größten Theiles der Scheide constatirt. An Stelle der Menses traten gräßliche Beschwerden auf. Dieselben verringerten sich jedoch seit August desselben Jahres dadurch, daß das Blut allmälig durch den Mastdarm abging. 1857 bemühte Prof. BUSCH in Bonn sich zweimal vergeblich, die Atresie operativ zu beseitigen. Im October 1857 ließ sich zur Zeit der Menses der vergrößerte Uterus durch die Bauchdecken hiedurch im großen Becken fühlen. Im November desselben Jahres stand die Pat unter Beobachtung des Spitalarztes Dr. FISCHER in Cöln. Derselbe diagnosticirte eine Communication zwischen Uterus und Rectum. Nach der Cur in Cöln hörten die Blutungen aus dem Darm auf und die catamenischen Beschwerden erreichten nunmehr eine nie gekannte Höhe. Erleichterung trat erst wieder ein, als im Februar 1858 eine auf starker Blutunterlaufung beruhende Schwellung der linken Nates hervortrat und wieder verschwand, um im März und April zurückzukehren. Im Mai nahm der Vertreter des abwesenden Dr. GRAF den erlösenden Einstich vor. Eine enorme Quantität dunkeln, syrupartigen Blutes floß ab. Von nun an menstruirte die Pat. regelmäßig aus dieser in Entfernung von 1 Zoll von der Mastdarmöffnung angelegten Fistel.

Dieser interessante Fall ist der an zweiter Stelle von SCHROEDER (l. c. pag. 51) als Spontanruptur einer Hämatometra kurz erwähnte. Leider ist er Herrn Geh. S.-R. Dr. GRAF, wie dieser so gütig war, mir auf Befragen mitzutheilen, aus den Augen entschwunden.

Hierüber fand ich:

2 Fälle von acuter spontaner Perforation einer Hämatometra.

1. COLEY J. M. (Bridgeworth), Ueber wahre Hydrometra. (Analekten für Frauenkrankheiten. 3. Bd., 1842, pag. 317.)

Eine Frau von 36 Jahren, Mutter zweier Kinder, deren jüngstes 9 Jahre alt war, hatte hektisches Fieber, war sehr abgemagert und hartnäckig verstopft. Ihr Uterus besaß die Größe eines solchen im 6. Schwangerschaftsmonat, war höckerig, bei Berührung empfindlich, nach links hart und hervorragend, nach rechts mehr abgeflacht und elastisch. Aeußerer Muttermund etwas erweitert; Cervicalcanal $^{3}/_{4}$ Zoll einwärts geschlossen. Die „Vagina" sonderte eine dunkle, sehr stinkende, mit Hautfetzen gemischte Materie ab. Keine Menstruation, die Brüste fest und vergrößert. Das Leiden hatte vor einem Jahre mit Aussetzen der Katamenien und mit Stärkerwerden des Leibes begonnen und war für Schwangerschaft gehalten worden. Tod an Peritonitis. Leichenbefund: Netz mit der vorderen Fläche des Uterus verwachsen, brandig. Uterus mit Schwarten bedeckt. An einigen Stellen war seine Wand so verdünnt, daß sie einer Blase glich, und war daselbst von innen heraus durch einen Ulcerationsproceß zerstört. Der Uterus enthielt circa 3 Pinten einer dunkelfarbigen, stinkenden Flüssigkeit. Seine innere Fläche befand sich in einem Zustand der Erweichung. Der Mutterhals war durch einen gallertartigen Stoff verschlossen. Nach diesem Theile hin war der Uterus verdickt, sonst so verdünnt, daß er ausgewaschenem Handschuhleder glich.

Ich glaube, daß in diesem Falle die Uteruswand gangränös und die Perforation eine subseröse gewesen ist. Was den Uterusinhalt betrifft, so kann es sich um eine putride Hämatometra, vielleicht aber auch um Lochiometra, herrührend von einer frühzeitig abgestorbenen Schwangerschaft, gehandelt haben.

2. Fall in DUPARCQUE-NEVERMANN, l. c. pag. 4, angeblich entnommen aus dem 4. Bd. von RUST's Magazin, von mir aber weder in diesem Band, noch überhaupt im RUST'schen Magazin gefunden. (Dies der andere der von SCHROEDER citirten beiden Fälle.)

Eine 53 Jahre alte Frau, die seit 4 Jahren nicht mehr menstruirt hatte, wurde nach dem Mißbrauch des Beischlafes von einem Blutfluß durch die Gebärmutter befallen, welcher sich in unregelmäßigen Epochen wiederholte. Nach einiger Zeit verschwand der Blutfluß, wohingegen der Unterleib so anschwoll, daß er bis auf die Knie herabhing. Auf wiederholtes Erbrechen einer schwärzlichen Materie folgten Marasmus und Tod. Bei der Obduction fand man den Uterus ungeheuer ausgedehnt, an den Wänden außerordentlich dünn. Der Hals war zurückgedrängt und durch eine stromatöse Geschwulst verstopft, welche sich oben an der rechten Seite befand. Der Uterus enthielt eine große Menge Materie, ähnlich der, welche die Kranke erbrochen hatte, womit der Magen und das Duodenum ebenfalls angefüllt waren. An der Stelle, wo Uterus und Magen zusammengewachsen waren, fand man eine Perforation.

Ferner:

Ein Fall von Spontanruptur einer Pyometra.

Rupture de l'uterus hors l'état puerpéral par suite d'accumulation de pus dans la cavité de cet organe. (Journ. des connaiss. méd. Août 1848, referirt in CANNSTATT's Jahresber. f. d. G. 1848, III (Spec. Pathologie und Therapie), pag. 261.) Das Referat lautet:

„Im Bulletin de la Soc. anat. findet sich ein seltener Fall von Ruptur des Uterus in Folge von Erweichung des Gewebes desselben durch abgelagerte Tuberkelmassen. Die Ruptur trat erst ein, nachdem der seit Jahren degenerirte Uterus durch in seine Höhle abgelagerten Eiter bis zu dem Grade ausgedehnt war, daß sein Grund bis an den Processus xiphoideus und die Rippenknorpel reichte. Der Fall betraf eine 41jähr. Frau, die seit ihrer Pubertätsentwicklung Schmerzen im Uterus und Menstruationsstörungen unterworfen war."

Endlich kommt noch vor die

Perforation der Uteruswand in Folge Einbruchs von Eiter aus der Bauch- in die Uterushöhle.

DELBET (Des suppuraties pelviennes chez la femme, Paris 1891, pag. 253) hat 6 derartige Fälle, bei denen durch Perforation der Uteruswand Beckenabscesse verschiedenen Ursprunges sich ihren Weg nach außen bahnten, zusammengestellt. Sie verliefen alle tödtlich und wurden erst bei der Section constatirt:

1. CRUSHAM GEORGE, London med. Gaz., vol. XIII, 22 March 1834. SCHMIDT's Jahrb. 1834.

2. GUÉRIN A., Bull. de la Soc. chir. 1866, pag. 307.

3. CHOISITY GUICHARD, Thèse de Paris. 1868, pag. 44, Obs. II.

4. HUSSON et DANCE, Rip. de Brechet. 1829, T. IV, pag. 95, Obs. 14.

5. HENNIG, Monatsschr. f. Geb. 1819, XXXIII, pag. 223.

6. LONG, Medico-chir. Review, Juillet 1841. In Arch. génér. de méd. 1841, T. III, pag. 268. Ref. SCHMIDT's Jahrbücher, 1842.

Um aber auch etwaige noch unveröffentlichte Beobachtungen nach Möglichkeit heranzuziehen, habe ich Umfrage gehalten bei den pathologischen Instituten Deutschlands (ausschließlich derjenigen Deutsch-Oesterreichs, der deutschen Schweiz und Dorpats). Ihren verehrten Vorständen spreche ich meinen herzlichsten Dank aus für die in liebenswürdigster Weise mir ertheilte Auskunft, welche mich zu dem Schlusse berechtigt, daß spontane Continuitätstrennungen der nicht schwangeren Gebärmutter in der That nur äußerst selten vorkommen.

Eigentliche Ruptur wurde in über 250.000 Sectionsfällen nicht ein einziges Mal gefunden. Eines Falles spontaner Perforation einer Hämatometra erinnert sich aber Geh. Hofrath Prof. Dr. ZIEGLER in Freiburg.

Durchbruch eines Beckenabscesses in die Gebärmutterhöhle hatte sich zweimal ereignet:

1. Prof. GRAWITZ in Greifswal secirte am 22. Februar 1893 eine 60jähr. Frau, deren Uterus vom Douglas her perforirt gefunden wurde. Und zwar stammte der in breitem Strome in die Gebärmutterhöhle eingebrochene Eiter von einer durch Gallensteinperforation entstandenen Peritonitis.

2. Prof. CHIARI in Prag erwähnt in seinem Museum, ebenfalls aus dem Jahre 1893, unter Nr. 3835 und unter der Bezeichnung „Perforatio uteri ex peritonitide ulcerosa in cavo Douglasii“ einen Uterus, dessen 70jähr. Trägerin 30 Tage ante mortem wegen eingeklemmter Leistenhernie operirt worden war und bei der nach Resection eines 8 Cm. langen, durch Einklemmung brandig gewordenen Darmstückes ein künstlicher After angelegt worden war.

(Fortsetzung folgt.)

Chorea im Anschluß an acuten Gelenksrheumatismus.

Von **Dr. Marcell Lauterbach** in Annaberg.

Es sind bereits Fälle von Chorea beobachtet worden, die sich im Verlaufe oder nach Ablauf eines acuten Gelenksrheumatismus entwickelt haben, so daß das Gelenksrheuma unter den Gelegenheitsursachen dieser Krankheit eine nicht zu verkennende Rolle zu spielen scheint.

In dem Falle, den ich unten anführe, handelte es sich um ein 9jähriges Mädchen, welches an einem acuten Gelenksrheumatismus erkrankte und bei dem vier Tage später, zur Zeit, wo schon die rheumatoiden Beschwerden nachließen, einzelne choreatische Erscheinungen, wie große Muskelunruhe und Störungen der coordinirten Bewegungen mit Hyperästhesien einzelner Hautbezirke, sich allmälig entwickelten, um längere Zeit — mit vorübergehendem unbedeutenden Nachlassen der Symptome — stationär zu bleiben und nach Ablauf von $2^1/_2$ Monaten zu verschwinden.

Merkwürdigerweise recidivirte diese Krankheit nach vier Wochen aus dem unscheinbaren Anlasse der Revaccination, wobei sie, wie das erste Mal, mit Temperatursteigerung, Zuckungen und Krämpfen der linken Kau- und Zungenmusculatur anhub. Ich füge hinzu, daß die Impfung eine normale, leichte Reaction ohne Impferysipel hervorrief und der ganze Impfeffect nach 12 Tagen abheilte.

Sechs Stunden nach der Impfung gab die Patientin an, Formicationen an der linken oberen Extremität zu fühlen und starrte mit etwas erweiterten Pupillen unter heftigen Grimassen des Gesichtes die unbedeutenden Revaccinationsverletzungen an, ohne ihre Aufmerksamkeit auch nur vorübergehend anderen Dingen zuwenden zu können. Nach drei Stunden etwa gelang es erst der Mutter des kranken Mädchens, es mit einer ihrer Lieblingsspielereien zu beschäftigen. Die Patientin zeichnete sich während der ganzen Krankheitsdauer durch stark erhöhte Reizbarkeit und Launenhaftigkeit aus.

Die Krankheitserscheinungen ließen in Folge therapeutischer Maßregeln etwas nach, doch sie sistirten erst vollkommen nach drei Monaten. Bei dem Umstande jedoch, daß die Chorea bei meiner Patientin aus so geringfügiger Ursache, wie sie die Revaccination abgibt, zum wiederholten Male auftrat, halte ich es für wahrscheinlich, daß auch die diesmalige Heilung keine dauernde sein wird, sondern die Krankheit sich bei irgend einem Anlasse in kürzerer oder längerer Zeit wiederholen wird.

Ich erwähne den hiezugehörigen Fall.

Ich wurde zu einem 9jährigen Mädchen gerufen, das über heftige Schmerzen in den Gelenken klagte. Pat. stammt von einer nervenkranken Mutter, sah sehr blaß und anämisch aus. Knochenbau gracil, Panniculus adiposus mangelhaft entwickelt. Beide Knie und Fußgelenke waren etwas angeschwollen und bei Berührung sehr schmerzhaft. Temperatur 38·8, Herztöne normal. Ich gab Natr. salicyl., was ein Nachlassen der Schmerzen, der Gelenksschwellung und ein Sinken der Körperwärme auf 36·9 verursachte.

Am vierten Tage stieg die Temperatur wieder auf 39·0 und es stellten sich Symptome von Chorea ein, wie: Zuckungen, anfänglich der linken, später der beiderseitigen Kau- und Zungenmusculatur, fortwährende unwillkürliche Bewegungen der Beine (die des linken waren etwas stärker), krampfhafte Bewegungen anderer Muskeln und eine äußerst launenhafte und gereizte Stimmung.

Die Spannung der Radialarterie war sehr klein und am Herzen ließ sich ein systolisches Geräusch hören. Kniereflex etwas erhöht, Fußphänomen erhalten. Während des Schlafes ließen die Beschwerden nach, zu anderen Zeiten verringerten sie sich zum großen Theile. Ich verordnete größere Gaben von Natr. salicyl. abwechselnd mit Kalium bromat. und empfahl Diät. Die Temperatur war schon am fünften Krankheitstage zur Norm zurückgegangen, während die anderen Beschwerden, wenn auch in geringerer Intensität, fortbestanden. In der fünften Krankheitswoche sah ich mich veranlaßt, eine Arsentherapie einzuleiten, die allmälig, nach weiteren fünf Wochen, dem Leiden der Pat. ein Ende machte.

Zufällig revaccinirte ich dieses Mädchen einen Monat nach der Krankheit. Der Effect davon war, wie ich oben anführte, ein Recidiviren der Chorea. Ich leitete noch einmal die Arsentherapie ein, und es gelang mir, nach drei Monaten die Krankheit zum Stillstand zu bringen.

Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. Max und Dr. Adolf Jolles in Wien.

Ueber Margarin.

(Eine hygienische Studie.)

Von **Dr. Adolf Jolles** in Wien.

(Schluß.)

Wie also aus diesen in der uns zur Verfügung stehenden Literatur entnommenen Angaben hervorgeht, kann die Frage der Verdaulichkeit und des relativen Nährwerthes des reinen Margarins nach den Anforderungen der exacten Wissenschaft keineswegs als abgeschlossen betrachtet werden. Diese Thatsache veranlaßte uns, den Gegenstand einer neuerlichen, möglichst exacten Untersuchung zu unterziehen, wobei wir, was ich hervorhebe, stets bedacht waren, nur reines Material zu verfüttern und unter möglichst gleichen Verhältnissen den Versuch durchzuführen.

Wir haben zur Feststellung des physiologischen Nährwerthes von Margarin gegenüber der Kunstbutter einen längeren Fütterungsversuch mit einem Hunde angestellt.

Bezüglich der Einzelheiten dieser durchgeführten Untersuchungen erlaube ich mir, auf meine ausführliche, in den „Berichten der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften“ erschienene Arbeit hinzuweisen. Als Gesammtresultat ergibt sich, daß, um zu verläßlichen Schlüssen über die Verdaulichkeit und den Nährwerth bei Naturbutter und Margarin zu gelangen, ausschließlich reine Materialien verwendet werden müssen. Des Weiteren sollen die Perioden nicht kurz gewählt, sondern zum Mindesten auf eine Dauer von 8 Tagen ausge-

dehnt und die Versuche unter denselben Cautelen und den natürlichen Lebensverhältnissen der Versuchsthiere angepaßt durchgeführt werden.

Endlich dürfen die täglich zu verfütternden Fettmengen die Grenzen der Verdauungsfähigkeit des Versuchsobjectes nicht überschreiten.

Bei genauer Einhaltung aller dieser Bedingungen gelangt man zu dem Ergebnisse, daß das reine Margarin den gleichen Verdaulichkeitscoefficienten und gleichen Nährwerth wie reine Naturbutter besitzt.

Wir haben unsere physiologischen Versuche in diesem Jahre fortgesetzt, indem wir nicht reines Margarin, sondern solches mit mehr oder weniger erheblichen Mengen von Preßtalg verfälschtes verfütterten. Aus den bisherigen Resultaten läßt sich schon mit Sicherheit der Schluß ziehen, daß die Gegenwart selbst geringer Quantitäten fester Fette (Stearin- und Palmitinsäure) den Nährwerth des Productes im Vergleich zur reinen Naturbutter erheblich herabdrückt.

Die bisherigen Ausführungen lassen wohl mit Sicherheit den Schluß zu, daß die reinen Margarinproducte, falls sie mit ihrem entsprechenden Namen in den Handel gelangen, als wohlberechtigte, zu vielen Zwecken brauchbare billige Ersatzmittel der Naturbutter anzusehen sind.

Leider tragen aber die Fälscher in hohem Maße dazu bei, das Ansehen des Margarins zu schädigen.

Reine Margarinbutter soll nur aus reinem Margarin, 10—15% Speiseöl und reiner Kuhmilch bestehen, und reines Margarinschmalz soll außer reinem Margarin und 10—15% Speiseöl keinerlei andere Fette enthalten und nur mit Farben gefärbt sein, wie solche bei den Naturproducten in Anwendung gebracht werden. Die Fälscher verwenden nun vor Allem nicht reines Margarin, sondern ein mit Preßtalg mehr oder weniger durchsetztes, ja ich hatte Gelegenheit, eine sogenannte „Margarinbutter" zu untersuchen, die nur aus Preßtalg und Oel bestand und mit einem ganz guten Butterparfum — dessen Zusammensetzung ich aus Mangel an Material nicht feststellen konnte — versetzt war.

Dieses Product soll wegen seiner Billigkeit starken Absatz bei den Holzhauern in Tirol finden.

Nächst der eigentlichen Verfälschung von Margarin spielt die Verwendung schlechter Oelsorten einen wichtigen Factor in der Reihe der Margarinverfälschungen. Den billigen Oelpreisen stehen eben die relativ hohen Margarinpreise gegenüber, und um ein billigeres Product herstellen zu können, verarbeiten die Fälscher einfach ihr Margarinproduct mit 10% Cottonöl und 10% Preßtalg mehr, und das billige Product ist fertig. Neuerdings gelangen vielfach nicht Cottonöle, sondern Cottonstearin in Verwendung, das sind die bei der Raffination von Cottonölen sich absetzenden festen Theile, und derartige billige Ersatzmittel, zu denen auch das sogenannte „Neutral lard" gehört, sind besonders von den holländischen Fabrikanten in ganz enormen Quantitäten aufgekauft worden. Leider schädigen derartige finanzielle Momente den Artikel Margarin außerordentlich; es ist aber begreiflich, daß nur wenige Fabrikanten die Charakterfestigkeit besitzen, welche sie gegen solche Versuchungen unempfänglich macht.

Nächst diesen directen Fälschungen wird sehr häufig das Margarin in natura oder mit Naturbutter gemischt unter dem Namen „Naturbutter" in den Handel gebracht, um einen höheren Preis zu erschleichen. Dieser betrügerische Vorgang hat im Laufe der Zeit derartige Dimensionen angenommen, daß die meisten Staaten besondere „Kunstbuttergesetze" erlassen mußten, um dieser Fälschung Grenzen zu setzen. Nach dem deutschen Reichsgesetz vom 12. Juli 1887, betreffend den Verkehr mit Ersatzmitteln für Butter, bleibt die Bezeichnung „Butter" allein für solche Waaren vorbehalten, welche ausschließlich Milchfett enthalten; Zusätze sind weder vom Margarine, noch von anderen Speisefetten zu Butter statthaft.

Wenn dies aber der Fall ist, darf die Menge desselben einen gewissen Grad nicht überschreiten; in Deutschland beträgt der gestattete Zusatz von Butter 4%, d. h. auf 100 Theile der nicht der Milch entstammenden Fette dürfen höchstens 100 Theile Milch oder 10 Theile Rahm verwendet werden. Interessant ist, daß in der Schweiz die Kunstbutter 25% echte Butter enthalten **muß**.

Die Schweizer Agrarier begründeten dieses damit, daß, wenn schon Kunstbutter zugelassen ist, so sollen die Fabrikanten dieses nicht zu unterschätzenden Concurrenzproductes wenigstens gezwungen sein, ihnen echte Naturbutter abzukaufen.

Daß wir auf dem Gebiete der Untersuchung von Fetten und Oelen einen bedeutenden Schritt nach vorwärts verzeichnen können, beweist neuerdings das von Carl Zeiss in Jena unter Mitwirkung von R. Wollny construirte Butter-Refractometer, ein Apparat, der allen Anforderungen einer polizeilichen Buttercontrole genügt. Bevor ich auf diesen Apparat des Näheren eingehe, werde ich mir zum Schlusse erlauben, die Mittel zur Unterscheidung von Naturbutter kurz zu besprechen.

Was zunächst die mikroskopische Prüfung betrifft, so beruht dieselbe darauf, daß bei den Margarinproducten kleine Kryställchen von Stearin und Palmitin innerhalb der Fettmasse sich ausscheiden, während bei der Naturbutter eine Ausscheidung von Fettkrystallen nicht statthat. Diese Methode hat sich jedoch als unzuverlässig erwiesen, nachdem dieser Unterschied durch die Bereitungsweise etc. ausgeglichen werden kann.

Größere Bedeutung kommt den auf chemischer Prüfung beruhenden Methoden zu, welche ganz verschiedene Ziele im Auge haben. Die Reichert-Meissl'sche Methode [7]) ist auf die Bestimmung der flüchtigen Fettsäuren basirt, deren Auftreten bekanntlich für die Naturbutter charakteristisch ist. Diese Methode hat schon zahlreiche Modificationen erfahren, und noch immer werden neue Verbesserungsvorschläge gemacht. Diese Erscheinung hat darin ihren Grund, daß die Methode — worauf R. Wollny [8]) zuerst hingewiesen hat — mit einer Reihe von Fehlerquellen behaftet ist. Es sind dies Fehler durch absorbirte Kohlensäure bei der Verseifung, Fehler durch Aetherbildung bei der Verseifung und Fehler durch Aetherbildung bei der Destillation.

Nach der Reichert-Meissl'schen Originalmethode verbraucht reines Butterfett für je 5 Gramm Substanz und 110 Ccm. Destillat. 26—32 Ccm. $^1/_{10}$ Normallauge, Margarin oder andere Fette bis zu 3 Ccm. Nach unseren Erfahrungen zeigt die Reichert-Meissl'sche Zahl erst dann eine Margarinverfälschung ganz sicher an, wenn sie sehr niedrig ist, d. h. wenn sie unter 17 liegt.

In anderen Fällen ist jedoch diese Methode allein entschieden nicht ausreichend. Es sei diesbezüglich auf die beachtenswerthe Abhandlung von Schrodt und Henzold in der „Landwirthschaftlichen Versuchsstation", 40, pag. 299, hingewiesen, aus der hervorgeht, daß auch Butterfette auftreten, welche durch einen niedrigen Gehalt an flüchtigen Fettsäuren gekennzeichnet sind. Die Ursache dieser Erscheinung ist bislang noch nicht mit Sicherheit festgestellt.

Wahrscheinlich dürfte obige Thatsache mit der Fütterung im Zusammenhange stehen. Denn es ist beispielsweise durch Fütterungsversuche festgestellt worden, daß Runkelrüben, dann Weidegras und grüner Klee einen höheren Gehalt von flüchtigen Fettsäuren erzeugen als Ensilagegras. Ferner sind die Grenzwerthe für die flüchtigen Fettsäuren zu niedrig und daher aus diesem Grunde die Bestimmung derselben zum Zwecke der Ueberwachung des Butterhandels nicht ausreichend. Eine andere, sehr bekannte Methode ist die von Hehner [9]), welche den Gehalt an wasserlöslichen Fettsäuren des Butterfettes bestimmt. Dieses Verfahren ist, wie jeder

[7]) „Milchzeitung", 1887, pag. 609 u. 749.

[8]) „Zeitschrift für analytische Chemie", 18, pag. 68, und „Dingler's polytechnisches Journal", 1879, Bd. 233, pag. 229.

[9]) „Zeitschrift für analytische Chemie", 16 (1877), pag. 145.

Chemiker weiß, ebenso umständlich als zeitraubend. Ueberdies sind die HEHNER'schen Zahlen großen Schwankungen unterworfen, daher ist es nicht schwer, derartige Mischungen von Butter und Margarin herzustellen, daß die HEHNER'sche Zahl sich noch in den für die Butter festgestellten normalen Grenzen bewegt.

Eine größere Beachtung verdient die KÖTTSTORFER'sche Methode, welche die Verseifungszahl der im ungeschmolzenen reinen Butterfett vorhandenen Fettsäuren bestimmt. Diese Methode ist leicht ausführbar und in ihren Ergebnissen oft sehr verläßlich, weil der Abstand der Verseifungszahlen der reinen Butter und der fremden Fette recht groß ist. Die KÖTTSTORFER'sche Zahl in diversen Marktbutterproben schwankt nach den in der Literatur publicirten Zahlen zwischen 221 bis 233, während die Verseifungszahl der in dem Margarin enthaltenen Fette zwischen 195—197·9 liegt.

Liegt die KÖTTSTORFER'sche Zahl unter 221, so liegt eine Margarinverfälschung vor. In solchen Fällen, wo die KÖTTSTORFER'sche Zahl zweifelhaft erscheint, ist die Heranziehung der HEHNER'schen und REICHERT-MEISSL'schen nothwendig. Man hat auch versucht, das specifische Gewicht der Fette bei 100° C. zur Constatirung eines Margarinzusatzes heranzuziehen, jedoch bewegten sich die Zahlen — wie nachstehende Angaben zeigen — in so engen Grenzen, daß dieselben keinen sicheren Schluß gestatten. Reines Butterfett zeigt bei der Siedetemperatur des Wassers (bezogen auf Wasser bei 15° C.) ein specifisches Gewicht von 0·866—0·868, Margarin von 0·856—0·858.

Eine wichtige Rolle, namentlich in der polizeilichen Controle des Butterhandels, dürfte das bereits erwähnte Refractometer spielen. Dasselbe besteht im Wesentlichen aus zwei Prismen, zwischen welche einige Tropfen des flüssigen oder geschmolzenen Fettes gebracht werden. Die Prismen befinden sich in einem Metallgehäuse, welches vom Wasser durchströmt wird, dessen Temperatur geregelt und an einem Thermometer jederzeit abgelesen werden kann. Der Apparat beruht, wie ABBÉ's Refractometer, auf der totalen Reflexion. Durch einen Spiegel gelangt der Lichtstrahl (Tages-, Gas- oder Lampenlicht) zu den Prismen, erfährt hier durch das dazwischen befindliche Butterfett eine Ablenkung, wodurch die Grenzlinie der totalen Reflexion eine Verschiebung erleidet, deren Lage an einer in 100 Theile getheilten Mikrometerscala mittelst eines Oculars abgelesen wird. Gleichzeitig beobachtet man das Aussehen des Randes der scharfen Grenzlinie und liest den Stand des Thermometers ab. Vermöge der Herstellungsweise der Prismen erscheint der Rand für Butter völlig ungefärbt, bei solcher größerer Dispersion blau, bei geringerer jedoch rothgelb.

Von Wichtigkeit ist der Einfluß der Temperatur auf die Ablenkung für die verschiedenen Fette, und zwar ist bei allen Körpern die Refraction indirect proportional der Temperatur. Pro 1° Temperaturerhöhung fand MANSFELD bei Butterfett eine Verschiebung der Grenzlinie nach links um 0·53 Scalentheile, bei Margarine um 11·52 Scalentheile. Zur Untersuchung gelangt stets das geschmolzene und filtrirte Butterfett. Nach MANSFELD eignet sich der Apparat zur raschen Erkennung der unzweifelhaft echten Butterproben und zur Auswahl der verdächtigen; als solche sind Proben anzusehen, welche bei 40° C. eine Refraction von mehr als 44 Scalentheilen zeigen.

WOLLNY fand, in Scalentheilen ausgedrückt, für Naturbutter und Mischbutter folgende Werthe:

Naturbutter . . .	49·5—54·0 Scalentheile	bei 25°
Margarine . . .	58·5—66·4 „	„ 25°
Mischbutter . . .	54·0—64·8 „	„ 25°

Neuerdings hat RUDOLF HEFELMANN (Pharm. Centralhalle, Nr. 33, 1894) zahllose Untersuchungen mit dem Oleorefractrometer durchgeführt, wobei er das Untersuchungsmaterial sowohl bezüglich des Alters, als der chemischen Beschaffenheit möglichst wechselte. Nach HEFELMANN ist der Apparat ausgezeichnet geeignet, die polizeiliche Buttercontrole durchzuführen, und nachdem der Apparat auch von jedem anstelligen Laien sicher gehandhabt werden kann, überdies die Anschaffungskosten gering sind (der Apparat kostet inclusive Heizvorrichtung 212 Mk. 75 Pf.), so steht der allgemeinen Einführung des Apparates behufs behördlicher Ueberwachung des Butterhandels Nichts im Wege.

Aus der medicinischen Poliklinik des Professor Dr. Martius in Rostock.

Gastroptose und Chlorose.

Untersuchungen von **C. A. Meltzing**, praktischem Arzt.

(Schluß.)

10. Marie Bl., 27 Jahre alt.

Pat. tritt mit der ärztlichen Diagnose Chlorose in die Behandlung der Poliklinik. Sie klagt über Herzklopfen, Luftmangel und allgemeine Körperschwäche.

Die Kranke ist seit ihrem 18. Jahre menstruirt. Die Regel tritt unregelmäßig ein, ihre Dauer beträgt meist 1—2 Tage.

Ein Corset wurde erst seit dem 20. Lebensjahre und auch dann nur des Sonntags getragen.

Durch die objective Untersuchung kann außer einer ziemlich starken Oligochromhämie (der Hämoglobingehalt betrug 60%) nichts Krankhaftes festgestellt werden.

Die Motilität des Magens war eine normale. A. 1¼ Stunden nach Probefrühstück war 68; Lackm. + Congo +. Die Durchleuchtung wurde im Stehen nach Eingießen von 1100 Cubikcentimeter Wasser vorgenommen.

Die obere Durchleuchtungsgrenze stand überall 1 Querfinger tiefer als die bei Rückenlage durch Percussion festgestellte, normal verlaufende untere Lebergrenze. Nach rechts dehnte sich das Durchleuchtungsbild bis zur linken vorderen Axillarlinie aus. Der tiefste Punkt desselben lag in der Mittellinie etwas unter der die beiden Darmbeinkämme verbindenden Horizontalen. Von hier stieg die untere Grenze steil zum linken Rippenbogen empor. Der Fundus wurde beim Herausziehen der Lampe mit durchleuchtet. Eine respiratorische Verschiebbarkeit des Durchleuchtungsbildes war nicht zu bemerken (s. Fig. 11).

Fig. 11. Marie Bl.
Normaler Magen.
— Percussionsgrenze.
... Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Stehen.

Fig. 12. Frida D.
Normaler Magen.
... Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Stehen.
... Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Liegen.

Durch starke Aufblähung mittelst Kohlensäure wurde die große Curvatur genau an derselben Stelle sichtbar wie bei der Durchleuchtung. Die kleine Curvatur lag anscheinend unter dem unteren Leberrand an einer Stelle, die vorher bis zum Leberrand sehr gut durchleuchtet war. Die in diesem Falle bei leerem Magen sehr gut sichtbaren Pulsationen der Bauchaorta waren jetzt nur noch mit einiger Mühe zu palpiren.

11. Frida D., 24 Jahre alt, Köchin.

Pat. klagt vornehmlich über allgemeine Körperschwäche. Versucht sie schwere Arbeit zu thun, so stellt sich Athemnoth und

Herzklopfen ein. Zeitweise leidet sie an heftigen Kopfschmerzen. Nach sauren Speisen will sie wiederholt erbrochen haben. — Die Regel stellt sich alle drei Wochen ein und hält meist 8 Tage an, sie geht mit Kreuzschmerzen und geistiger Benommenheit („Dusigkeit") einher. — Ein Corset trägt die Kranke seit 5 Jahren regelmäßig.

Die objective Untersuchung der mittelgroßen, mit einem starken Panniculus adiposus ausgestatteten Pat. ergibt außer einer Herabsetzung des Hämoglobingehaltes auf 50% nichts Abnormes.

Der Magen war motorisch sufficient. Die Acidität $1^1/_4$ Stunden nach Probefrühstück betrug 56; Congo + Lackm. +.

Die Durchleuchtung des leeren Magens war ohne verwerthbares Resultat. Bei 1000 Cubikcentimeter Wasserfüllung und aufrechter Körperhaltung entsprach die obere Grenze des Durchleuchtungsbildes dem unteren Leberrande. Dieser befand sich in der Mittellinie an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel der Linea xiphoumbilicalis. Die große Curvatur verlief vom rechten unteren Leberrande zuerst nach abwärts, erreichte dann ihren tiefsten Punkt in der Mittellinie gut 2 Querfinger unter dem Nabel und stieg von hier zum linken Rippenbogen wieder empor. — Bei gleicher Wasserfüllung und Rückenlage stand das ganze Durchleuchtungsbild um gut 2 Querfinger höher. Der jetzt sich respiratorisch sehr gut verschiebende untere Leberrand kreuzte nunmehr die Linea xiphoumbilicalis an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel. Die große Curvatur befand sich etwas über Nabelhöhe.

Der Fundus wurde beim Herausziehen der Lampe bis zur 8. linken Rippe mit durchleuchtet (s. Fig. 12).

Fig. 13. Erna E.
Normaler Magen.
— Percussionsgrenze des unteren Leberrandes.
- - - Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Stehen.
... Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Liegen.

Fig. 14. Bertha R.
— Percussionsgrenze des unteren Leberrandes.
- - - Durchleuchtungsfigur des leeren Magens im Liegen.
... Durchleuchtungsfigur des gefüllten Magens im Stehen.

12. Erna E., 17 Jahre alt.

Pat. wird seit 2 Jahren wegen typischer, häufig recidivirender Chlorose von der Poliklinik aus behandelt. Ihre Klagen sind allgemeiner Natur. Sie fühlt sich matt, hinfällig und unlustig zu jeder größeren körperlichen oder geistigen Anstrengung. Mit großer Regelmäßigkeit stellt sich in einem Zwischenraum von 14 Tagen ein Migräneanfall ein, der mit Erbrechen endet. Die Kranke ist noch nicht menstruirt. Ein Corset trägt sie seit 2 Jahren.

Außer einer großen Blässe der sichtbaren Schleimhäute und einer Herabsetzung des Hämoglobingehaltes auf 48% kann durch die Untersuchung nichts Krankhaftes festgestellt werden. Der Magen war motorisch sufficient. A. $1^1/_4$ Stunden nach Probefrühstück war 59; Lackm. + Congo +.

Die Durchleuchtung des mit 1000 Cubikcentimeter Wasser gefüllten Magens lieferte ein sehr scharf contourirtes, lichtstarkes Bild.

Die obere Grenze desselben entsprach bei Rückenlage genau dem sich respiratorisch sehr gut verschiebenden, normal gelagerten unteren Leberrande. Nach rechts erstreckte sich das Durchleuchtungsbild bis zur rechten vorderen Axillarlinie. Der tiefste Punkt desselben befand sich in der rechten Parasternallinie auf der die beiden Darmbeinkämme verbindenden Horizontalen. Von hier stieg die linke seitliche Grenze steil zur fünften linken Rippe empor, die sie in der Mamillarlinie erreichte. Bei aufrechter Körperhaltung hatte sich das Durchleuchtungsbild um circa 7 Centimeter nach unten verschoben. Die Grenzen hatten im Uebrigen denselben Verlauf wie bei Rückenlage. Eine respiratorische Verschiebbarkeit der Durchleuchtungsfigur war jetzt nicht zu bemerken (s. Fig. 13).

13. Bertha R., 18 Jahre alt.

Pat. wurde seit Ostern 1894 von der Poliklinik aus wiederholt wegen Chlorose behandelt. Sie klagt über Mattigkeit und bei größeren Anstrengungen auftretendes Herzklopfen mit gleichzeitiger Athemnoth. Ihre Hauptbeschwerden werden durch häufig sich einstellende intensive Kopfschmerzen verursacht. Sie ist seit ihrem 14. Lebensjahre sehr unregelmäßig menstruirt. Letzthin ist die Regel $^1/_2$ Jahr ausgeblieben und hat sich erst vor jetzt 8 Tagen wieder eingestellt. Ein Corset wird seit $3^1/_2$ Jahren getragen.

Die objective Untersuchung ergibt außer einer Hämoglobinverminderung auf 40% und einer beträchtlichen Blässe sämmtlicher sichtbaren Schleimhäute nichts Abnormes. Die Motilität des Magens war eine ungestörte, die Acidität $1^1/_4$ Stunden nach Probefrühstück betrug 60; Lackm. + Congo ++.

Bei der Durchleuchtung des leeren Magens in Rückenlage gelang es, durch Wandernlassen der Lampe die Lage des nahezu normal verlaufenden unteren Leberrandes auf eine kurze Strecke festzustellen. Derselbe kreuzte, wie schon vorher durch die Percussion festgestellt war, die Linea xiphoumbilicalis in ihrer Mitte. Bei aufrechter Körperhaltung und 400 Cubikcentimeter Wasserfüllung befand sich der untere Leberrand um 2 Querfinger tiefer. Die Durchleuchtungsfigur erstreckte sich nach rechts bis zur Mamillarlinie. Der tiefste Punkt derselben befand sich in der Mittellinie in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse.

Die Grenzen links konnten, da hier das Lichtbild nicht scharf contourirt war, nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Eine respiratorische Verschiebbarkeit des Durchleuchtungsbildes war bei dieser Körperhaltung nicht zu bemerken (s. Fig. 14).

Die sechs hier angeführten Durchleuchtungsbefunde zeigen uns, daß wir überall normal große und normal gelagerte Magen vor uns haben. Das Durchleuchtungsbild des mit Wasser gefüllten Magens hat hier bei chlorotischen Individuen dieselben Grenzen wie bei den unter 1.—4. angeführten Untersuchungsbefunden von nicht chlorotischen Personen weiblichen Geschlechts.

Und diese letzteren sind wiederum durchweg dieselben, wie sie schon früher bei gesunden männlichen Individuen gefunden wurden. Es ist deshalb — zum mindestens für diese 6 Fälle — die Annahme entschieden zurückzuweisen, dass die Erkrankung des Blutes mit einer Verlagerung des Magens in einem directen Zusammenhange steht. Ein constant bei der Chlorose des Entwicklungsalters vorkommender pathologisch-anatomischer Befund ist die Gastroptose demnach sicher nicht. Sie kann also auch nicht als allein ursächliches Moment für diese Erkrankung des Blutes in Betracht kommen.

Die anderen Punkte, auf die die MEINERT'sche Theorie sich stützt, sind weniger wichtiger Natur. — Was zunächst die Identität der Geschichte und Geographie der Chlorose mit der des Corsets betrifft, so konnten hierüber Nachforschungen leider nicht angestellt werden. Die Gründe, die MEINERT für diesen Zusammenhang anführt, sind nicht stichhaltig. Wo das Corset von dem größeren Bruchtheil einer Bevölkerung getragen wird, werden gleichzeitig wohl stets so viele andere culturelle krankmachende Einflüsse sich geltend machen, daß der exacte Nachweis für die isolirte Chlorose erzeugende Wirkung der den Brustkorb verunstaltenden weiblichen Kleidung nicht mehr zu führen ist.

Als weitere Stütze für seine Annahme führt MEINERT den bei fast allen Chlorotischen sich findenden, unter dem Process. ensiform. localisirten Druckschmerz auf. Er bezieht denselben auf eine Hyperästhesie der von der herabgesunkenen kleinen Curvatur nicht mehr überlagerten, die Bauchaorta

überspinnenden sympathischen Nervengeflechte. Das Vorhandensein eines solchen Druckschmerzes ist in der That häufig zu constatiren. Er findet sich jedoch bei blutgesunden Männern fast ebenso häufig wie bei Personen weiblichen Geschlechtes und bei diesen, wie auch schon LANDAU berichtet, vorwiegend dann, wenn sie wiederholt geboren haben und schlaffe Bauchdecken besitzen. In einem Zusammenhang mit der Chlorose steht dieser Schmerz also nicht. Daß die Pulsationen der Bauchaorta schließlich aus dem Grunde besonders gut sichtbar sind, weil sich zwischen kleiner Curvatur und unterem Leberrand eine Lücke gebildet hat, ist nach dem unter 7., 5. und 10. angeführten Untersuchungsbefunden entschieden in Abrede zu stellen.

Nach alldem entbehrt, soweit die von uns in allerdings kleinem Umfange angestellten Untersuchungen reichen, die Chlorosentheorie MEINERT's einer vom exact wissenschaftlichen Standpunkte aus haltbaren Grundlage. Sie löst das Problem über das Zustandekommen der Chlorose nicht in befriedigender, für alle Fälle gültiger Weise, sondern ist, wenn auch als interessante und geistreiche, so doch immerhin als zum Theil sicher unhaltbare Hypothese zu betrachten. Wir sehen uns deshalb genöthigt, zu der Anschauung v. NOORDEN's zu recurriren, der die Chlorose als eine primäre Erkrankung der blutbildenden Organe auffaßt. Ueber die Art und die Ursache dieser Erkrankung haben bisher die diesbezüglichen Forschungen einen sicheren Aufschluß nicht geben können.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Prof. Dr. MARTIUS, für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Leitung bei der Ausführung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur: 1. E. MEINERT, Sammlung klin. Vorträge von VOLKMANN. Nr. 115/116. — 2. P. HERTZ, Abnormitäten in der Lage und Form der Bauchorgane bei dem erwachsenen Weibe in Folge des Schnürens und Hängebauches. Berlin 1894. — 3. C. A. MELTZING, Magendurchleuchtungen. Untersuchungen über Größe, Lage und Beweglichkeit des gesunden und kranken menschlichen Magens. Zeitschrift f. klin. Medicin, Bd. XXVII, H. 3—6. — 4. LANDAU, Die Wanderleber und der Hängebauch der Frauen. Berlin 1884. — 5. SCHMIDT's Jahrbücher, Nr. 136, pag. 143. — 6. EINHORN, New-Yorker med. Monatschrift, Nov. 1893. — 7. EINHORN, Berlin. klin. Wochenschrift, 1892, Nr. 51. — 8. HERYNG und REICHMANN, Ueber elektrische Magen- und Darmdurchleuchtungen. Therap. Monatsschrift, März 1892. — 9. RENVERS, Verein f. innere Medicin, 4. April 1892. — 10. PARISER, Demonstration der elektrisch. Durchleuchtung des Magens in der Berliner med. Gesellschaft, Juli 1892. — 11. LEOP. KUTTNER und JACOBSON, Ueber die elektrische Durchleuchtung des Magens und deren diagnostische Verwerthbarkeit. Berlin. klin. Wochenschrift, 1893, Nr. 39.

Referate und literarische Anzeigen.

F. HIRSCHFELD (Berlin): Ueber das Coma diabeticum.

In einer aus dem Jahre 1883 stammenden Zusammenstellung berichtet BLAU über 86 Patienten, welche an Coma diabeticum starben, davon 73 unter 40 Jahren und nur 13, also etwa 15%, älter als 40 Jahre. Diese Thatsache bildet schon einen prognostischen Anhaltspunkt beim häufigen Vorkommen der Zuckerharnruhr gerade im höheren Lebensalter. Auch haben alle Autoren den außerordentlich raschen Verlauf der Krankheit in diesen Fällen hervorgehoben. Von Chirurgen wurde darauf aufmerksam gemacht, daß oft nach Operationen an Diabetikern Coma auftrete. Immerhin herrscht heute die allgemeine Ansicht, daß eine bestimmte Voraussage, ob Coma diabetic. eintreten wird oder nicht, in keinem Falle möglich ist.

Die Untersuchungen, welche H. über die Acetonurie bei Diabetikern anstellte („Deutsche medic. Wochenschr." 1895, Nr. 26), haben nun Resultate ergeben, welche geeignet sind, die Prognose zu erleichtern. H. konnte zunächst nachweisen, daß die Acetonurie im Hunger, im Fieber und bei Krebserkrankungen lediglich durch zu geringe Kohlehydrataufnahme bedingt ist. Genießen die Patienten reichlich vegetabilische Kost oder trinken sie viel Milch, so verschwindet die Acetonurie. Die Annahme einer Acetonuria febrilis, gastrica oder carcinomatosa ist somit nicht mehr gerechtfertigt. Nur beim Diabetes hat der Organismus die Fähigkeit verloren, sowohl die Kohlehydrate wie das Aceton zu zersetzen. Allerdings verhält sich die Acetonausfuhr bei den einzelnen Diabetikern sehr wechselnd. Unter 7 angeführten Fällen, bei welchen der Verlauf ein verhältnißmäßig rascher war (12—20 Monate), stieg die Acetonurie deutlich im Verlaufe von Monaten an. Eine hohe, über 1·0 hinausgehende Acetonausscheidung wird als übles Vorzeichen gelten, wenn dabei auch das Gesammtbefinden des Patienten ein ganz gutes ist. Bei der milden Form des Diabetes, sowie bei den meisten Diabetikern, die schließlich unter allen Symptomen von Coma zu Grunde gingen, war die Acetonausscheidung dauernd eine niedrige. Dem Lebensalter nach waren fünf Patienten unter 40 Jahren und nur zwei älter.

Was die Umstände betrifft, welche geeignet sind, den Ausbruch des Comas herbeizuführen, so wird als häufige Ursache übergroße Anstrengung angeführt. Für zwei Fälle H.'s trafen diese Angaben zu. Einen weiteren Anlaß zum Ausbruch des Comas kann die Mindederernährung abgeben. In mehreren Fällen konnte H. schon etwa 10 Tage vor dem Auftreten der ersten Coma-Erscheinungen ein Sinken des Körpergewichtes beobachten. Früher hat man bisweilen nach Einführung einer strengen Fleischdiät Coma auftreten sehen. In vielen Fällen war ein solches Vorgehen vortheilhaft, und man hat bisher die günstige Wirkung lediglich als Fortfall der Wirkung der Kohlehydrate angesehen. Wenn aber die Fleischdiät nicht genügt, um den Stoffbedarf zu decken, so wird sie eine Inanitionsdiät und dies wurde bisher wohl zu wenig berücksichtigt. Denn H. sah nie Coma auftreten, wenn nach dem Ausschluß der Kohlehydrate nur dafür gesorgt war, daß der Stoffbedarf vollständig gedeckt wurde. Auch die günstige Wirkung der Ueberernährung spricht für die Schädlichkeit der ungenügenden Nahrungszufuhr. Was das Auftreten des Coma nach Narkosen betrifft, so nimmt BECKER an, daß die Narkose auf die Acetonausscheidung von Einfluß sei. H. kann diese Beobachtung nicht bestätigen und glaubt vielmehr, daß es sich um eine Wirkung des Chloroforms auf das Herz oder das Gefäßsystem handle. In diesem Sinne würde die Narkose ähnlich wirken wie eine übermäßige Muskelanstrengung.

Die Diagnose des Coma ist bei typischen Anfällen leicht: Beginn mit Magenschmerzen, wozu sich starker Kopfschmerz und das Gefühl von Athemnoth gesellt, welche Beschwerden allmälig zunehmen. Die Kranken verlieren das Bewußtsein und 2—10 Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen erfolgt der Tod. Differentialdiagnostisch kommen Anfälle von Herzschwäche, Apoplexien in Betracht. Hier schafft oft nur die Untersuchung des Urins auf Aceton, Acetessigsäure und Oxybuttersäure ein sicheres Urtheil. Als ein weiteres Symptom führt H. das Sinken des Blutdruckes an, welches er in einem Falle constatirte. Für die Prognose ist es wichtig, zwei Gruppen zu unterscheiden: Die erste Gruppe betrifft meistens jüngere Leute mit beträchtlicher Glycosurie und raschem Verlaufe der Erkrankung. Die Acetonurie ist beträchtlich und steigt im Verlaufe von Monaten immer mehr an. In der zweiten Gruppe finden sich ältere Leute mit vorzugsweise mildem Verlaufe der Krankheit; erst im Anschluß an eine Gangrän oder schwer fieberhafte septische Erkrankung tritt das Coma auf.

Therapeutisch kommt für die Verhinderung des Ausbruches des Coma zunächst die Regelung der Muskelthätigkeit in Betracht. Eine Steigerung derselben ist einerseits im Stande, eine günstige Wirkung, besonders auf die Glycosurie auszuüben, andererseits wird eben dadurch der Ausbruch des Comas herbeigeführt. SENATOR empfiehlt, bei schon heruntergekommenen Patienten mit Leibesübungen vorsichtig zu sein. Aber zwei von den Patienten H.'s, bei denen das Coma nach Ueberanstrengung ausbrach, machten durchaus nicht den Eindruck von heruntergekommenen Kranken. Die Bestimmung des Acetons im Harne kann in solchen Fällen einen wichtigen Fingerzeig geben, um auch eine in dieser Beziehung streng individualisirende Behandlung einzuleiten. Von gleicher Wichtigkeit ist die Ernährung. Zeitweise wird sich eine Ueberernährung empfehlen. Bei schon ausgesprochenem Coma gilt es als Regel, mehr Kohlehydrate zu verabreichen. Doch ist der Nutzen dieser Maßregel ein zweifelhafter. Das Gleiche gilt von der Alkalien-Infusion STADELMANN's und von der prophylaktischen Anwendung von Alkalien. Ba.

F. KLEMPERER und **E. LEVY** (Straßburg): **Ueber Typhus-Heilserum.**

Nachdem es den beiden Autoren gelungen war, in einer der Darstellung des Diphtherie-Heilserums analogen Weise ein Hundeserum zu gewinnen, welches Thiere gegen Typhusbacillen zu immunisiren und, eine Zeit lang nach der Infection gegeben, zu heilen vermag, gingen sie zu Versuchen mit diesem Serum am Menschen über, worüber sie in der „Berl. klin. Woch.“ (1895, Nr. 28) Mittheilung machen. Vorerst lehrten Versuche an sich selbst, daß das Serum in Mengen von 5 Ccm. für den Menschen ungiftig sei. Mit dieser Dosis wurde auch bei einem Typhuskranken begonnen und, da unangenehme Nebenerscheinungen nicht auftraten, rasch zu großen Dosen übergegangen. Bis jetzt wurden 5 Pat. mit dem Serum behandelt. Sie erhielten an drei auf einander folgenden Abenden je 20 Ccm. Serum. Irgend welche nachtheilige Folgen wurden nicht beobachtet. Alle 5 Pat. befanden sich in der ersten Woche der Erkrankung. Weder die Krankengeschichten, noch die Fiebercurven sagen etwas Bestimmtes über den Werth der Behandlung. Die Curven sind die relativ leichter Typhen. Gewöhnlich am 3. Tage nach der ersten Injection begannen die morgendlichen Remissionen; unter dem üblichen staffelförmigen Absinken der Temperatur trat gegen Ende der 2. oder anfangs der 3. Woche Fieberlosigkeit ein. Die Fälle verliefen somit als leichte Typhen; ob dazu die Behandlung das Mindeste beitrug, ist nicht zu sagen. Aber das Eine steht fest, daß die Serumtherapie des Typhus gänzlich unschädlich ist, und ferner, daß sie die Krankheit nicht coupirt; wenn sie überhaupt einen Einfluß ausübt, so besteht derselbe darin, daß das Typhusserum den Verlauf der Krankheit mildert und verkürzt, gewissermaßen ihren natürlichen Verlauf sichert. s—s.

Beiträge zur Lehre von der Uterusruptur. Nach achtzig in der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin beobachteten Fällen. Von **Dr. Alfred Koblanck**, I. Assistenzarzt an der kgl. Universitäts-Frauenklinik. Mit einer Tafel. Stuttgart 1895, Ferdinand Enke.

Unter Zugrundelegung von 80 Fällen von Uterusruptur, die auf der geburtshilflichen Klinik der Universität Berlin vorkamen (von denen er aber nur die wenigsten selbst beobachtete), bespricht Verf. unter Heranziehung der einschlägigen Literatur die Uterusruptur, nämlich deren Begriff, Eintheilung und Häufigkeit, deren Aetiologie, deren Symptomatologie und Diagnose, sowie schließlich deren Therapie. Nach keiner Richtung hin bringt er Neues. Die Arbeit trägt den Charakter einer einfachen Compilation an sich. Beigefügt sind derselben in Tabellenform die 80 erwähnten einschlägigen Fälle. Die 4 Figuren, darstellend 4 Präparate zerrissener Uteri, sind nicht gut ausgeführt, da sich aus den Abbildungen der Sitz des Einrisses nicht deutlich entnehmen läßt. Den Schluß der Arbeit bildet ein nach den Namen der Autoren alphabetisch geordnetes Literaturverzeichniß, das Verf. zur Abfassung seiner Arbeit benützte. KLEINWÄCHTER.

Handatlas der sensiblen und motorischen Gebiete der Hirn- und Rückenmarksnerven zum Gebrauch für praktische Aerzte und Studirende. Von **Professor Dr. C. Hasse** in Breslau. Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Ein Theil der Bilder leidet darum Mangel, weil bei der Art der Darstellung gar nicht versucht wurde, die Plastik hervortreten zu lassen. Mit tiefem Verständniß für die Erforschung der nervösen Erkrankungen hat der Autor die Eintrittsstellen der Nervenästchen in die Haut und Schleimhäute vollkommen und sorgfältigst verzeichnet. Auch ist es sehr dankenswerth, daß er die Vertheilung der einzelnen Nervenästchen in den Körperhöhlen und Gelenkshöhlen zur Darstellung gebracht hat. In dem Buch wird jeder denkende Arzt gerne nachschlagen und sich für manche Erscheinungen die Orientirung holen. ERBEN.

Grundriß der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten für praktische Aerzte und Studirende. Von **Dr. A. Strauß**, Leipzig 1895, Naumann.

„Preis 3 Mk. Das fest auf Gaze geheftete Buch kann beim Aufschneiden nicht auseinanderfallen und braucht daher nicht gebunden zu werden.“ So am Titel zu lesen. Der Käufer erspart den Buchbinder, er wird es aber kaum ersparen, ein anderes Lehrbuch über Hautkrankheiten zu kaufen, wenn ihm an dem Studium derselben gelegen ist. Die Vorlage präsentirt sich als buchhändlerische Speculation, ist ein brauchbares „Paukbuch“ für Rigorosanten, aber wissenschaftlich nicht ernst zu nehmen. —r.

Feuilleton.

Der Geist der Heilkunde und ihre Beziehung zur socialen Frage.

IV.

„Edel sei der Mensch, hilfreich und gut.“ Die herrlichen Worte Goethe's sollen der Leitstern des ärztlichen Berufes sein. Die medicinische Wissenschaft wird nur gelehrt und geübt, diesem hohen Ziele zu genügen.

In gleicher Weise glänze der Stern für den Arzt, der fern von den großen Lehrstätten seine unermüdliche Thätigkeit entfaltet; und in gleicher Weise dem Manne der Wissenschaft, zu dem die Leidenden nach Tausenden wallfahrten. Zwischen Beiden wogt die bunte Menge der Streber, welche nach ihrer Weise die kranke Menschheit in die Arbeit nehmen und eingedenk des Spruches „mundus vult decipi, ergo decipiatur“ sich dabei ganz wohl befinden.

Nur Wenige gibt es, die, frei von den Sorgen des täglichen Lebens, den ärztlichen Samariterdienst aus innerem Berufe auszuüben so glücklich sind. Da die überwiegende Mehrheit dem Erwerbe nachzugehen bemüssigt ist, so ist es klar, daß die Gesellschaft und die Aerzte gegenseitige Verpflichtungen haben. Dies wird so häufig übersehen und die Aerzte gerathen hiedurch den Kranken gegenüber in eine schiefe Stellung.

Kennzeichnen wir vorerst den Pflichtenkreis des Arztes.

Dieser muß ein ganzer Mann sein. Seine erworbenen Kenntnisse müssen durch unausgesetzte Beobachtung der natürlichen Krankheits- und Heilungsvorgänge mit Zuhilfenahme der Naturwissenschaften vertieft und die Heilversuche auf dieser Grundlage unternommen werden. Hiebei ist auf das Seelenleben des Leidenden — auch wenn dieses normal zu sein scheint —, auf den Einfluß der Erblichkeit, der Erziehung, aller umgebenden Lebensverhältnisse die intensivste Rücksichtnahme zu pflegen. Im Individualisiren liegt die Meisterschaft des Arztes. Weiters: je größer Talent, Wissen, Erfahrung, desto tiefer muß sein Gemüthsleben und Mitgefühl mit dem Kranken sein. Er wird dann auch Jenen unentbehrlich, denen die umsichtigste und rationellste Behandlung nicht mehr helfen kann.

Zum Charakter des echten Arztes gehört die strengste Wahrheitsliebe; Wahrheit gegen sich selbst, gegen die Kranken, gegen die Collegen. Treu beobachten, bekennen, wenn man sich getäuscht hat, eingestehen, wenn man nicht auf den Grund der Dinge kommen kann, das als richtig Erkannte festhalten, die Gegengründe nüchtern prüfen und wieder rückhaltslos annehmen, wenn sie zutreffend und überzeugend sind.

Es scheint, daß wir aus dem Zeitalter des Skepticismus, dessen Hauptvertreter der große SKODA war, welcher mit dem alten Medicamentenkram erbarmungslos aufräumte und seinen Schülern wenige, aber sicher wirkende Heilmittel lehrte, in einen therapeutischen Optimismus, in eine verwirrende Fülle neuer Medicamente gerathen sind.

Es ist unleugbar, daß die modernen anatomischen und physiologischen Forschungen, z. B. des Centralnervensystems, neue Krankheitstypen aufstellen ließen, welche bisher nicht bekannt oder unrichtig gedeutet oder mit anderen Krankheitsbildern vermengt waren. Andererseits ist unter Specialisten und jugendlichen Beobachtern eine Entdeckungswuth ausgebrochen, welche längst bekannte Krank-

beiten mit neuen Namen belegte, einzelne Erscheinungen als Ganzes hinstellte und statt der erwünschten Klarheit Verwirrung brachte.

Und ebenso geht es mit der Therapie. Immer tauchen neue Arzneimittel auf, deren chemische Formeln und exotische Namen Niemand im Gedächtniß bewahren kann, und welche nach kurzem Dasein aus dem Arzneischatze verschwinden. Diese sog. Heilmittel werden von den Fabriken mit aller Reclame, mit Attesten unfehlbarer, unschädlicher, erprobter Wirkung versehen und auch unter Laien verbreitet. Und die Empfehlenden sind zuweilen die Träger berühmter ärztlicher Namen! Es gehört ein gut Stück Naivetät dazu, um die Sache ernst zu nehmen.

Es ist im Interesse der leidenden Menschheit zu beklagen, daß gewisse therapeutische Specialitäten schablonenhaft betrieben werden und durch ihre allgemeine Anwendung die für besondere Krankheiten sorgsam geprüfte Wirkung und berechtigte Werthschätzung verlieren. Hieher gehören die Wasserbehandlung, die Mechanotherapie, die Elektrotherapie. Ein noch dunkles Gebiet ist das der Hypnosen, welches unter den Nervenärzten ebenso viele Anhänger als Gegner hat und vorläufig ein fruchtbares Feld für Schwindel und Humbug ist. Nichts hat mehr Schaden gestiftet als die ziel- und zwecklos fortgesetzte Anwendung einer Heilmethode. Es haben eben die wenigsten Aerzte die Selbstverleugnung, einen Kranken an eine andere Specialität zu verweisen, wenn die eigene nicht zum Ziele führt, oder ausschließlich eine physiologisch richtige Lebensweise vorzuschreiben, die zuweilen noch das Beste ist.

Nun aber ein weiterer Nachtheil: die enttäuschten Kranken verfallen auf den Gebrauch von Geheimmitteln oder wenden sich an die sog. Naturärzte, an Individuen, die ebensoviel Kühnheit als Unwissenheit besitzen, und deren Calcul mit allem Raffinement auf die Leichtgläubigkeit der Menschen gegründet ist. Viele haben es dabei zu Ehren, Ansehen und Reichthum gebracht, ihr Wirken ist von oben geduldet, auch begünstigt worden. Ein classisches Beispiel ist Pfarrer Kneipp und sein Anhang. Ob es sich mit der ärztlichen Ehre, mit der Würde der Wissenschaft verträgt, wenn Doctoren sich in den Dienst solcher Laien stellen und für diese die beste Reclame abgeben, darüber mögen die Aerztekammern verhandeln.

Nach dieser Skizzirung des ärztlichen Pflichtenkreises kehren wir zum Ausgangspunkte zurück. Wir sehen im ärztlichen Berufe nicht nur die Anwendung einer Wissenschaft, die Ausübung einer Kunst, sondern als das Wichtigste die Bethätigung wahrer Nächstenliebe und Menschenfreundlichkeit zum Heile und Troste der Leidenden. In dieser Auffassung sind sich die großen Aerzte aller Zeiten und Länder begegnet.

Staat und Gesellschaft haben den Aerzten gegenüber eine doppelte Verpflichtung: sie müssen denselben Anerkennung und Werthschätzung entgegenbringen; sie müssen es ihnen aber auch ermöglichen, der Wissenschaft und ihren Pflichten durch thunlichste Sicherung der Existenz gerecht werden zu können. Diese ethische Forderung wird zuweilen in glänzender Weise erfüllt oder mit Lässigkeit und Widerstreben eingelöst oder ganz vernachlässigt.

Es ist eine alltägliche Erfahrung, daß man dem Arzte den unglücklichen Ausgang einer Krankheit als Schuld anrechnet und ihn ebenso ungerecht wie herzlos verurtheilt. Mit derselben Unkenntniß wird die längere Dauer eines Leidens als ärztliche Ungeschicklichkeit oder als Mangel an Erfahrung aufgefaßt. Auch wird darin gefehlt, daß man der auf wissenschaftlichen Grundsätzen beruhenden Methode und Diätetik mit Mißtrauen begegnet oder aus Bequemlichkeit und Indolenz sich derselben nicht fügen will. Es ist aber von größter Wichtigkeit, die Behütung der Gesundheit, mit welcher das geistige Wohlsein und die Freude am Leben so innig verbunden sind, vertrauensvoll nur den Aerzten zu überlassen! Wenn auch der Heilkunde mehr als jeder anderen Wissenschaft natürliche Grenzen gesetzt sind, welche sie nicht überschreiten kann, so ist dennoch innerhalb der letzteren eine wahre Fülle segenbringender Gedanken, Rathschläge und Hilfeleistungen enthalten. Die Heilkunde hat sich schon längst von den Fesseln speculativer Philosophie und roher Empirie befreit, sie hat sich nicht nur der großen Naturwissenschaften zu ihrem Aufbaue bedient, sie ist selbst eine Naturwissenschaft geworden. Ihre Errungenschaften kommen unbewußt, ungekannt, nicht immer gewürdigt der Menschheit zugute.

So wurde das traurige Los der Geisteskranken durch geläuterte psychiatrische Anschauungen, durch Abnahme der Ketten (Pinel) und Aufhebung des Zwangsystems (Conolly), durch Errichtung von Irrencolonien in trostreicher humaner Weise verbessert.

Die von Lombroso begründete Lehre von der Natur des Verbrechens und der Verbrecher hat auf dem Gebiete der Anthropologie und Criminalpsychologie eine ungeheure Bewegung entfesselt, die auch den Criminalisten nöthigt, diese Forschungen im Interesse der Rechtspflege, der Gesellschaft und des Verbrechers selbst eingehend zu würdigen.

Trotz der hohen Stellung der Heilkunde und ihrer Beziehung zu so vielen socialen Fragen haben die meisten Aerzte einen schweren Existenzkampf zu bestehen. Dennoch zögern sie, das wohlverdiente Honorar selbst zu bemessen, ja Bezahlung überhaupt zu verlangen — aus Furcht, den Clienten zu verlieren; der Armen und Mittellosen nicht zu gedenken, bei denen man angesichts alles sonstigen Elends mit dem Bewußtsein der erfüllten Pflicht sich abfinden muß.

Die schöne Zeit, in welcher jede bessere Familie ihren Hausarzt hatte, ein Verhältniß, bei welchem sich beide gut versorgt befanden, ist so ziemlich vorüber. Hingegen hat man Genossenschafts- oder Cassenärzte, besonders in Deutschland und Oesterreich, eingeführt, welche für geringes Honorar einer großen Zahl obligater Clienten die anstrengendsten Dienste zu leisten haben. Die Idee, auch dem ärmsten Arbeiter gegen minimale Rückleistung einen wissenschaftlich gebildeten Arzt zur Verfügung zu stellen, ist gewiß eine humanitäre; aber Kenner der Verhältnisse werden bestätigen, daß die Cassenärzte noch schlechter daran sind als die ebenfalls zu gering besoldeten Gemeinde- und Districtsärzte, welche zumal auf dem flachen Lande und im Gebirge eine höchst beschwerliche Thätigkeit zu entfalten haben.

Die Aerzte werden ihre Standesehre und ihre Interessen nunmehr durch die Kammern zur Geltung bringen; dem Staate aber obliegt es, sie in ihren Rechten zu schützen und ihnen in allen sanitären Fragen ein mitentscheidendes Votum einzuräumen.

Großes und Bewunderungswerthes wurde in unserem Jahrhunderte geschaffen durch Errichtung von Heilanstalten, Siechen- und Irrenhäusern, durch die Ausgestaltung von Bädern und Curorten, in der Verwerthung klimatisch günstiger Höhen- und Küstenpunkte, im Gebiete der Armenpflege, durch Kranken- und Unfallsversicherung, in den großen Aufgaben der Hygiene. In diesen Bestrebungen, in diesem Wirken ruht der Hebel, von welchem aus die socialen Fragen friedlich und erfolgreich zugleich in Angriff zu nehmen sind.

Mögen die berufenen Factoren nun auch der Aerzte eingedenk sein, die als Pionniere der Humanität mit Wissenschaft und Nächstenliebe, mit Kopf und Herz sich jederzeit und überall in den Dienst stellen, wo es Gutes und Edles zu vollbringen, die Gesundheit der Mitmenschen zu behüten, Krankheit, Siechthum und Elend zu mildern oder zu vernichten gilt! Sp.

Kleine Mittheilungen.

— Dr. L. v. Nencki und Dr. J. v. Jaworski empfehlen unter dem Namen **Apolysin ein neues Antipyreticum und Analgeticum,** welches seiner Abstammung nach dem Phenacetin verwandt ist und sich von diesem chemisch nur dadurch unterscheidet, daß in der Amidgruppe des Paraphenetidin ein Wasserstoffatom statt durch ein Essigsäureradical durch ein Citronensäureradical vertreten ist. Apolysin bildet ein weißlich-gelbes, krystallinisches Pulver von säuerlichem Geschmack, von schwachem Geruch, in kaltem Wasser im Verhältniß 1 : 55, in heißem Wasser fast in jedem Verhältniß löslich, ebenso in Alkohol und Glycerin. Versuche an Kaninchen und Fröschen, sowie an sich selbst ergaben die Ungiftigkeit des Mittels. Klinisch wurde das Apolysin in 41 Fällen auf seine antipyretische und analgetische Wirkung geprüft. Das Mittel wurde meist in Pulverform zu 1 Grm. mehreremal täglich gegeben. Die Schlüsse, welche die Autoren aus ihren klinischen Beobachtungen ziehen, sind folgende („Allg. med. Central.-Ztg.", 1895, Nr. 60—62). Innerlich gereicht wirkt das Apolysin bei fiebernden Kranken antithermisch, und gleichzeitig mit dem Temperaturabfall bringt es zum Verschwinden

oder verringert merklich eine ganze Reihe von Symptomen, vor Allem die Schmerzen. Bei Neuralgien wirkt das Apolysin schmerzstillend, verringert die Hyperästhesie, verkürzt die Dauer der einzelnen Anfälle und bringt oft diese Symptome gänzlich zum Verschwinden. Dank seiner chemischen Constitution wirkt das Apolysin rasch und sicher und ruft keine unangenehmen Nebenwirkungen hervor. Contraindicirt ist der Apolysingebrauch bei nüchternem leeren Magen oder bei secretorischer Hyperacidität. Apolysin ist leicht löslich wird deshalb schneller absorbirt und wirkt zuverlässiger als Phenacetin und die anderen Mittel dieser Gruppe. Das Apolysin ist so gut wie ungiftig. In Folge dieser Ungiftigkeit kann Apolysin in großen Dosen gegeben werden, behufs Erreichung starker und schneller analgetischer und antipyretischer Wirkung ohne Gefahr von Nebenwirkungen. Darin sehen die Autoren den Hauptvorzug des Apolysins.

— Ueber seine verbesserte Methode der **Autoskopie der Luftwege**[1]) schreibt Dr. A. KIRSTEIN in Berlin („Allg. med. Central-Ztg.“, 1895, Nr. 51): „Kein Cocain, kein Druck auf die Zähne, kein Rückwärtsbeugen des Kopfes, kein Verdecken der Epiglottis — diese vier Negationen charakterisiren die Errungenschaft meiner Arbeit während der letzten Wochen. Mein neues Autoskop besteht aus einer geradlinig verlaufenden Rinne, deren vorderer Rand concav geschweift und derartig verdickt und abgerundet ist, daß es unmöglich ist, mit dieser stumpfen Kante eine Schleimhautverletzung zu machen. Der Arzt steht vor dem in gewöhnlicher aufrechter Haltung auf einem Stuhle sitzenden Pat. Die Untersuchung geschieht hintereinander in drei Positionen, welche unmittelbar ineinander übergehen. Erste Position (Pharyngoskopie): Das Autoskop wird benutzt wie ein gewöhnlicher Zungenspatel: man überblickt die Mundhöhle und die Pars oralis pharyngis. Zweite Position (Autoskopie des tiefen Pharynx): Das Autoskop gleitet wieder nach hinten, der Griff wird gehoben, man sieht die ganze Vorderfläche der Epiglottis, die Valleculae, oft die Aryknorpel und die Sinus pyriformes. Dritte Position (Autoskopie des Larynx und der Trachea): Der Griff wird noch stärker gehoben, bis die Ränder des Autoskops die obere Zahnreihe berühren, aber ohne daß gegen diese gedrückt wird, die stumpfe vordere Kante des Autoskops drückt auf das Ligamentum glosso-epiglotticum medium, wodurch die Epiglottis sich (nach dem bekannten REICHERT'schen Princip) steil emporrichtet, der Pat. reckt den Hals etwas nach vorne, ohne die Kopfhaltung zu ändern. Man übersieht das ganze Innere des Kehlkopfes und der Luftröhre, einschließlich der Hinterfläche der Epiglottis, sowie den ganzen untersten Pharynxabschnitt. Das Autoskop kann offen oder durch eine Celluloidplatte gedeckt angewandt werden. Das derbe, schwere Instrument erregt weniger Würgereiz, als man erwarten sollte. Stellt sich bei der zweiten, fast stets ausführbaren Position eine derartige Reizbarkeit heraus, daß das Mißlingen der dritten Position vorauszusehen ist, so geht man zur Laryngoskopie über oder cocainisirt.“

— Während bis jetzt alle Versuche, den lästigen Geruch des Jodoforms durch Zusatz desodorirender oder stark riechender Mittel, wie Kaffee, Tonkabohnen, Rosenöl, Cumarin oder durch Mischung mit bituminösen Substanzen zu beseitigen, zu einem durchschlagenden Resultat nicht geführt haben, ist es anscheinend jetzt auf einem anderen Wege gelungen, diese bei der ausgedehnten Anwendung des Jodoforms wichtige Frage zu lösen. Dr. A. EICHENGRÜN („Pharm. Ztg.“, 1895, Nr. 60) beschreibt unter dem Namen **Jodoformin (geruchloses Jodoform)** ein Präparat, welches eine völlig geruchlose chemische Verbindung mit einem Gehalt von 75% reinen Jodoforms bildet. Das Jodoformin ist ein staubfeines weißes Pulver, welches sich am Licht leicht gelb färbt und durch Einwirkung von Säuren oder Alkalien freies Jodoform abspaltet. Eine solche Abspaltung tritt auch allmälig auf dem Wundboden durch den Einfluß der Wundflüssigkeit ein und hört bei eingetretener Heilung, also beim Aufhören der Secretion, von selbst wieder auf, so daß sich auch bei Application des Präparates kein Jodoformgeruch bemerkbar macht. Die bisherigen klinischen Untersuchungen des Jodoformins ergaben als Vorzüge des Präparates neben der Geruchlosigkeit das Fehlen jeglicher Reizerscheinung, prompte Vernarbung ohne Krustenbildung und stark austrocknende Wirkung, wie die des Dermatols, was vermuthlich auf die äußerst feine Vertheilung des Mittels zurückzuführen ist.

[1]) S. „Wiener Med. Presse“, 1895, pag. 742.

— Mit dem **Analgen** hat Dr. MAAS thierexperimentelle und klinische Versuche angestellt, worüber er in der „Zeitschr. f. klin. Med.“ (1895, 28. Bd., 1. u. 2. Heft) berichtet. Das Analgen, ein Chinolinderivat, bildet ein grobkrystallinisches Pulver, welches in Wasser unlöslich, in heißem Alkohol löslich ist, außerordentlich rasch resorbirt und mit dem Urin wieder ausgeschieden wird, welch letzterem es eine rothe Färbung verleiht. Versuche an Fröschen Kaninchen und Hunden haben gezeigt, daß das Analgen in hohen Dosen (3 Grm. pro Kilo Körpergewicht) Convulsionen und Lähmungen erzeugt, welche schließlich zum Tode in Asphyxie führen. Subcutan injicirt wirkt das Analgen als locales Anästheticum. Durch längere Zeit angewendet, ruft das Analgen beim Thiere sehr beträchtliche Abmagerung und Herabsetzung der Reflexerregbarkeit hervor. Das Analgen besitzt ausgesprochen antithermische und bactericide Wirksamkeit. In Dosen von 5—6 Grm. pro die erzeugt das Analgen bei Fiebernden einen Temperaturabfall um 2—3 Grade, der sich schon eine halbe Stunde nach der ersten Gabe von 1 bis 2 Grm. manifestirt. Die Temperaturerniedrigung hält 2—3 Tage an, um dann zur früheren Höhe wieder anzusteigen. Der Temperaturabfall ist oft von profusen Schweißausbrüchen begleitet. Bei hektischem Fieber bewirkt das Analgen außer der Temperaturherabsetzung eine ganz besondere Euphorie. In Dosen von 3—4 Grm. pro die kommt dem Analgen eine ganz ausgezeichnete Wirkung bei acutem Muskel- und Gelenksrheumatismus zu. Letzterer verläuft in der Regel in 4—5 Tagen, wenn die Kranken 12—15 Grm. Analgen genommen haben. Dabei kommen unangenehme Nebenwirkungen, wie bei der Salicylsäure, nicht vor. Ohnmächtig ist das Analgen gegenüber den Residuen und Complicationen des Rheumatismus, sowie gegenüber dem chronischen Gelenksrheumatismus. Gute Dienste leistet das Analgen auch in täglichen Dosen von 3—4 Grm. bei Neuralgien (Ischias, Gesichtsneuralgien), bei den lancinirenden Schmerzen der Tabiker, bei den Cephalalgien der Chlorotischen etc.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XIII.

CZERNY (Heidelberg): **Zur Behandlung der chronischen Entzündung des Wurmfortsatzes.**

In Bezug auf die Aetiologie der Entzündung des Wurmfortsatzes verweist Redner auf die Angaben von RIBBERT, der von 400 Fällen in 25% obliterirende Processe, in 10% Kothsteine, in noch höherem Procentsatz Koth im Wurmfortsatz fand. Nicht selten sind Entzündungserreger, besonders das Bacterium coli mit Absceßbildung, ferner der Tuberkelbacillus oder Actinomykose die Ursache der chronischen Entzündung. — Redner bespricht des Weiteren den pathologisch-anatomischen Befund, sowie den klinischen Verlauf der Entzündung des Wurmfortsatzes und empfiehlt die frühzeitige Operation als lebensrettenden Eingriff. C. incidirt und nimmt den Wurmfortsatz, wenn er bequem zugänglich ist, fort, anderenfalls begnügt er sich mit der Eiterentleerung. Bisher hat er 11 Fälle von chronischer und 8 Fälle von acuter Entzündung des Wurmfortsatzes operirt. Sehr bald nach der Operation verschwinden spontan alle Ernährungsstörungen.

Schuchardt (Stettin) verfügt über ein aus der inneren und der chirurgischen Station gemischtes Material von 60—70 Perityphlitisfällen, die fast alle im Laufe der ersten 10 Tage der Erkrankung zur Operation kamen. Nur in den ganz schweren Fällen macht er die Incision; in den mittelschweren gibt er zunächst Opium und incidirt erst, wenn die Störungen des Sensoriums und des Darms nicht in den nächsten Tagen sich zurückbilden. Den Proc. vermiformis sucht er nicht auf, sondern eröffnet nur die Abscesse.

Kümmell (Hamburg) hat nur in Fällen operirt, bei denen mehrfach Recidive, oft 20—25mal, vorgekommen sind. In 45 Fällen von chronischer

Appendicitis hat er den Wurmfortsatz resecirt. Der 41. Fall, ein sehr anämisches Mädchen, ging 16 Stunden nach der Operation zu Grunde.

Die Technik der Operation ist namentlich bei starken Adhäsionen oft recht schwierig. Nur in einem Drittel der Fälle fand K. Perforationen, in 5 bis 6 Fallen Steine.

Rosenberger (Würzburg) hat den Wurmfortsatz 5mal, einmal zusammen mit dem Coecum resecirt. 4mal ließ sich der adhärente Proc. vermif. durch Abtasten auffinden.

Krönlein (Zürich) hat in zwei Fällen von Kothfistel durch Laparotomie und Naht des perforirten Colons Heilung herbeigeführt.

Sendler (Magdeburg) hat 8mal chronische, häufig recidivirende Appendicitis operirt mit einer durchschnittlichen Heilungsdauer von 14 Tagen. Kein Bauchbruch und keine Fistel.

Küster (Marburg) hat zweimal das Entstehen einer Kothfistel, einmal bei totaler Gangrän des Proc. vermiformis beobachtet, so daß der Fortsatz dicht am Coecum abgeschnitten werden mußte.

Löbker (Greifswald) hat 5 Fälle von chronischer Appendicitis glücklich operirt; im 6. Falle handelte es sich um ein primäres Carcinom des Wurmfortsatzes.

W. Körte (Berlin) konnte mehrmals bei der Operation perityphlitischer Abscesse vorübergehend eine Kothfistel constatiren. Die verschiedensten Formen der Bauchnaht, auch die mit Silberdraht, verhüten nicht mit Sicherheit den Bauchbruch.

Israel (Berlin) hat nur einmal dauernde Kothfistel bei mehrfacher Perforation des Colons gesehen, wahrscheinlich auf constitutioneller Grundlage. Continuirlich sich erneuernde Eitersenkungen weisen auf Actinomykose oder Tuberculose hin.

Rotter (Berlin) hat unter mehr als 30 operirten Fällen nur einmal eine Fistel beobachtet, die nach Resection des vereiterten Wurmfortsatzes heilte. Bei einem Pat. mit einem Bauchtumor ergab die Punction stinkenden Eiter. Incision und Annähung des Tumors, Heilung nach Abstoßung des Proc. vermiformis.

HILDEBRAND (Göttingen): **Experimente am Pankreas zur Erregung von Fettnekrosen.**

In der Ueberzeugung, daß nur das Secret des Pankreas die Ursache der Fettnekrose sein könne, suchte H. diese durch Stauung des Pankreassecretes experimentell zu erzeugen. Bei einigen Katzen unterband er den lienalen Theil des Pankreas, in weiteren 6 Fällen unterband er sämmtliche Venen, um die Resorption des Pankreassecretes durch die Blutbahn zu verhindern. Jedesmal konnten nach 8—10 Tagen im Pankreas und im Netz Fettnekrosen nachgewiesen werden. Diese nekrotisirten Stellen waren auch zu constatiren, wenn H. ein exstirpirtes Stück Pankreas einem anderen Thiere in die Bauchhöhle überpflanzte. Zur Entscheidung der Frage, ob ein Fettferment oder das Trypsin die Fettnekrose hervorrufe, brachte er mehreren Thieren reines Trypsin in die Bauchhöhle mit dem Erfolge, daß sich nur Hämorrhagien auf der Serosa des Darmes, aber keine Spur von Fettnekrose entwickelte. Aus diesem Ergebniß schließt H., daß die Fettnekrose nicht durch das Trypsin, sondern durch Fettfermente erzeugt wird.

Rosenbach (Göttingen) verweist auf die unter seiner Leitung von JUNG angestellten Untersuchungen über die Wirkung des Pankreasenzyms von Schweinen und Hunden auf die Bauchhöhle. Dieselbe documentirt sich als: 1. Fettnekrose, 2. Anordnung des Gewebes, 3. Blutungen bis in die Bauchhöhle.

KÖRTE (Berlin): **Demonstration zweier Präparate von Pankreasnekrose.**

Bei dem einen mit peritonitischen Erscheinungen erkrankten 35jährigen Pat. konnte K. nach Abschwellung des Bauches den typischen Tumor zwischen Magen und Colon fühlen. Durch Incision links vom Nabel wurde der größte Theil des nekrotischen Pankreas entfernt. Tod nach 8 Tagen in Folge von Inanition — Im zweiten Falle zeigte eine 72jährige, fettleibige Frau acute Erscheinungen von Peritonitis der oberen Bauchgegend wie bei Ileus. An der unteren Magengrenze war ein Tumor fühlbar. Tod an Lungenembolie. Es fand sich eine multiple Fettgewebsnekrose. In einem Falle, in welchem der größte Theil des Pankreas entfernt worden war, fand sich 2 Jahre später 6·6% Zucker im Harn.

RYDYGIER (Krakau): **Beitrag zur Milzchirurgie.**

Redner empfiehlt auf Grund eines erfolgreich operirten Falles, bei der Wandermilz die Splenopexis an Stelle der bisher geübten Splenektomie vorzunehmen. Die Statistik ergibt eine Mortalität von 31·2% und charakterisirt die Höhe der Gefahr der Splenektomie auch bei der Wandermilz. Außerdem ist selbstverständlich die Entfernung eines so wichtigen Organs nicht gleichgiltig für den Organismus. Sind doch gerade in neuerer Zeit verschiedene Ausfallserscheinungen, besonders bald nach der Operation, wie Drüsenschwellung, Leukämie, Schilddrüsenschwellung, mitgetheilt und namentlich auch die die Reconvalescenz erschwerende Verzögerung der Blutregeneration (VULPIUS) hervorgehoben worden. In Rücksicht auf die Schwierigkeit bei der Splenopexis, eine recht feste und dauernde Verwachsung herzustellen, hat Redner bei seinem Operationsverfahren die Milz in eine Art Tasche gesteckt, welche mittelst Querschnitt durch Ablösen des parietalen Peritonealblattes von der inneren Brustwand gebildet wird. Einerseits wird dadurch das Herabfallen der Milz verhindert, andererseits sind tiefe Befestigungsnähte überflüssig, da die Annähung des Lig. gastro-lienale an den Rand der Tasche genügt, nur muß man die Tasche möglichst tief machen, um ein Herausfallen der Milz zu verhüten. In einem nach dieser Methode operirten Falle, in welchem sich bei der wegen Darmeinklemmungserscheinungen vorgenommenen Laparotomie die Milz um ihren Stiel gedreht vorfand, ließ sich die Milz nach drei Monaten an der ihr gegebenen Stelle feststellen. Redner empfiehlt die von ihm angegebene Methode der Splenopexis als rationelleren und weniger gefährlichen Eingriff gegenüber der bisher üblichen Splenektomie bei der Wandermilz.

TRENDELENBURG (Bonn): **Ueber Operationen an der Blase.**

Bei zwei Pat. fand sich eine quer verlaufende, durch eine Schleimhautfalte gebildete Klappe am hinteren Rande des Orificium intern. urethrae, ohne daß die Prostata verändert war. Eine derartige Faltenbildung ist vielmehr congenital und bedingt bereits bei den Kindern gewisse Beschwerden, die sich bei stärkerer Aussackung der Blase hinter der Falte wesentlich steigern. Solche Kranke können nur im Stehen und bei ziemlich leerer Blase uriniren. Redner berichtet über zwei derartige Fälle, in denen er nach Sectio alta durch Spaltung der queren Schleimhautfalte vollständige Heilung herbeiführte.

Eine Reihe von schwierigen Eingriffen unternahm T. bei einem 22jährigen Mädchen, dem er wegen hochgradiger Beschwerden in Folge von Blasen- und Nierentuberculose nach einander die Urethra und einen Theil der Blase, dann den Rest derselben und schließlich die linke Niere entfernte. Der Ureter wurde in die Flexura sigmoidea eingenäht, um das fortwährende Abträufeln des Harns zu vermeiden. Zur Verhütung einer Infection wurde auch ein kleines Stück von der Ausmündungsstelle in die Blasenwand mit fortgenommen. Der Erfolg war zunächst monatelang ein vollkommener, indem der abfließende Urin im Darmcanal nur sehr geringe Beschwerden hervorrief und nur alle 3—4 Stunden Stuhl veranlaßte. In letzterer Zeit hat die Pat. wieder mehr zu klagen; die stärkeren Beschwerden scheinen durch einen Reizzustand des Rectums veranlaßt zu sein.

—r.

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Société médicale des hôpitaux.

Sitzung vom 19. Juli 1895.

CHANTEMESSE und **SAINTON**: **Die ätiologische Bedeutung nervöser Einflüsse beim Erysipel.**

Die beiden Autoren hatten öfter Gelegenheit, das Auftreten von Erysipel im Gefolge eines Zornesausbruches zu beobachten. Von 303 erysipelatösen Frauen bekamen 37 ein Recidiv; die Ursache desselben war in einer Anzahl von Fällen Kälte, in den restlichen Fällen ein Zornausbruch. Der Beginn derartiger Recidiven ist immer ein sehr plötzlicher. 3 oder 4 Stunden nach der psychischen Erregung zeigt sich Röthe, alsbald beginnt die Temperatur zu steigen und übersteigt oft 40°. Wenige Stunden genügen, daß die ursprünglich erkrankten und bereits in Abschuppung befindlichen Stellen wieder ergriffen werden. Die Dauer des Recidivs beträgt gewöhnlich zwei Tage, oft aber auch 4—8 Tage. Der Verlauf ist in der Regel ein leichter. Auch bei Männern wurden in 12% der Fälle Recidiven beobachtet; hier ist aber die gewöhnliche Ursache die Kälte, seltener ein psychisches Moment. Das katameniale Erysipel verdankt seine Häufigkeit vielleicht der veränderten Erregbarkeit des Weibes während der Menstruationsperiode, wodurch für die Vegetation des Streptococcus von vornherein ein günstiges Terrain geschaffen sein kann.

Es ist ferner nicht ausgeschlossen, daß die psychische Alteration in Familien, in welchen ein Mitglied an Erysipel erkrankt ist, die Möglichkeit der Ansteckung erhöht, während diese in Spitälern eigentlich recht selten ist. Eine Durchkältung von nur wenigen Minuten genügt, um ein Erysipelrecidiv hervorzurufen; es ist möglich, daß die Kälte, ähnlich der psychischen Alteration, in Form eines Nervenshockes wirkt. Wenn einerseits nervöse Störungen den Erysipelausbruch in hohem Grade begünstigen, ist doch andererseits nicht zu verkennen, daß die Streptococcentoxine auf das Nervensystem einen ganz bedeutenden Einfluß ausüben. Abgesehen von Delirien, Erythemen, Purpura, Arthropathien beobachtet man im Verlaufe des Erysipels oder während der Reconvalescenz hysterische Krisen, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, oft gesteigerte Patellarreflexe, endlich im Gefolge des Erysipels Chorea und chronische Myelitis.

BARIÉ: Ueber infundibulare oder präarterielle Stenosen der Arteria pulmonalis.

Bei einer an Morbus Addisonii leidenden Frau fand sich eine infundibulare oder nach C. PAUL präarterielle Stenose der Pulmonararterie. Die Stenose bestand, wie sich bei der Section zeigte, in einem harten weißlichen Ring von 5 Mm. Durchmesser. Die Länge des Canals war circa 1 Cm. Die verengerte Stelle war 2·5 Cm. von dem vollkommen gesunden Pulmonarostium entfernt. Ueber der Stenose war die Pulmonararterie dilatirt, ihre Wand glatt und nicht verdickt. Der rechte Ventrikel war dilatirt, die Tricuspidalklappen normal. Auch das linke Herz und seine Klappen waren normal. Klinisch gab sich die Affection kund durch ein sehr lautes vibrirendes systolisches Schnurren und ein rauhes Blasen während der ganzen Systole und der kleinen Herzpause. Subjectiv bestanden außer geringen Palpitationen keine Herzsymptome. Im Zusammenhalte mit den bisher publicirten analogen Fällen läßt sich über dieselben Folgendes sagen:

Die Infundibularstenose der Art. pulmonalis ist im Vergleich zu den übrigen Pulmonarstenosen eine seltene Affection. Unter 9 Fällen wurde sie 6mal bei Frauen beobachtet. Die Stenose bewirkt ein intensives systolisches Schnurren und ein gleichfalls systolisches blasendes Geräusch von großer Rauhigkeit. Am lautesten wird dasselbe gehört in einer Zone, welche vom 3. linken Chondrosternalgelenk und der Herzspitze begrenzt wird. An letzter Stelle ist das Geräusch noch sehr laut, aber es findet von da aus keine oder nur eine angedeutete Fortleitung gegen die Achselhöhle. Die Localisation des Geräusches unterscheidet diese Affection hinlänglich von der Pulmonarstenose, bei welcher das Geräusch am lautesten im 2. linken Intercostalraum ist. Die präarterielle Stenose kann angeboren oder erworben sein. Einige Beobachtungen sprechen für die rheumatische Aetiologie des Leidens. Wie die übrigen Formen der Pulmonarstenose kann sich auch die Infundibularstenose mit Lungentuberculose compliciren; doch scheint dies nicht sehr häufig zu sein. Diese Stenose kann unter Umständen mit Septumdefect und wegen der großen Intensität des Geräusches an der Herzspitze mit Mitralläsionen verwechselt werden. Ch.

Notizen.

Wien, 24. August 1895.

(Die österreichischen Aerztekammern.) Dem soeben erschienenen Mitgliederverzeichniß der österreichischen Aerztekammern entnehmen wir folgende statistische Daten: Mit Ausnahme von Dalmatien und Kärnten ist in sämmtlichen Kronländern Oesterreichs die Constitution der Aerztekammern durchgeführt. Es sind ihrer 18 mit 7594 Mitgliedern. Davon gehören 1585 der Wiener Kammer an. Die niederösterreichische Kammer mit dem Sitze in Baden zählt 556 Mitglieder. Die Aerzte Böhmens sind durch zwei Kammern, welche beide ihren Sitz in Prag haben, vertreten, durch eine deutsche Kammer mit 932 und eine czechische mit 990 Mitgliedern. Auch Galizien hat zwei Aerztekammern, nämlich eine ostgalizische mit dem Sitze in Lemberg und 499 Mitgliedern und eine westgalizische mit dem Sitze in Krakau und 421 Mitgliedern. Es folgen dann Brünn mit 656, Graz mit 496, Linz mit 320, Innsbruck (Deutsch-Tirol) mit 258, Trient (Italienisch-Tirol) mit 147, Troppau mit 159, Triest mit 134, Klagenfurt mit 102, Salzburg mit 92, Czernowitz mit 88, Pola mit 68, Bregenz mit 51 und Görz mit 40 Mitgliedern.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Beschluß des Professoren-Collegiums auf Zulassung des Dr. ARTHUR KLEIN als Privatdocent für interne Medicin an der Universität in Wien ist vom Leiter des Unterrichtsministeriums bestätigt worden. — Dr. J. V. ROHON ist zum a. o. Professor der Histologie an der czechischen Universität in Prag, Dr. F. SCHUCHARDT zum Professor für Psychiatrie in Rostock ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Der Primararzt des landesgerichtlichen Gefangenhauses in Wien, Dr. W. FERRONI Edler v. EISENKRON, hat den Titel eines Regierungsrathes, der Chefarzt der Lloydgesellschaft, Dr. A. CASTIGLIONI in Triest, in Anerkennung seiner verdienstlichen Thätigkeit auf dem Gebiete der Humanitätspflege das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten.

(Zur Controle der Spitalsverwiesenen.) Zum Zwecke der möglichsten Vereinfachung der Controle der Spitalsverwiesenen, welche durch ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Spitalspflege in öffentlichen Krankenanstalten die Fonde der Gemeinden oder des Landes ungebührlich belasten, und zur Herstellung eines gleichförmigen diesbezüglichen Vorganges hat der Minister des Inneren im Einvernehmen mit dem königl. ungarischen Ministerium des Inneren einen Erlaß an alle politischen Landesbehörden ergehen lassen. Darnach erfolgt die Spitalsverweisung einer Person durch die zuständige Statthalterei, bezw. Landesregierung im Einvernehmen mit dem Landesausschusse im Falle wahrgenommener mißbräuchlicher Inanspruchnahme der öffentlichen Spitalspflege, eventuell über Ansuchen der zahlungspflichtigen Heimatsgemeinde auf Grund der vorgelegten Spitalsbehandlungsscheine, aus welchen die Dauer der jeweiligen Spitalsaufenthalte und die gewohnheitsgemäß fingirte Krankheit der betreffenden Person zu entnehmen ist. Die Namen der Spitalsverwiesenen werden mit allen bezüglichen Daten den Verwaltungen der öffentlichen Krankenanstalten mitgetheilt. Jede seit dem 1. October 1895 erfolgte Ausweisung erlischt nach Ablauf von 3 Jahren. Nur im Falle der Unabweisbarkeit, welche durch ein besonderes spitalsärztliches Zeugniß zu bestätigen ist, dürfen Spitalsverwiesene in eine öffentliche Krankenanstalt aufgenommen werden.

(Die Lyssa-Schutzimpfungsanstalt in Wien.) Seit dem August v. J. besteht im Rudolfspitale ein unter der Leitung Prof. PALTAUF's befindliches PASTEUR'sches Institut, in welchem bis Ende Juni 1895 83 Personen behandelt wurden. 2 derselben haben sich der Behandlung vor Beendigung derselben entzogen. Von den Behandelten stammten 13 aus Niederösterreich, 43 aus Böhmen, 7 aus Mähren, 6 aus Steiermark, 6 aus Galizien, 2 aus Schlesien. Die beißenden Thiere waren in allen Fällen Hunde. Personen, die nur Quetschungen zeigten oder Zahneindrücke durch Kleidungsstücke oder aus Orten, wo Wuthverdacht nicht wahrscheinlich war (Wien z. B., wo seit 2 Jahren kein Fall von Wuth beim Hunde vorgekommen ist), wurden nicht in Behandlung genommen, resp. die Beobachtung des Thieres abgewartet.

(Der III. Internationale Physiologen-Congreß) wird vom 9.—13. September d. J. in Bern abgehalten werden. Mit demselben wird eine Ausstellung physiologischer Apparate verbunden sein. Anmeldungen sind an Herrn Prof. KRONECKER in Bern zu richten.

(Aerztliche Verantwortlichkeit.) Ein vom Standpunkt der ärztlichen Verantwortlichkeit interessanter Proceß ist kürzlich in Brüssel verhandelt worden. Ein dortiger Arzt hatte eine Frau wegen Gebärmutterbeschwerden behandelt. Ein zum Consilium beigezogener Professor rieth zum Curettement. Der Gatte erklärte sich mit diesem Vorschlag einverstanden und die Pat. wurde zum Zwecke der Operation in ein Sanatorium aufgenommen. Nach Dilatation der Cervix stellte sich heraus, daß die Pat. ein Uteruscarcinom hatte, und man entschloß sich zur totalen Hysterektomie, ohne die Einwilligung der Pat., welche in Narkose lag, oder ihres Gatten, der abwesend war, einzuholen. Die Kranke ging in der Folge an einer Blutung zu Grunde. Der Gatte verlangte 50.000 Frcs. Schaden-

ersatz. Das Gericht sprach ihm 5000 Frcs. zu. Wahrhaftig ein schlechter Lohn für den guten Willen.

(Die Affaire LAFITTE in Paris.) Die Affaire LAFITTE, die durch viele Monate die Gemüther der Pariser Aerzte in gerechter Entrüstung erhalten hatte, ist, wie wir seinerzeit berichtet haben, die traurige Geschichte eines Arztes, welcher wegen eines Abortes, der ihm zur Last gelegt wurde, und den er nach seiner Aussage und den nachträglichen Erhebungen gemäß schwerlich begangen hatte, kurzer Hand verurtheilt worden war. Mit dankenswerthem Eifer hatte sich die Pariser Vereinigung der medicinischen Presse der Sache angenommen, und ihren Bemühungen ist es nun gelungen, die Begnadigung des Collegen vom Präsidenten der Republik zu erreichen. Außerdem wurde dem unglücklichen Arzte auf dem Wege einer Subscription unter den Berufsgenossen die stattliche Summe von 19.500 Francs zugeführt. So traurig die Affaire für den betroffenen Arzt war, in so erfreulicher Weise gab sie Zeugniß von dem den Pariser Aerzten eigenen Solidaritätsgefühl und nicht in letzter Linie — sit venia — von dem großen Werthe der Fachpresse für die Fachcollegen.

(Die Kosten des ärztlichen Nachtdienstes in Paris.) In Paris ist bekanntlich die Einrichtung getroffen, daß der des Nachts gerufene Arzt von dem ihn requirenden Schutzmann einen Bon erhält, welcher bei der Polizeipräfectur gegen 10 Frcs. ausgetauscht wird. Letztere sucht sich hiefür am Pat. schadlos zu halten, was natürlich nicht immer möglich ist. Dies war im ersten Semester des laufenden Jahres bei fast 3000 Kranken der Fall, so daß die Präfectur 27.410 Frcs. — 9280 Frcs. mehr als im Vorjahre — für ärztliche Hilfe bei Nacht verausgabte.

(Eine Variola-Epidemie in London.) In London herrscht seit einigen Wochen eine Blatternepidemie, die an Intensität immer mehr zuzunehmen scheint. Das Hospital von Whitechapel hat in der vorigen Woche 250 Blatternkranke aufgenommen, von welchen 65 bereits gestorben sind. Nach einer officiellen Note hat die Epidemie ihren Ausgang von den Baulichkeiten der Heilsarmee genommen, welche in Schlafstellen umgewandelt worden waren.

(Ueber den Tod durch Elektricität) berichtete Prof. KRATTER im Verein der Aerzte Steiermarks auf Grund von Versuchen, die er im Anschluß an ein Sectionsergebniß bei Kaninchen und Meerschweinchen gemacht hat. Er hält für die erste Wirkung des elektrischen Stromes unter allen Umständen die Athmungshemmung, welche entweder eine endgiltige oder vorübergehende ist. Dauert der Athmungsstillstand eine gewisse Zeit, so kommt es secundär zum Herzstillstand. Deshalb meint er, der elektrische Tod sei nichts Anderes als eine besondere Art der Erstickung. Durch Elektricität Verunglückte sind daher so zu behandeln wie Menschen, welche in Erstickungsgefahr sind.

(Statistik.) Vom 11. bis inclusive 17. August 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5375 Personen behandelt Hievon wurden 1100 entlassen; 156 sind gestorben (12·4% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 37, egyptischer Augenentzündung 7, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 10, Scharlach 44, Masern 61, Keuchhusten 88, Wundrothlauf 25, Wochenbettfieber 1, Parot. epid. —, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 614 Personen gestorben (— 74 gegen die Vorwoche).

(Major THURE BRANDT †.) Der Begründer der gynäkologischen Massage, der Schwede THURE BRANDT, der sich als Laie einen medicinischen Weltruf erobert, ist gestorben. Wir behalten uns eine eingehende Würdigung dieses selten genialen Mannes vor.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Leo Hans, Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane. Berlin 1895, A. Hirschwald.

Hoffmann F. A., Vorlesungen über allgemeine Therapie mit besonderer Berücksichtigung der inneren Krankheiten. Leipzig 1895, F. C. W. Vogel.

Gradenigo G., Sulle manifestationi auricolari dell' Isterismo. Torino 1895, Unione tipografico-editrice.

Wehmer R., Grundriß der Schulgesundheitspflege unter Zugrundelegung der für Preußen giltigen Bestimmungen. Berlin 1895, Rich. Schoetz.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das Juli-August-September-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Die Verletzungen und Erkrankungen des Kopfes."** Aus dem American Text-Book of Surgery, herausgegeben von **William W. Keen** M. D. L. L. D. und **J. William White** M. D. Ph. D. Mit Autorisation der Herausgeber in's Deutsche übersetzt von **Dr. W. Sachs**, Mühlhausen im Elsaß.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unsrer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Collega,

59 Jahre alt, noch sehr rüstig, guter Chemiker und Mikroskopiker, in allen Zweigen wissenschaftl. Operationstechnik, neuesten Systems der Chirurgie und Gynäkologie versirt, bis in der jüngsten Zeit wissenschaftlich thätig, sucht dauernde, wenn auch untergeordnete Stellung in einem Sanatorium oder Privatheilanstalt hier oder auf dem Lande. Beansprucht, wenn möglich, freie Station, Gehalt nach Maßgabe seiner Verwendbarkeit. Dienstantritt sogleich möglich. Med. et chir. Dr., sowie Magister der Geburtshilfe **S. Kersch,** Wien, XVIII., Anastasius Grüngasse 19.

Kundmachung.

Am Stephanie-Spitale zu Leoben kommt mit 1. November l. J. die Stelle eines Secundararztes zur Besetzung.

Mit dieser Stelle ist eine in monatlichen Anticipatraten zahlbare Jahresremuneration von 300 fl., sowie freie Wohnung und Verpflegung nach der II. Classe in der Anstalt verbunden.

Das Aufgeben dieser Dienstwohnung ist unzulässig.

Doctoren, welche sich um diese Stelle bewerben, haben ihre gehörig documentirten Gesuche, eventuell im Dienstwege, längstens bis Ende September l. J. an den Landesausschuß zu richten.

Graz, am 17. August 1895.

Vom steiermärkischen Landes-Ausschusse.

Districtsarzt für den Marktflecken Tartakow (Galizien). Gehalt 500 fl., Activitätszulage 150 fl., Reisepauschale 273 fl. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche bis 15. October an den Bezirksausschuß in Sokal.

Arzt für Wöllersdorf bei Wr.-Neustadt. Bezüge: Für Versehung des Gemeindesanitätsdienstes von der Gemeinde 200 fl., für ärztliche Hilfeleistung bei den 240 Mitgliedern der Bezirkskrankencasse 600 fl., Haltung einer Hausapotheke nothwendig.

Districtsarzt für Drachenburg (Steiermark). Jährliche Subvention 200 fl. vom Bezirke Drachenburg, ferner eine vorläufig für das laufende Jahr bewilligte von 660 fl. aus dem Landesfonde, 121 fl. seitens der betreffenden Gemeinden, schließlich steht die Verwendung als Gerichts- und Krankencassenarzt in Aussicht. Hausapotheke. Gesuche bis 15. September an den Districtsausschuß Drachenburg.

Kreisarzt für Szielnicz (Com. Liptau). Gesuche bis 31. August an das O.-St.-A. Lipto-Szt.-Miklos.

Andreas Saxlehner

k. u. k. Hof-Lieferant

Eigenthümer der

Hunyadi János Quelle

Zu haben in allen Mineralwasserdepôts sowie in allen Apotheken.

Saxlehner's Bitterwasser

Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen

Man wolle ausdrücklich verlangen:

Anerkannte **Vorzüge:**

Prompte, milde, zuverlässige Wirkung. Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen. Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.

Morphinisten, Nerven- und Gemüthskranke

1019

finden Aufnahme in der

Privatheilanstalt

der

DDr. BRESSLAUER und FRIES

in Inzersdorf bei Wien.

SCHLAFLOSIGKEIT

Auszug aus einem Artikel
des Journals
MEDICAL PRESS and CIRCULAR
VON
EDWARD WARREN-BEY, M.D., C.M., L.L.D,
Chevalier de la Légion d'Honneur

« Für die mit dem Gebrauche des Bromidia vertrauten Personen ist eine Anpreisung überflüssig, denn es spricht für sich selbst, indem es bei seinen Anwendungen mit solcher Sicherheit, Wirksamkeit & Harmlosigkeit wirkt, die gleichzeitig die Bewunderung des Kranken als auch das Entzücken des Arztes hervorruft & welche der Medizinischen-Welt die Gewissheit gibt, endlich ein Heilmittel zu besitzen, welches sich so sehr der Unfehlbarkeit nähert, dass es den Titel *Specificum* verdient. »

GARANTIE.

Der GROSSE RUF des BROMIDIA hat oft billige Nachahmungen hervorgerufen, die ohne Wirksamkeit unter dem Namen Bromidia verabfolgt wurden. Einige dieser Nachahmungen sind nicht allein nur ohne jeglichen Werth, sondern auch absolut schädlich.

Zur Vorsicht ist es nicht allein nothwendig, ausdrücklich "BATTLE'S BROMIDIA" zu verordnen, sondern es muss auch darauf genau geachtet werden, dass der Kranke wirklich das echte Produkt erhält.

Ein Muster-Flacon nebst Broschüre wird den Herren Aerzten auf Verlangen gratis zugesandt von:

F. WISINGER
Kärnthner Ring, 18, Wien.
General Depot für Oesterreich-Ungarn

BATTLE und C°., St. Louis, Ver.-Staaten.

Kalle & Co.

Chemische Fabrik
BIEBRICH a. RHEIN
(Gegründet 1863.)

Jodol, ein bewährtes **Antisepticum, geruchlos** und **nicht giftig.** D. R.-P. Nr. 35130.

Orexin hydrochloricum
Orexinbase
} ein echtes **Stomachicum.** D. R.-P. 51712. 1585

Die fast vollständig geschmacklose Base hat die gleiche Wirkung wie das hydrochloricum und wird speciell gegen Hyperemesis gravidarum empfohlen.

Hydrargyrum peptonatum Paal (salzsaures Glutinpeptonsublimat), Antilueticum von **sicherer** und **rascher** Wirksamkeit bei geringer Reizung der **Injectionsstelle.** D.R.-P. 54587 und D.R.-P. 54747.

Zu beziehen durch alle grossen Droguenhäuser und Apotheken in Original-Verpackung.

523

Dr. M. Bauer's

conc. Kuhpocken-Impf-Institut

Wien, IV., Margarethenstrasse 30.

Versendung verlässlicher animaler Lymphe zu folgenden **Preisen:**

Phiole für 2 Impfungen . . . . fl. —·40 **Rohr** für 25 Impfungen . . . . fl. 1·50
" " 5 " . . . . " —·75 " " 50 " . . . . " 2·50
" " 10 " . . . . " 1·— " " 100 " . . . . " 4·—

Completes Impf-Etui fl. 2·—, Spatel in Metallhülse fl. 1·—. Für Porto und Emballage 10 bis 20 kr. Zuschlag. **Weltausstellungspreis in Chicago 1893.**

Dr. Thomalla's Rhinalgin

siehe Nr. 55 „Medic. Centralzeitung", **bestes Mittel gegen Schnupfen, Jodschnupfen** und **entzündliche Nasenkrankheiten.** Schachtel 60 kr. in Form von Cacao-Zäpfchen:

Radlauer's Bismuthol (Bismuth-Natrium-phosphat-salicylat.) **Wasserlösliches geruchloses Antisepticum und Adstringens zum inneren und äusserlichen Gebrauch** ohne schädliche Nebenwirkungen. **Bismuthol** wird angewendet **als Streupulver mit Talcum vermischt 1 : 2,** ferner in **10—20proc. Salben mit Vaselin oder Lanolin;** oder in **1—4proc. wässerigen Lösungen** an Stelle der Bismuthsalze, des Tanninsalzes sehr leicht verdaulich. **10 g = 60 kr.**

Antisepticum Rotterin **auch gegen Eiterungen der Schleimhäute hervorragend wirksam** (siehe Therap. Monatsh. 1894, X), Originalglas à **10 Pastillen 30 kr.**

Radlauer's Antinervin in **Pulverform (peptonisirtes Salicylbromanilid,** siehe Therapeutische Monatsh., Heft 6, S. 258, 271, 273), ersetzt das Antipyrin in allen Fällen ohne schädliche Nebenwirkungen; mit ausgezeichnetem Erfolge von einer grossen Reihe medicinischer Autoritäten, Königl. Kliniken und Krankenhäuser angewendet bei **Influenza, Grippe, Asthma, Migräne, Lungentuberculose, typischen Fiebern, Gelenkrheumatismus, Gicht** und **Neuralgie. 4 Mal billiger** als Antipyrin. Dosis 0·5, 4 bis 6 Mal täglich. **100 g = 3 fl.**

Radlauer's Somnal nur in **flüssiger Form das wirksamste und unschädlichste Schlafmittel, ohne** schädliche Nebenwirkungen **selbst** bei längerem Gebrauch. Dosis ½ Theelöffel in Milch oder Bier. Nach **zahlreichen in Krankenhäusern und Königl. Kliniken erzielten Erfolgen übertrifft Radlauer's Somnal in der Schnelligkeit des Effectes und der Natürlichkeit des producirten Schlafes** das Chloral und das Sulfonal. Keine unangenehmen Nebenwirkungen. **100 g = 3 fl.**

Dr. Friedlaender's Pepsin-Salzsäure-Dessert-Dragées. Das **beste Pepsin-Präparat,** empfohlen von Prof. Dr. Eulenburg, Prof. Dr. Bergmann, Prof. Dr. Struck, Prof. Dr. Senator. Jede Pille enthält 0·1 g reines Pepsin und einen Tropfen reine Salzsäure. 3 **Mal** täglich 2 bis 3 Pillen. **Flacon 1 fl.** und **2 fl.**

Apotheker Radlauer's Hamamelis-Suppositoria, gegen Haemorrhoiden. **Schachtel 60 kr.** Empfohlen in den Wiener medicinischen Blättern.

Radlauer's Bandwurmmittel, **rühmlichst tausendfach anerkannt,** besteht aus 18 **Capsules** mit **Extract. filicis aeth., Kussin** und **Ol. Ricin., sichere Wirkung** in ½ Stunde. **Schachtel 2 fl.** Vor Nachahmungen wird gewarnt.

***Nur echt* durch die alleinige Fabrik** 51

RADLAUER's Kronen-Apotheke in BERLIN W., Friedrichsstrasse 160.

Hauptdepôt in **Wien** bei Apotheker **Max Sobel, I.** Bäckerstrasse 20 und in der **k. u. k. Feldapotheke,** I., Stefansplatz 8.

Sterilisirte Subcutan-Injectionen

dauernd haltbar, von garantirtem Gehalte

in Glasröhrchen zu 1 Ccm. Injection eingeschmolzen in jeder beliebigen Zusammensetzung empfiehlt

Natürliche Grösse 15

Dr. Wilh. Hermann, Apotheker, Kehl a. Rhein.

Zum bequemen Transporte in der Westentasche stehen kleine Etuis mit und ohne Pravazspritze zur Verfügung. — Prospecte und Muster gratis und franco.

Alleinfabrikation der Prof. Dr. Angerer Pastillen mit Sublimat

entsprechend dem Nachtrag der Ph. III

Bitte ausdrücklich **Prof. Dr. Angerer-Pastillen** mit **Sublimat** zu verlangen und auf die **Schutzmarke** zu achten.

Zur Herstellung d. Angerer-Pastillen ist unterfertigte Firma **allein** berechtigt. Fabrik- u. Pack gesetzl. geschützt. Nachahm. werden gerichtl. verfolgt. Alle Pack. sind mit nebenst. Schutzm. versehen.

Prämiirt in den hygien. Ausstellungen von Paris, London, Genf und **Amsterdam 1892, 93 und 94 mit der grossen goldenen Medaille etc.**

In Orig.-Gläsern à 1·0, à 1000 fl. 11.—, à 500 fl. 6.— u. 100 St. fl. 1.60, in Cart. à 5 Cyl. à 10 St. fl. 1.50. 0·5 bis 0·1 u. weniger Sublimatgehalt billiger. Anerk., bill. u. wirksamster Antisepticum, werden nur gegen ärztliche Ordination abgegeben.

Rotterin-Chlorzink-Pastillen, antisept. nach der alten und verb. Vorschrift der Adler-Apotheke München s. Centralblatt der Chirurgie, 1888, Nr. 40. 1000 St. fl. 12.50, 1 Gl. 100 St. fl. 2.—, Gl. 10 St. fl. —.30

Animale Lymphe aus der kgl. bayr. Central-Impfanstalt, nur mit Erfolg angewandte gelangt zur Abgabe 1 Cyl. für 2—3 Impf. fl. 0.70, f. 4—5 Impf. fl. 1.30, f. 30 Impf. fl. 6.50, f. 100 Impf. fl. 16.— incl. Pack.

Carbolpastillen 1 und 2·0 Phenol absolut Ph. III enth. Gl. 10 St. 25 und 30 kr.

Alle Pastillen zur Selbstbereitung **subcutaner Injectionen.**

Schilddrüsen von Kalbern, Schafen, Schweinen 0·3 eingedickten Saft pr. Pastille haltend, Gl. 50 St. fl. 0.90

Urethralstäbchen aus Ol. Cacao, Gelatine u. dgl. elastisch völlig zerfliessend mit Jodoform, Thallin, Argent. nitr. etc., je nach Länge und Dicke 7—40 kr., von verschiedenem Gehalt vorräthig.

Stuhlzäpfchen aus Gelatine oder Seife 70—90% glycerinhalt., auch aus Ol. Cacao hohl 1—3·0 glycerinhaltig in 3 Grössen. Schtl. 20, 30, 35 kr.

Vaginalkugeln, **Stuhlzäpfchen** mit jedem gewünschten Medicament hohl zum Selbstfüllen vorräthig.

Ausrüstung und Ergänzung von Handapotheken für Aerzte.

Fabrik pharmaceut. chem. Präparate, comprimirter Medicamente etc.

M. Emmel, Adler-Apotheke München, Sendlingerstrasse 13.

Airol

(Wismut-oxyjodid-gallat.)

D. R. P. Nr. 80399

vereinigt in sich die Eigenschaften des

Jodoforms und Dermatols.

Vorzüge des Airols:
1) **Airol** ist geruchlos.
2) **Airol** ist ungiftig.
3) **Airol** wirkt vollständig reizlos, sogar auf die Schleimhäute.
4) **Airol** ist ein lockeres, voluminöses Pulver, 4mal leichter als Jodoform und Dermatol und in Folge dessen im Gebrauche billiger.

Alleinige Fabrikanten: **Hoffmann, Traub & Co.,** Basel.

Zu beziehen durch die Apotheken. — Literatur auf Wunsch gratis.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstr. 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstr. 12.

Nr. 35. Sonntag den 1. September 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in **Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die reizbare Blase.

Von **Dr. Alexander Peyer** in Zürich.

Obwohl es mit wenig Ausnahmen keine erhebliche Affection der Harnorgane gibt, bei welcher sich nicht ein mehr oder minder häufiges Urinbedürfniß findet, so erscheint in diesen Fällen die excessive Sensibilität der Blasenschleimhaut doch nur in secundärer Bedeutung. Dagegen kommen Fälle vor, wo diese krankhafte Sensibilität als scheinbar selbstständige, unabhängige Krankheit existirt, die sich äußert durch Intoleranz des normalen Harnreizes, excessive Reaction gegen fremde Reize, gewisse perverse Sensationen und reflectorische Erscheinungen. Schon eine kleine Menge Harns erzeugt einen unüberwindlichen Harndrang.

Diese Fälle subsumiren wir unter der Bezeichnung „der reizbaren Blase oder idiopathischen Blasenreizung".

Sie charakterisiren sich dadurch, daß wir eine Erkrankung der Textur der Blase oder eine bedeutende Abnormität ihres Inhaltes nicht nachweisen können, d. h. daß wir keinen genügenden pathologisch-anatomischen Grund dafür wissen. Deswegen rechnen wir sie, wie die auch bei uns häufig gebrauchte englische Bezeichnung „nervous bladder" sagt, unter die Neurosen.

Als nächstliegende Ursache dieser Functionsanomalie betrachten wir einen Krampf des Detrusor, und die reizbare Blase wird deswegen auch beschrieben als „Spasmus detrusorum vesicae".

Unsere Patienten können sich aus allen Altersclassen recrutiren; wir haben die reizbare Blase bei einem einjährigen Knaben und einem 63jährigen alten Manne beobachtet.

Das häufigste Vorkommen fällt aber in das Alter von 18—40 Jahren, was wohl damit zusammenhängt, daß in diese Zeit auch die meisten ursächlichen Momente fallen, wie Tripperinfectionen, Excesse in Venere und in Baccho.

Im Anfange dieses Zeitabschnittes machen sich auch meist erst die Folgen des jugendlichen Abusus sexualis, der Onanie, geltend. Dazu sind auch die äußeren Gelegenheitsursachen, wie schwere körperliche und geistige Anstrengung, Aufregung, Kummer, Sorgen, Erkältungen und bei den Frauen Krankheiten der Gebärmutter in diesem Alter wohl am reichlichsten vertreten.

Was die Häufigkeit des Auftretens der Affection bei den verschiedenen Geschlechtern betrifft, so findet sich dieselbe ziemlich viel häufiger beim weiblichen. Trotzdem aber kommen mehr männliche Individuen in ärztliche Behandlung als weibliche, weil die reizbare Blase beim Manne wegen der anatomischen Verhältnisse der Urogenitalorgane eine viel größere Bedeutung hat.

Auch macht die gleiche Anzahl abnorm häufiger Urinentleerungen demselben viel mehr Beschwerden als der Frau, welch letztere gegen dieses Leiden eine oft auffallende Indolenz zeigt, besonders wenn es nicht mit bedeutenden Schmerzen oder Störung der Nachtruhe verbunden ist.

Das hervorragendste Symptom der reizbaren Blase ist der häufige Urindrang.

Wir sagen ausdrücklich „Drang" und nicht „Bedürfniß" der Harnentleerung. Letzteres ist ein physiologischer Act, welcher sich, einige Zeit bevor er ausgeführt werden muß, ankündigt. Beim Erwachsenen ist dies dann der Fall, wenn die Blase 300—400 Grm. Urin enthält, d. h. ungefähr viermal des Tages. Das Bedürfniß der Entleerung erlaubt innerhalb eines gewissen Zeitraumes den Punkt seiner Vollziehung zu wählen und tritt in der Regel in der Nacht nicht auf. Ein häufiges Bedürfniß der Harnentleerung ist darum auch noch kein Zeichen einer reizbaren Blase; denn es macht sich nur dann geltend, wenn die Blase häufig und schnell gefüllt ist. Ein Beispiel dafür bietet der Diabetes.

Der Harndrang ist im Gegentheil ein pathologischer Act, welcher eben sowohl Nachts als während des Tages auftritt. Die Quantität des jedesmal gelassenen Urins variirt dabei von 100 Grm. bis zu einigen Kaffeelöffeln Flüssigkeit und sogar einigen Tropfen. Das Hauptcharakteristicum aber des Harndranges ist, daß derselbe ein gebieterischer Act ist, welchen man in der Regel sofort erfüllen muß; oft ist er

begleitet von abnormen Sensationen in Blase oder Urethra, die von einem bloßen Unbehagen bis zum brennenden Schmerz variiren.

In der Nacht ist der Drang in der Regel weniger stark, und manche Patienten schlafen außer einem 2—3maligen Aufwachen in Folge des Dranges ziemlich ruhig. Hat dasselbe Individuum aber aus einem beliebigen Grunde eine schlaflose Nacht, so stellt sich auch der Urindrang sehr häufig ein.

In anderen Fällen aber schlafen die Leidenden nur anfangs der Nacht 2—3 Stunden ruhig. Dann werden sie durch den Drang geweckt und sind nun genöthigt, alle zehn Minuten bis 1/4 Stunden zu pissen bis zum Aufstehen. Natürlich kommen die Betreffenden auf diese Weise um ihren Schlaf und die Nachtruhe, und sind dann Morgens, wenn sie aufstehen wollen, müde und matt. Zuweilen kommt es vor, daß ein Patient, welcher Abends abgearbeitet und müde zu Bette ging, in seiner Schlaftrunkenheit dem Drang nicht nachgibt und noch einige Zeit fortschläft. Die Folge davon ist nun entweder der unwillkürliche Abgang des Urins in's Bett (Enuresis spastica), oder aber der Betreffende erwacht bald an einem dumpfen Schmerzgefühl in der Blasengegend. Will er dann seinen Urin entleeren, so ist Harnverhaltung eingetreten und er muß einige Zeit geduldig warten, bis der Harn anfängt, zuerst tropfenweise und dann allmälig in kräftigerem Strahle abzugehen.

Im wachen Zustand tritt der Drang zuweilen so augenblicklich und so heftig auf, daß Patient kaum noch den Abtritt erreichen kann, anderenfalls ihm der Urin unwillkürlich in die Kleider abgeht.

Nicht gar selten gesellt sich zu der reizbaren Blase die temporäre Harnverhaltung, Ischuria spastica.

Es beruht dieselbe auf einem Krampf des Blasenschließmuskels und zeigt, wie oben bemerkt, sich meist nur dann, wenn der betreffende Patient aus irgend einem Grunde seinem Urindrang einmal nicht nachgegeben hat. Es tritt dieselbe in verschiedenen Graden auf; der mindeste ist wohl der; daß Patient bei starkem Drang nicht augenblicklich uriniren kann, sondern einige Minuten warten muß, wonach dann der Urin zuerst nur tropfenweise abgeht.

In einem höheren Grade dauert dieser Zeitraum bis zu einer halben Stunde und im höchsten Grade kann Patient den Urin dann nur mit Hilfe des Katheters entfernen. Zuweilen suchen sich die Patienten dadurch zu helfen, daß sie den Stuhl verrichten, wobei auch die Ischurie dann manchmal überwunden wird. In einzelnen Fällen wechselt die Ischuria spastica auch zeitweilig mit dem Krampf des Detrusor ab. Wir sehen z. B., daß eine jahrelange hochgradige Blasenreizung fast plötzlich verschwindet, um einer monatelangen, vollständigen Harnverhaltung Platz zu machen, während welcher die Patienten den Urin immer mit dem Katheter entleeren müssen.

Zuweilen tritt der Krampf des Schließmuskels ganz plötzlich während des Urinirens auf und unterbricht den Harnstrahl. Man hat dann den Eindruck, wie wenn sich ein Blasenstein vor die Mündung lagerte. Begleitet ist diese Ischurie meist von einem dumpfen Druck in der Blasengegend, oder aber von einem „heimlichen Grimmen".

Selten ist das Schmerzgefühl ein lebhaftes, scharfes. In einer ganzen Anzahl von Fällen beobachten wir zugleich abnorme Sensationen der verschiedensten Art in der Harnröhre und in den Genitalorganen.

In der Regel ist es sowohl beim männlichen als weiblichen Geschlechte nur eine Art von Unbehagen, von leichtem Brennen in der Harnröhre, worüber Patient während des Urinirens sich beklagt. Manche vergleichen dieses Gefühl mit demjenigen eines leichten Biertrippers.

In seltenen Fällen klagen die Patienten über ein Gefühl von Mißbehagen in der ganzen Urogenitalsphäre, und zwar nicht nur während des Urinirens, sondern fast ständig.

Ebenso selten geben die Patienten ein unbestimmtes ekliges Gefühl in der Harnröhre an.

Häufiger zeigt sich ein fast ständiger sexueller Kitzel, dem ein brennendes, schmerzhaftes Gefühl beigemischt ist, das die Patienten mit dem eines wirklichen leichten Trippers vergleichen. In noch anderen Fällen klagen die Patienten über einen ständigen Kitzel und über Beißen in der Fossa navicularis.

Das Uriniren kann aber auch in seltenen Fällen jedesmal mit starkem Brennen verbunden sein, oder sogar mit intensiven Schmerzen. In der Regel aber zeigt sich diese Erscheinung nur, wenn Patient versucht hat, seinen Urin länger zurückzuhalten.

Ganz ausnahmsweise ist das Brennen permanent und hört nur während des Urinirens auf.

Nur einen Fall haben wir beobachtet, wo das Brennen erst am Schlusse des Urinirens eintrat und dann noch einige Zeit andauerte, und einen Fall, bei dem sich das Brennen erst einige Zeit nachher zeigte.

Zuweilen spüren die Patienten die oben erwähnten Sensationen in der ganzen Harnröhre, zuweilen nur in der Eichel; sie sind meist nur während des Urinirens vorhanden, von Anfang bis zum Schlusse, können aber auch erst am Ende desselben sich einstellen in Form eines windenden Schmerzes, „wie wenn man die Blase auswinden würde".

Darmsymptome.

Kaum auffallend wird es erscheinen, daß mit den Functionsanomalien der Blase oft auch solche des Darmes verbunden sind, besonders wenn wir uns erinnern, daß die Nervi haemorrhoidales auch den unteren Theil der Blase und den Sphincter vesicae besorgen. In den meisten Fällen aber wird der Darmaffection wohl eine reflectorische Reizung des Nervus splanchnicus zu Grunde liegen.

Andere Autoren betrachten den hier auftretenden Stuhlzwang als entstanden durch Irradiation auf den Darm, und mehrere Beispiele werden angeführt, wo derselbe zu unwillkürlichem Kothabgang führte.

Nicht selten beobachtet man einen starken Drang, einen Tenesmus, der meist mit diarrhoischen Stuhlentleerungen einhergeht, seltener ist hartnäckige Stuhlverstopfung.

Auch diejenigen Nervenerscheinungen, welche sich in sämmtlichen Zweigen des Plexus lumbalis und sacralis abspielen, finden wir als ziemlich häufige Begleiterscheinung. Von Hegar wurden dieselben mit dem Ausdruck

Lendenmarksymptome

bezeichnet, weil sämmtliche dabei ergriffenen Nerven in jenem Abschnitte des Markes, der ein wichtiges Centrum für die Genitalfunctionen ist, ihren Ursprung haben, wie z. B. Kreuzschwäche, Schmerzen im Kreuz, Druck im Unterleib, Unfähigkeit, längere Zeit zu stehen, kalte Füße, Ziehen und Reißen in den Schenkeln, Anästhesie und Hyperästhesie der Genitalien etc.

Sowohl bei männlichen als weiblichen Patienten, die an reizbarer Blase leiden, dürfen wir nie unterlassen, nach diesen mannigfachen Beschwerden zu forschen, weil sie uns oft einen Anhaltspunkt geben über den Ursprung der Affection.

(Fortsetzung folgt.)

Aus dem Estate-Krankenhause in L. Datu (Brit.-N.-Borneo).

Ueber Malarialähmungen.

Von **Dr. Julius Csillag**, Medical Officer.

Obgleich über Malaria schon viel geschrieben und gestritten wurde, entbehrt doch die Veröffentlichung einiger, speciell für die praktischen Aerzte interessanterer Fälle nicht der Berechtigung. Ich will daher in Folgendem über einige solche Fälle berichten, die mir in meiner Praxis in den Tropen begegneten, meines Wissens aber bei uns zu Lande höchst selten vorkommen.

I. Kamat, Malaye, Kuli auf der Tabaks Estate. Aufgenommen den 10. Februar 1893.

Pat. gibt an, öfters an Malariafieber gelitten zu haben und jetzt wieder seit 2 Tagen zu fiebern und schwach auf den Beinen zu sein. Milz deutlich vergrößert, überragt zwei Querfinger breit den Rippenbogen. Temperatur 39·5. Pat. kann weder gehen, noch stehen; totale Lähmung der Unterextremitäten. PSR vermindert. Keine Sensibilitätsstörung, localisirt gut. Sofort bei der Aufnahme bekam Pat. Chinin. sulf. 1·0, welche Dosis täglich wiederholt wurde, und Einreibungen mit Ol. Cajeputi.

Am 12. Februar Pat. afebril, doch wurde Chinin noch weiter gegeben.

Am 13. Februar konnte Pat. mit Hilfe eines Stockes sich schon mühsam fortschleppen. Die Motilität besserte sich von Tag zu Tag, so daß Pat. den 17. Februar gut gehen, selbst laufen konnte; den 19. Februar wurde er geheilt entlassen. Diagnose: Febris Malaria paralytica.

II. Chin Ah Hing, chines. Kuli, Tabakspflanzer. Aufgenommen den 5. Juni 1893. Pat. gibt an, seit 2 Tagen zu fiebern und schwach auf den Beinen zu sein. — Pat. geht steif, Gang atactisch. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt er (Romberg); PSR vermindert, Temperatur 39·2. Täglich Chinin. sulf. 1·0 und Einreibung der Extremitäten mit Ol. Cajeputi.

Vom 3. Tage an besserte sich sein Zustand; der Gang fester, sicherer. Am 4. Tage afebril, bekam Pat. nur noch 0·5 Chinin pro die. Motilität der Unterextremitäten vom 10. normal, so daß Pat. am 15. Juni geheilt entlassen wurde. Diagnose: Febris Malaria paralytica.

III. Loo Kim, chines. Kuli, Tabakspflanzer. Aufgenommen den 9. Juli 1893. Pat. gibt an, seit 3 Tagen zu fiebern. Kann nicht stehen, er knickt in den Knien ein. Temperatur 38·8, Milz 3 Querfinger breit unter dem Rippenbogen tastbar. Täglich Chinin. sulf. 1·0 und Einreibungen. Vom 20. Juli an afebril. Die Motilität besserte sich allmälig. Pat. wurde am 6. August geheilt entlassen. Diagnose: Febris Malaria paralytica.

IV. Ayun, chinesischer Kuli, Goldgräber. Aufgenommen den 28. August 1893. Pat. gibt an, seit 3 Tagen zu fiebern. Klagt über reißende, bohrende Schmerzen auf der Brust und den Unterextremitäten. Seit 2 Tagen totale Lähmung der Unterextremitäten. Temperatur 39·1, PSR = 0. Am Herzen anämische Geräusche; Brustorgane nichts Abnormes. Therapie: Chinin. sulf. 1·0 pro die; Massage, Gymnastik. Vom 1. September an Pat. afebril. Die Motilität besserte sich langsam, aber nur in geringem Grade.

Am 3. September stellte sich leichtes Oedem der Unterextremitäten ein. Pat. bekam öfters Anfälle von Herzklopfen, Dyspnoe. Am 13. September Exitus unter Erscheinungen von Beklemmung, Angstgefühl, Erbrechen; doch kein Fieber. Diagnose: Febris Malaria cum Beriberi.

V. Tanchin Jat, chines. Kuli, Tabakspflanzer. Aufgenommen den 2. Januar 1894. Soll seit mehreren Tagen fiebern. Temp. 39. Pat. cachectisch, Muskeln schlaff; Haut an verschiedenen Stellen in größerer Ausdehnung theils mit stecknadelkopfgroßen, juckenden Knötchen bedeckt, theils in Abschuppung begriffen, wie wir dies bei den Opiophagen gewöhnlich finden. Therapie: Chinin. 1·0.

Am 3. Januar bei der Morgenvisite war totale Paralyse der Unterextremitäten zu constatiren. PSR = 0.

Seit 6. Januar Pat. afebril. Mit dem Aufhören des Fiebers stellte sich die Motilität ebenso plötzlich auf einmal ein, als die Paralyse fulminant auftrat.

Am 8. Januar erkrankte Pat. an vehementer Diarrhoe; blutigschleimige Stuhlentleerungen, Sphincterlähmung. Der Anus bleibt offen stehen und es sickert ununterbrochen dünner Stuhl nach außen. Linke Fossa iliaca druckempfindlich, Abdomen eingesunken. Obzwar wir an solche Complicationen bei Malaria in den Tropen gewöhnt sind, schien es mir doch wahrscheinlich, daß ich es hier auch mit Opiumhunger zu thun habe, bot Pat. doch ganz das Aussehen der Theriaki. Pat. bekannte bald, daß er in guten Zeiten täglich 1 Tael (37·80 Grm.) Opium und selbst noch mehr consumirte.

Am 10. Januar stellten sich rein blutige Stühle ein. Es wurde die locale Therapie eingeleitet, und zwar Darminfusionen mit 1% Tannin vorgenommen. Natürlich bekam er auch eine tüchtige Portion „Apien" (Opium). Am 11. Januar Stuhl von Fleischwasserfarbe, schleimig-eiterig.

Am 12. Januar kein Blut in dem Stuhle, die Diarrhoe jedoch bestand fort. Großer Kräfteverfall. Am 20. Januar Exitus. Die Autopsie ergab größere und kleinere Geschwüre im Dickdarm. Diagnose: Opiumcachexie complicirt mit Febris Malar. paralytica.

VI. Wong Hong, chines. Tabakspflanzer, aufgenommen am 14. Januar 1894, klagt über Abgeschlagenheit, Schwäche der Unterextremitäten. Temp. 39°. Therapie: Chinin. 1·0. Ac. hydrochlor.

Am 18. Januar konnte Pat. sich mühsam erheben, Unterextremitäten total gelähmt, PSR vermindert.

Am 20. Januar Pat. afebril. Motilität soweit gebessert, daß Pat. eine kurze Zeit ohne Stütze stehen und gehen konnte. Der Allgemeinzustand verschlechtert; Appetitlosigkeit.

Am 21. Januar neuer Anfall von Fieber. Temp. 39·5. Conjunctiven, Hautdecke icterisch gefärbt. Leichte Empfindlichkeit bei Palpation der Lebergegend; Leber und Milz kaum vergrößert. Blutung aus Nase und Zahnfleisch. Am weichen Gaumen einzelne stecknadel- bis linsengroße, submucöse, blutig-rothe, nicht abstreifbare Flecken.

Am 22. Januar entleert Pat. Blut und Schleim; Urin icterisch gefärbt, mit Beimengung von Blut. Tannininfus. 1%; starker Verfall der Kräfte. Exitus. Diagnose: Febris perniciosa icterica.

Die Autopsie ergab Folgendes: Serosa und die serösen Flüssigkeiten icterisch gefärbt. Milz schlaff, von weicher Consistenz, nicht vergrößert. Leber von gelblicher Farbe, brüchig, von gewöhnlicher Größe; der rechte Lappen an das Diaphragma angewachsen. Gallenblase schlaff gefüllt mit dicker, schwarzer, theerartiger Galle. Peritoneum hyperämisch injicirt. Sowohl Dünn- als Dickdarm der ganzen Länge nach weist stecknadel- bis linsengroße, blutige Flecken auf, die mit der Mucosa verschiebbar sind. Geschwüre keine vorhanden, doch einzelne kleine Erosionen. Die Mucosa des Mastdarmes in ihren unteren Partien von der Flexura iliaca sin. an aufgelockert, ödematös; zeigt die Beschaffenheit und Farbe von dunkelrothem Sammet. Enthält wenig dünnbreiige farblose Fäces.

Ich verfüge noch über eine große Zahl von einschlägigen Fällen, doch will ich von der Mittheilung der Krankengeschichten absehen und habe die hier beschriebenen Fälle als die typischesten und durch die im Verlaufe aufgetretenen Complicationen interessantesten herausgegriffen.

Mit Absicht habe ich es unterlassen, um diese Mittheilung nicht unnöthigerweise in die Länge zu ziehen, bei jedem speciellen Fall die Temperaturcurve zu beschreiben. Es genüge, wenn ich erwähne, daß das Fieber eine Continua war, mit geringen Remissionen, und daß die Temperatur keine besondere Höhe erreichte. Sind wir doch in Tropen gewöhnt, Temperaturen von 41° C. und noch mehr zu sehen.

Aus den mitgetheilten Krankengeschichten ist zu ersehen, daß die Lähmungen doppelseitig und dem Grade nach verschieden waren, und zwar in einzelnen Fällen Ataxie, in anderen complete Lähmungen sämmtlicher Muskeln der Unterextremitäten. Aus der Anamnese der hier mitgetheilten Fälle ist zu ersehen, daß den Lähmungen Muskelschwäche vorausging, welche sich in Schwäche und Unsicherheit beim Gehen manifestirte. Die Beschwerden steigerten sich und langsamer oder rascher stellte sich die motorische Lähmung ein.

Zur Aetiologie sei erwähnt, daß alle Kranken in feuchtem, moderndem Terrain, bei Urbarmachung bewaldeter Länderstrecken, bei Anlage von Gräben etc. gearbeitet hatten. Was die Malarialähmungen speciell differential-diagnostisch interessant macht, das ist die Aehnlichkeit dieser Lähmungen mit denen, die bei Beriberi vorkommen. Die unter den Tropen lebenden praktischen Aerzte, speciell in einer Gegend, wo Beriberi endemisch ist, werden bei Beurtheilung solcher Fälle unwillkürlich an Beriberi denken, und ich erinnere mich mancher Fälle, die im diagnostischen Schnelleiter als solche mit durchliefen. Denn wenn man nach der gewöhnlichen Schablone vorgeht, so diagnosticirt man Beriberi com-

plicirt mit Malariafieber oder vice versa. Die Täuschung, der diagnostische Irrthum wird noch durch den Umstand befördert, daß man es in solchen Fällen meistens mit anämischen Menschen zu thun hat und am Herzen öfters anämische Geräusche vorgefunden werden. Geräusche am Herzen sind unter Anderem bekanntlich ein wichtiges Symptom zur Diagnose der Beriberi.

Nun ist die Frage, wie müssen wir also differenziren? Kommt es auf eine Momentdiagnose an, dann ist es gewiß nicht so leicht; ich meine nämlich in den Tropen. In Europa ist die Sache einfach, weil kein Mensch an Beriberi denkt, vielleicht mit Unrecht.

In solchen dubiösen Fällen verfahre man immer exspectativ und stelle die Diagnose ex juvantibus. Bessern sich die Lähmungen auf Chinin oder gehen sie sogar ganz zurück, so haben wir es mit Malaria zu thun. Hat die Therapie mit Chinin keinen Erfolg, weichen die Lähmungen nicht, sind andere Erkrankungen des Nervensystems und Simulation ausgeschlossen, dann können wir die Diagnose auf Beriberi stellen. Aus eben dem Gesagten folgt, daß wir in jedem auf Beriberi suspecten Fall die Therapie erst mit Chinin versuchen müssen; denn es könnte doch sein, daß, wenn auch das Fieber nicht manifest ist, wir es mit einer schleichenden Form der Malaria zu thun haben. Kommen doch diese acuten Ataxien und Lähmungen bei Malaria larvata auch vor.

Nun könnte gesagt werden, die Diagnose ist doch sehr einfach zu stellen, man mache nur die bacteriologische Untersuchung. Wir können auf dieselbe keinen Werth legen, so lange die Existenz der Beriberibacillen nicht unzweifelhaft bewiesen und festgestellt ist, auch das Vorhandensein von Malariaplasmodien schließt die Beriberi noch immer nicht aus; höchstens beweisen sie, daß möglicherweise die Beriberi mit Malaria complicirt ist.

Eine weitere wichtige Frage betrifft die Ursache dieser Lähmungen. Es ist wohl kein Zweifel darüber, daß wir dieselbe in dem Malariatoxin suchen müssen, und daß wir es höchst wahrscheinlich mit jener Form der Intoxicationsneuritis zu thun haben, welche acut entsteht und auch wieder schnell in Heilung übergeht, wenn die Toxine producirenden Organismen getödtet und das Toxin selbst aus dem Organismus eliminirt oder neutralisirt ist.

Ueber spontane Ruptur und spontane Perforation des nicht schwangeren Uterus.

Von **Dr. E. Meinert** in Dresden.

(Fortsetzung.)

Nun meine eigenen Fälle:

Fall I. Spontanruptur einer Hämatometra.

Frau Gutsbesitzer K. in Großhartmannsdorf bei Freiberg sah ich erstmalig im Consil mit ihrem Hausarzt, Dr. WETZEL, daselbst. Die 26jähr. Pat., früher stets gesund, hatte seit ihrem 16. Lebensjahre regelmäßig, ziemlich reichlich und gewöhnlich 3 Tage lang menstruirt. Zweimal, 1885 und 1886, kam sie ohne Kunsthilfe nieder und hatte normale Wochenbetten. Ihr letztes Kind stillte sie ein Jahre lang, d. h. bis zum Wiedereintritt der, nur dieses erstemal profusen und sehr schmerzhaften, die folgenden Male jedoch wieder normalen Menstruation. Auch die am 20. Januar 1889 einsetzenden Menses boten keine andere Abweichung, als daß sie anstatt nach 4, bereits nach 3 Wochen erschienen. Schon am 4. Februar, also nach 14 Tagen, erfolgte ein abermaliger, zwar geringfügiger, aber mit Schmerzen verknüpfter Blutabgang. College Dr. WETZEL fand einen retroflectirten Uterus, legte einen Jodoformglycerin-Tampon ein und verordnete Secale. Darauf stand die Blutung. Vom 9. bis 12. Februar erneute Schmerzen und Blutungen. Der College fand den Uterus vergrößert und hart, den Muttermund an die Symphyse gedrängt. Am 24. Februar abermals geringfügiger Blutabgang, am 26. Februar Magenschmerzen und Erbrechen.

Diesmal machte Dr. WETZEL die inzwischen beträchtlich größer gewordene Geschwulst im Douglas den Eindruck einer Hämatocele. Sämmtliche Beschwerden gingen jedoch bei ruhiger Lage im Bett zurück.

Nachdem Dr. WETZEL sich letztmalig am 5. März vom Wohlbefinden Frau K.'s überzeugt hatte, verlangte dieselbe am 11. März, Früh 2 Uhr, dringlich seinen Besuch. Diesmal klagte sie über wehenartige Schmerzen und Harnverhaltung. Entleerung von $^1/_2$ Liter Urin mittelst Katheter. Die hintere Vaginalwand war durch fluctuirenden Inhalt nahe bis zum Introitus herab vorgebuchtet und im Abdomen ließ sich ein Tumor nachweisen, der ungefähr bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichte. Der Muttermund war hoch emporgedrängt. Die Pat. machte den Eindruck einer Schwerkranken. Da Dr. WETZEL an die Möglichkeit eines incarcerirten schwangeren Uterus dachte, entschloß er sich am 12. März zu einem vorsichtigen Repositionsversuch in Narkose, stand aber von demselben ab, als er sich von der Unklarheit der Situation überzeugt hatte. Noch an demselben Tage zog er mich zu.

Ich konnte im Allgemeinen seinen Befund bestätigen. Nur nahm ich an, daß der Uterus nicht retroflectirt, sondern in leichter Anteversion aus dem kleinen Becken emporgedrängt sei. Konnte ich doch die Sonde parallel der Symphyse 9 Cm. weit im Cervicalcanal emporschieben und ihren Knopf deutlich durch die Bauchdecken palpiren. Daß meine Annahme irrig und die des Collegen Dr. W. richtig war, sollte sich später erweisen. Ich nahm eine retrouterine Hämatocele an, wahrscheinlich entstanden durch Ruptur eines ektopischen Fruchtsackes.

Die sehr bleiche und erschöpfte Kranke wurde am 15. März in meine Klinik überführt. Die innere Blutung schien anzudauern, denn am Morgen des Operationstages hatte die obere Grenze der Geschwulst den Nabel und nach links hin sogar beinahe den Rippenbogen erreicht.

Laparotomie am 17. März in Gegenwart der Collegen Dr. G. HÄNEL, R. HESSE, GILBERT, WERMANN und SCHOTTIN. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Nach Eröffnung des Peritoneums Abfließen geringer Mengen schwach blutig gefärbten Bauchwassers. Das hämorrhagisch infiltrirte Netz ließ sich leicht emporschieben und unmittelbar unter demselben präsentirte sich eine blauschwarze, weich elastische, höckerige Geschwulst. Die Unebenheiten ihrer Oberfläche glichen kirschkern- bis orangegroßen zusammenfließenden Blasen. Ihr Inhalt bestand, wie die Probepunction ergab, aus jener charakteristischen, theerartigen, sich mit Wasser nicht mischenden Flüssigkeit, wie sie nur einer Hämatometra entstammen konnte. Wir waren uns über diesen Zusammenhang sofort klar und harrten mit Spannung des weiteren Befundes, der uns darüber aufklären mußte, wie der Gebärmutterinhalt unter die Serosa gelangt war. Ich incidirte die letztere vorsichtig und entfernte davon mit dem Aspirator, was ich bekommen konnte. Es wurden nach und nach reichlich $1^1/_2$ Liter der bezeichneten Flüssigkeit entleert. Nun vervollständigte ich den in der Mittellinie gemachten Einschnitt nach oben und unten, soweit es ohne Verletzung anderer Organe möglich war und ließ seine Ränder weit auseinanderziehen. Der Anblick, der sich uns bot, war merkwürdig genug. Vor uns lag der genau median in zwei klaffende Hälften geborstene, mannskopfgroße Fundus der Gebärmutter. Da meiner momentanen Erinnerung nach ein derartiges Vorkommniß immer das Bestehen einer Schwangerschaft zur Voraussetzung hatte, suchte ich innerhalb und außerhalb der Gebärmutterhöhle nach den Spuren einer solchen. Ich fand aber nichts als spärliche lockere Blutgerinnsel. Beim Zerdrücken erwiesen sich dieselben frei von allen membranösen oder auch nur pseudomembranösen Beimengungen. Der Uterus war retroflectirt und füllte mit seinem Fundus das kleine Becken vollständig aus, der innere Muttermund in Folge spitzwinkliger Knickung atretisch und außerdem durch ein Gerinnsel verlagert. Der Punkt, an welchem der Knopf meiner Sonde durch die Bauchdecken fühlbar gewesen war, gehörte dem Collum an. Der im kleinen Becken und namentlich auf dem Kreuzbein gelagerte Theil der Funduswand erschien zerklüftet. Ich hielt die hier mit scharfen Rändern in die

Gebärmutterhöhle hineinragenden, dachziegelartig angeordneten Platten zunächst für flache Blutgerinnsel und begann mit deren Ausräumung. Sie ließen sich nicht schwieriger, als wie etwa die Schichten eines Blätterkuchens abheben. Als ich aber bei dieser Arbeit das Kreuzbein bloßlegte, erkannte ich, daß ich nekrotische Muscularis entfernt hatte und stand natürlich von weiterem Vorgehen in dieser Richtung ab. Im ganzen Gebiete des Kreuzbeines schien die Serosa mit durchrissen zu sein. Weiter aufwärts lagen die Verhältnisse anders. Hier war die Uterusserosa unversehrt abgehoben und schloß durch Verlöthung mit den Därmen den Bluterguß von der übrigen Bauchhöhle ab.

Ueber das Verhalten der Tuben vermochten wir nicht in's Klare zu kommen. Selbst mit der Sonde fand ich ihre Oeffnungen nicht. Die Tubenecken waren verstrichen, und es muß dahingestellt bleiben, ob sie in Folge hochgradiger Dilatation die große, vor uns liegende Höhle mit bilden halfen oder ob ihre inneren Ostien obliterirt waren. Eine Mucosa, deren Beschaffenheit allein diese Zweifel hätte heben können, war nirgends mehr vorhanden.

Bei der festen Verklebung der gangränösen Uteruswand mit dem Becken und auch wegen des drohenden Collapses der Kranken konnte ich an die Porro-Amputation des Uterus nicht denken. Die conservative und zugleich offene Behandlung war der einzige Weg, den einzuschlagen mir übrig blieb.

Zunächst nähte ich die Ränder der von mir angebrachten Serosawunde und alsdann, nach Abtragung der zackigen, gangränösen Randpartien, auch den obersten und vorderen Theil des Uterusrisses in die von oben her entsprechend verkleinerte Bauchwunde ein. Die letztere Vornahme ließ sich nur nach Spaltung der der vorderen Bauchwand anliegenden, enorm (auf 4 Cm.) verdickten unversehrten Uteruswand ermöglichen. Der Cervicalcanal wurde nicht ohne Schwierigkeit erweitert und nach nochmaliger Ausspülung der Scheide mit $2^1/_2\%$ Carbolwasser mit einem bis vor die Vulva reichenden Drain versehen. Auch die Excavatio vesico uterina erhielt einen kurzen Drain. Ausspülung der Wundhöhle mit sterilisirtem Wasser und Ausstopfung mit Jodoformgaze. Reichliche Bedeckung des Bauches mit Verbandwatte und Befestigung des Ganzen durch ein um den Leib geführtes Handtuch.

Die Operirte erbrach nach dem Erwachen nur einmal und erholte sich verhältnißmäßig rasch. Der erste reichliche Stuhl erfolgte am 5. Tage auf Brustpulver. Schon am Tage nach der Operation aber begann die Temperatur, die bis dahin und während der ganzen Krankheit normal geblieben war, sich allmälig zu erheben. Am 6. Tage, bei einer Morgentemperatur von 38·6° C. (Puls 100) ist die aus dem Uterus bisher alle 48 Stunden entfernte Gaze zum erstenmal übelriechend. Das bei der Ausspülung abfließende Wasser enthält reichliche, in fauliger Zersetzung begriffene Blutgerinnsel und der Einblick in's kleine Becken belehrt uns, daß sie aus dem rückwärtigen Rißwinkel hervorquellen. Nun erst erkannte ich, daß ich leider während der Operation, die vor derselben von Dr. WETZEL und mir constatirte, tief herabreichende retrouterine Hämatocele ganz außer Acht gelassen hatte. Sie war jedenfalls abgekapselt gewesen, allmälig der Zersetzung anheimgefallen und nun erst in die offene Wundhöhle eingebrochen. Die Einbruchsstelle wurde erweitert, der Sack ausgeräumt und ausgewaschen. Die Uterusbauchdeckennähte mußten wegen Eiterung der Stichcanäle entfernt werden.

Bereits 2 Wochen nach dem ersten Eingriff ragte der gereinigte und zurückgebildete Uteruskörper, welcher sich spontan emporgehoben hatte, wie eine halbgeöffnete Muschel in den Wundtrichter. Die Länge des Corpus betrug 5, die des Collum 4 Cm. Die **Vernähung des Risses** durfte gewagt werden.

Ich wählte dazu Fil de Florence, stach die Nadeln, mit denen beide Fadenenden armirt waren, an der Innenfläche der angefrischten Ränder des Risses ein und knotete auf der Außenseite. Die Durchgängigkeit des Cervicalcanals war durch einen vor der Knotung der Nähte eingeschobenen Intrauterinstift gesichert worden. Die Bauchwunde wurde nicht genäht, sondern nur durch Heftpflasterstreifen entspannt. Die im Douglas liegenden, gebogenen Glasdrains vertauschte ich mit Jodoformdochte. Nach 7 Tagen Entfernung der Nähte. Die Uteruswunde war bis auf eine centimeterlange, dem oberen Rißwinkel entsprechende Lücke per primam verklebt. Hier wurde nochmals angefrischt und mit Silberdraht genäht, doch auch diesmal, wie ich vorausschicke, ohne Erfolg.

Nachdem seit der Ausräumung des Douglas die Temperatur 4 Wochen lang normal geblieben war, erhob sie sich am 25. April plötzlich auf 40·1° C. Aufgetriebener Leib, mehrmaliges Erbrechen, starke, putride Absonderung aus der Tiefe. Es entwickelte sich ein remittirendes Fieber mit Abendexacerbationen bis 40·0°. Ein Absceß im Douglas war die Ursache. Ich eröffnete ihn in Narkose auf einer durch die Bauchwunde eingeführten, gekrümmten Polypenzange von der Vagina aus und drainirte den Douglas, was ich natürlich besser schon früher hätte thun sollen, nach unten. Die Nahtlücke des Uterus, welche sich günstiger Weise gerade auf der Höhe seiner Vorderwand befand, nähte ich in die Bauchwunde ein, die im Uebrigen bis auf ein zur Aufnahme des Drains für den Douglas bestimmte Oeffnung geschlossen wurde. Von dieser aus durchspülte ich täglich den Douglas, aus welchem also das Wasser in die Vagina seinen Abfluß fand.

Nun blieb die Patientin dauernd fieberfrei. Sie konnte, nachdem die Drainage bereits 14 Tage später überflüssig war, am 2. Juni, d. i. nach 10wöchentlicher klinischer Behandlung, entlassen werden. Die Uterusbauchdeckenfistel schloß sich Anfangs August. Schon bei der ersten Nachuntersuchung Mitte September fand ich bis auf die restirende Ventrofixation den Uterus wieder normal beweglich. Lediglich im Interesse dieser Mittheilung war Dr. WETZEL erst vor 8 Tagen so freundlich, sich nochmals vom Befinden unserer ehemaligen Pat. zu überzeugen. Sie hat die ganze Zeit hindurch regelmäßig und ganz so, wie vor der Katastrophe, menstruirt, ist aber niemals wieder schwanger geworden. Ihr Uterus ist klein, weich, schmerzlos, in starker Anteversion der vorderen Bauchwand angeheftet und im Uebrigen normal beweglich. Frau K. bekommt bei schwerer Anstrengung einen vom Nabel nach links abwärts ziehenden Schmerz, befindet sich aber im Uebrigen sehr wohl.

Es hat sich also in diesem Falle um Zerreißung einer, wahrscheinlich durch Incarceration nekrotisch gewordenen Hämatometra gehandelt. Die Retention des Blutes erklärt sich aus der spitzwinkligen Abknickung des Cervicalcanales am inneren Muttermund und vielleicht gleichzeitig aus der Verlegung desselben durch ein Gerinnsel. Ueber die Quelle der Blutung ließ sich nichts feststellen. Unter den verschiedenen denkbaren Ursachen wäre natürlich auch ein Abort der ersten Wochen nicht auszuschließen.

Dieser Fall ist von meinem damaligen Assistenten, jetzt praktischen Arzt in Dresden, Dr. KRETSCHMAR, ausführlich beschrieben worden. Er wählte ihn zum Gegenstand seiner Doctordissertation. Doch ist dieselbe ungedruckt geblieben.

(Schluß folgt.)

Revue.

Die Behandlung der Variola mit Ausschluß der chemischen Strahlen des Tageslichtes.

Literatur: 1. FINSEN: Ueber Pockenbehandlung („Hosp.-Tidende", II., 845, ref. in „D. Med.-Ztg.", 1895, Nr. 62). — 2. PETERSEN: Eine medicinisch-historische Notiz, betreffend die Pockenbehandlung („Hosp.-Tidende", I., 45, ibid.). — 3. FINSEN: Pockenbehandlung mit Ausschließung der chemischen Strahlen („Hosp.-Tidende", II., 10, ibid.). — 4. FINSEN: Pockenbehandlung („Hosp.-Tidende", I., 36, ibid.). — 5. SVENDSEN: Behandlung der Pocken mit Ausschließung der chemischen Strahlen („Hosp.-Tidende", I., 94, ibid.). — 6. FEILBERG: Behandlung der Pocken mit Ausschluß der chemischen Strahlen des Tageslichtes („Hosp.-Tidende", II., 27, ibid.).

Die Behandlung der Pocken mit Ausschluß der chemischen Strahlen des Tageslichtes ist, wie der Bergener Arzt FINSEN selbst angibt (1), der dieselbe zuerst zur Methode erhob, durchaus kein neues Verfahren. Denn eine Reihe von Autoren berichtet davon, daß in der Volksmedicin das Einhüllen von Pockenkranken in rothe Kleider in verschiedenen Gegenden, z. B. in Rumänien, bei den Tonkinesen etc., ganz gebräuchlich sei. Außerdem macht PETERSEN (2), der Professor der Geschichte der Medicin in Kopenhagen, im Anschluß an die interessanten Beobachtungen FINSEN's über die schädliche Wirkung des Lichtes und der chemischen Strahlen auf

die Haut und die sich daraus ergebende Art der Pockenbehandlung mit rothen Teppichen und Tüchern, darauf aufmerksam, daß bereits im 12. Jahrhundert eine derartige Therapie in Mode war. Der englische königliche Leibarzt GADDESDEN erwähnt in seinem viel gelesenen Compendium „Rosa anglica s. Practica medicinae a capite ad pedes" die vortrefflichen Erfolge dieser Therapie bei Pockenkranken; den englischen Königssohn stellte er „sine vestigiis" wieder her; „er machte Alles um das Bett des Kranken roth". Durch diesen Arzt erfuhr die genannte Behandlung bei Pocken eine große Verbreitung und wurde erst im vorigen Jahrhundert als überflüssig wieder verworfen.

Da der Vorschlag FINSEN's, Pockenkranke in einem Raum zu halten, von dem die chemischen Strahlen des Tageslichtes abgehalten werden, mißverstanden oder im Auslande thöricht ausgeführt wurde, gibt derselbe folgende genauere Anweisungen (3):

1. Des Tageslichtes chemische Strahlen müssen vollkommen abgehalten werden; will man rothes Papier oder Baumwollenzeug als Vorhang vor Fenster und Thüren benutzen, so muß eine drei- bis vierfache Lage angewendet werden; von dickem Flanell ist eine Lage ausreichend. Am bequemsten ist es, rothes Glas zu nehmen, doch muß es sehr dunkel sein, wie es die Photographen gebrauchen; von künstlichen Lichtarten soll man elektrisches oder andere stark leuchtende Flammen ganz meiden, die Lampenglocken und Cylinder sollen roth sein; Stearinlicht ist bei den Mahlzeiten erlaubt.

2. Die Behandlung muß ohne die geringste Unterbrechung so lange fortgesetzt werden, bis die Vesikeln eingetrocknet sind; denn schon eine kurze Unterbrechung kann Suppuration mit ihren Folgen hervorrufen. Sie muß so zeitig wie möglich begonnen werden (beim Ausbruch des Exanthems), denn je mehr sich der Beginn der Behandlung dem Eintritt der Suppuration nähert, umsoweniger ist auf einen vollen Erfolg zu rechnen.

3. Jede andere interne oder externe Therapie kann mit dieser Methode combinirt werden.

4. Ein Todesfall bei Pocken (namentlich im Suppurationsstadium) kann natürlich auch mit dieser Methode nicht verhindert werden.

Was nun die klinischen Erfahrungen mit dieser Methode betrifft, so theilt zunächst FINSEN (4) nach dem Bericht des Physicus LINDHOLM mit, daß 13 Fälle von Kinderblattern im Lazareth der Stadt Bergen nach dem von ihm vorgeschlagenen Verfahren behandelt wurden. Obwohl 8 Kranke ungeimpft waren und 2 erst nach der Ansteckung vaccinirt wurden, war das Resultat überraschend gut. Es kam kein Todesfall vor, und obwohl das Exanthem bei verschiedenen Kindern sehr reichlich war und die übrigen Symptome sehr gefahrdrohend aussahen, schwand die starke Anschwellung der Haut und das Fieber und die einzelnen Pocken trockneten, ohne in ein Suppurationsstadium überzugehen; es ist deshalb wahrscheinlich, daß auch die entstellenden Narben vermieden werden können.

Ferner hatte SVENDSEN (5) in Bergen bei einer kleinen Pockenepidemie Gelegenheit, die Pat. nach dem Vorschlage von FINSEN durch dichte, rothe Gardinen, resp. rothgefärbtes Fensterglas vor der Einwirkung des Lichtes zu bewahren und spricht sich über die Erfolge folgendermaßen aus. „Das klinische Bild der so behandelten Kranken zeigt folgende Abweichungen: Das Suppurationsstadium — das gefährlichste und qualvollste der ganzen Pocken — wird vermieden; es tritt keine Temperatursteigerung, kein Oedem auf; die Pat. gehen vom Stadium der Blasenbildung, das nur etwas protrahirt erscheint, sogleich in die Reconvalescenz über und werden von den häßlichen Narben verschont. Ich weiß sehr wohl, daß das Material viel zu gering ist, um einen Erfolg der Behandlung in allen möglichen Fällen erwarten zu lassen; doch fordern die gewonnenen Resultate die Aerzte dazu auf, diese Behandlung, die gut vertragen wird, bei Pockenkranken zu instituiren und sie nicht etwa ihrer Einfachheit wegen zu verwerfen. Die Behandlung muß strengstens durchgeführt werden, und zwar vor dem Eintritt des Suppurationsstadiums; ist dieses einmal eingetreten, so ist die angegebene Behandlung ohne jeden Nutzen."

Endlich theilt FEILBERG (6) die Resultate der Behandlung von 14 Fällen von Pocken mit rothem Licht mit; 9 kamen in seine Behandlung beim Ausbruch des Exanthems, die übrigen 5 erst 4 bis 5 Tage nach Ausbruch desselben: alle 9 Fälle der ersten Gruppe verliefen ohne Eiterung, von der zweiten Gruppe verliefen nur 2 ohne Suppuration. Verf. schließt sich im Ganzen der Meinung von SVENDSEN an; das Suppurationsstadium wurde bei dieser Behandlung vermieden, es trat keine Temperatursteigerung ein, kein Oedem; die Pat. gehen aus dem Stadium der Blasenbildung sofort in das Reconvalescenzstadium über und werden von den häßlichen Narben ganz verschont.

Während SVENDSEN das Stadium der Blasenbildung etwas protrahirt fand, konnte Verf. diese Beobachtung nicht in allen Fällen bestätigen; dagegen waren die Papeln in mehreren Fällen auffallend abortiv, die Irritationsphänomene um die einzelnen Papeln oder Vesikeln waren bedeutend geringer als sonst, Oedem und Spannung der Haut fehlte ganz oder war nur in geringem Grade vorhanden, namentlich war es auffallend, wie leicht die Pat. die Finger bewegen konnten. Die Temperaturcurven zeigen, wie die Temperatur bei der Behandlung mit rothem Licht von 40·8° bei der Eruption auf etwa 37° fällt und später nicht über 37·7° hinausgeht. Selbst die 3 Fälle, wo die Behandlung erst so spät eingeleitet werden konnte, daß es zur Eiterung und hohem Fieber kam, wurden doch unzweifelhaft günstiger beeinflußt, theils dadurch, daß der Umfang der Eiterung begrenzt wurde, oder daß das Fieber viel schneller als gewöhnlich herabging. Obwohl also die Behandlung die besten Chancen darbietet, wenn sie vor der Vesikelbildung ihren Anfang nimmt, so hat Verf. doch ein paar Fälle beobachtet, die beweisen, daß die genannte Behandlung auch bei dem Eintreten der Eiterung oder wo dieselbe halb begonnen hat, noch Nutzen schafft. Ein nicht geimpfter Knabe — 6 Jahre alt — wurde am 7. Tage eingeliefert; er bekam Eiterung und starke Narbenbildung im Gesicht, während die Hände ganz frei blieben; da die Eiterung im Gesicht beginnt und später erst an den Händen auftritt, so spricht dieser Umstand dafür, daß die Vesikeln im Gesichte wahrscheinlich zu spät zur Behandlung kamen, während die Behandlung für die Hände noch früh genug kam.

Die obengenannte Behandlung ist nach Ansicht des Verf. als ein nicht geringer therapeutischer Fortschritt zu begrüßen; sie macht die Krankheit weniger peinlich, kürzt den Verlauf ab und erspart dem Pat. verschiedene Complicationen, die die Suppuration zu begleiten pflegen. Bs.

Referate und literarische Anzeigen.

RICHARD LANDAU (Frankenberg): **Zur Lehre von den puerperalen Scheidengeschwüren.**

Bei einer 28jährigen IVpara trat etwa 3 Wochen post partum eine Spätblutung auf und im Anschluß daran constatirte Verf. (vgl. „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie", 1895, Juliheft) trotz der Euphorie der Wöchnerin Fieber, das allmälig über 39 anstieg. Die Untersuchung des Thorax und Abdomens war negativ, Genitalsymptome fehlten vollständig. Die Digitalexploration aber beförderte aus dem Cervicalcanal einen jauchenden Placentarrest von der Größe einer welschen Nuß, und die Spiegeluntersuchung fand zwei genau gegenüber liegende, in ihrer Form congruente Scheidengeschwüre an der vorderen und an der hinteren Wand, deren oberste Grenze genau dem äußeren Muttermunde anlag, etwa 3 bis 4 Cm. lang, 2—3 Cm. breit, mäßig vertieft, am Grunde mit einer graugrünen, fest anhaftenden Decke bekleidet. Hochsitzende Puerperalgeschwüre können also ohne jedes locale Symptom bestehen und so im Verborgenen ihre deletäre Wirkung entfalten. Therapie bestand in sofortiger Ausschabung der puerperalen Gebärmutter mit der schleifenförmigen Curette im Querbette ohne Narkose, Ausspülung der Gebärmutterhöhle mit 2proc. Lysollösung mittelst Uteruskatheter und Jodoformgazetamponade, die nach 24 Stunden entfernt wurde. Nun wurden aber nicht, wie üblich, fleißige antiseptische Scheidenausspülungen verordnet, sondern Verf. wünschte die Vortheile der trockenen Wundbehandlung gegenüber der Verschwendung von Antisepticis aus der Chirurgie in die Geburtshilfe zu über-

tragen. Deshalb wurden unter Spiegelbeleuchtung nach vorgängiger peinlichster Desinfection von Händen und Instrumenten Jodoformgazestreifen in die Scheide eingelegt, so daß das obere Ende eines etwa 4 Cm. breiten und 1 Cm. langen, doppelten, zu einem Docht locker aufgedrehten Gazestreifens ganz oberflächlich in den äußeren Muttermund eingeschoben, der Rest aber gekrüllt genau zwischen beiden Geschwüren und sie in ihrer ganzen Ausdehnung bedeckend gelagert wurde. Wechsel der Einlage zuerst nach 24 Stunden, dann nach 4—6 Tagen. Bereits nach Ablauf der ersten Woche waren die gangränescirenden Geschwüre in frischrothe, granulirende Wundflächen umgestimmt; das Fieber war bereits am anderen Tage um 1° gefallen und blieb dann maximal auf 38·2. Nach 9 Wochen konnte die schwerkranke Puerpera, welche ohne richtige Diagnose und ohne energische Therapie sicher dem septischen Fieber zum Opfer gefallen wäre, absolut gesund entlassen werden.

Der Vortheil dieser Behandlung liegt einmal in der Nutzanwendung unserer chirurgischen Kenntniß, daß die fortwährende Benetzung mit reizenden, antiseptischen Flüssigkeiten der Wundheilung eher schädlich als förderlich ist, und daß es nicht darauf ankommt, eine Wunde fortwährend *rein zu machen*, sondern sie *rein zu halten*. Ferner behandelt auf solche Weise der Arzt die Puerpera allein und der Pfleger hat nichts mit localen Manipulationen an den Genitalien derselben zu thun; das wird der Abhaltung einer Infection des puerperalen Genitalschlauchs gewiß dienlich sein. Besonders für die Privatpraxis ist es endlich nicht gleichgiltig, daß bei dieser Methode selbst der Arzt nur alle 4—6 Tage (vielleicht kann man bei genügender Controle des Allgemeinbefindens noch längere Pausen machen) die Kranke local am Genitale zu untersuchen und zu behandeln hat. (Autoreferat.)

KONDRATJEW: Zur Frage des Selbstschutzes des thierischen Organismus gegen bacterielle Infection.

K. gelangt in einer vorläufigen Mittheilung („Wratsch", 1895, Nr. 15) auf Grund angestellter Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Aus der Milz und den Nebennieren der normalen und für die Tetanusinfection zugänglichen Thiere, wie z. B. des Pferdes, läßt sich eine Substanz herleiten, deren Einführung in den Körper der Maus das Thier im großen Maße gegen den Tod widerstandsfähig macht, ohne eine Infection mit Tetanus auszuschließen: eine sicher tödtliche Dosis überleben circa 50% der Thiere; bei den übrigen wurde der Eintritt des Todes nur mehr oder weniger aufgehalten.

2. Die Substanz wurde in wässeriger Lösung in die Bauchhöhle des Versuchsthieres eingeführt, in Dosen von 1 Ccm. täglich, 3 Tage vor der Infection beginnend. Es wurden 4—7 Injectionen gemacht. Mit der 4. wurde auch das Gift in tödtlicher Quantität eingeführt in Form einer Bouilloncultur, zur Hälfte nach der BRIEGER- und EHRLICH'schen Methode mit Wasser verdünnt. Die 5., 6. und 7. Injection war also die 1., 2. und 3. nach der stattgefundenen Infection, sie vermehrten aber nur sehr gering die Stärke der ersten vier.

3. Wurde die schützende Substanz 1—2 Tage vor der Infection in den Organismus gebracht, so wird zwar eine Wirkung hervorgerufen, doch war sie nur schwach; es überstand ein geringerer Procentsatz der inficirten Thiere das Gift. Bei gleichzeitiger Einführung des Giftes subcutan, der Substanz aber in die Bauchhöhle, war keine Wirkung zu verzeichnen.

4. Die schützende Substanz kann aus den Organen auf verschiedene Weise dargestellt werden, rein hat man es jedenfalls bis jetzt noch nicht gewonnen und über das Wesen derselben lassen sich vorderhand auch nur Hypothesen aufstellen, und zwar folgender Art:

5. Sie gehört zu den Zellen der Organe; die Säfte der letzteren sind fast gänzlich unwirksam. Das Blutserum der Pferde enthält nur eine ganz geringe Menge jener Substanz, seine Wirkung beschränkt sich nur auf eine Verzögerung des Eintrittes des Todes der Versuchsthiere.

6. Die schützende Substanz gehört nicht zur Gruppe der Eiweiße. Bei der Reinigung der Lösung von den Beimengungen wird die Reaction auf Eiweiß immer weniger ausgesprochen, um zuletzt ganz zu verschwinden. Es war gelungen, eine recht wirksame Substanz zu gewinnen, die keine einzige Reaction auf Eiweiß ergab.

7. Die Beimengungen von Eiweißsubstanzen (Albumine und Globuline) stören die schützende Substanz in ihrer Wirksamkeit; jedenfalls war die Wirkung der Lösungen, die viel Eiweiß enthielten, schwächer und wurde nach einer 10 Minuten langen Erwärmung bis auf 60° C. mit nachfolgender Abfiltrirung des Bodensatzes stärker.

8. Die betreffende Substanz verträgt eine mehrmalige Erwärmung auf 55° C. im Laufe von 10 Minuten. Bei 15 Minuten langer Dauer der Erwärmung wird die Wirkung um ein Geringes schwächer.

9. Die Substanz dialysirt sehr langsam.

10. Durch Niederschläge wird das Wirksame in der Substanz zum Theil, aber nicht vollständig, mechanisch mitgerissen.

11. Sie ist in Wasser und wässerigem Glycerin löslich. Durch entwässerten Alkohol wird sie niedergeschlagen und, wie es scheint, sehr bald vernichtet. Chloroform wirkt nicht ein, ebensowenig schwache Alkalien; im Gegentheil wirken selbst schwachsaure Lösungen schädlich.

Bei voller Sterilisation und niedriger Temperatur (in dem Eiskeller) hielt sich die wässerige Lösung $1^{1}/_{2}$—2 Monate lang.

Gestützt auf einige noch nicht ganz beendigte Versuche glaubt Autor dieselbe schützende Wirkung der Substanz auch bei der Diphtherie der Meerschweinchen erwarten zu dürfen. Dr. J. G.

MININ (St. Petersburg): Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Rindenepilepsie.

Der Fall betrifft einen 11jährigen Knaben; derselbe litt seit 4 Jahren an Anfällen, die sich täglich wiederholten; es wurde bei der Operation ein Theil der Hirnsubstanz exstirpirt, der dem Centrum der Bewegung des Kopfes nach rechts entsprach — was vorher durch Reizung mittelst elektrischen Stromes nachgewiesen wurde — eine Bewegung, die beim Pat. den Anfall einzuleiten pflegte. Der Puls war in der Zeit nach der Operation beschleunigt (150 in der Minute), was auf Reizung der Rinde durch die Jodoformgaze zurückzuführen sein dürfte. Nach Entfernung derselben wird der Puls allmälig langsamer. Die Wunde heilte ohne Temperaturerhöhung prima intentione. Seitdem war — seit 4 Wochen — kein Anfall mehr eingetreten. („Wratsch". Nr. 16, 1895.) Dr. J. G.

Grundzüge der Therapie. Von **Prof. Dr. Alfred Přibram** in Prag. Berlin 1895. *Fischer's* medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld).

Auf dem Boden akademischer Vorlesungen erwachsen, gibt uns das vorliegende Buch eine sehr interessante Darstellung jener therapeutischen Erfahrungen, welche der bekannte Prager Kliniker im Laufe von mehr als dreißig Jahren gesammelt hat. Es tritt nicht in der Gestalt eines Lehrbuchs der Therapie auf, auch nicht in der Form eines therapeutischen Hilfsbuchs, sondern es führt sich als zwangslose Besprechung wichtiger therapeutischer Fragen ein, stets vom Principe geleitet, in erster Linie den Gesammtorganismus des Kranken und erst in zweiter Linie die Symptome der Krankheit zu behandeln. Weit entfernt, die modernen Erzeugnisse der chemischen Industrie in uneingeschränktem Maße zu verwenden, warnt es auch vor einem blind verneinenden Nihilismus; mit weiser Beschränkung sucht er den Anforderungen gerecht zu werden, welche die causale und die symptomatische Indication an den Arzt stellen. Möge das Buch eine seinem Werthe entsprechende Verbreitung und Berücksichtigung finden! Fe.

Lehrbuch für Hebammen. Von **Dr. Carl Freiherrn von Rokitansky**, k. k. o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität in Graz. Mit 33 Abbildungen. Wien 1895, Alfred *Hölder*.

ROKITANSKY's Lehrbuch entspricht allen Anforderungen, die man an ein solches Werk stellt. Es ist klar geschrieben, nicht zu ausführlich gehalten und umfaßt die ganze Materie, ohne etwas

Wichtiges auszulassen. Der Desinfection, nach Ansicht des Ref. einem der allerwichtigsten Capitel des Lehrbuches für Hebammen, wird die entsprechende Würdigung zu Theil. Gut ausgeführte und, was für ein Hebammenlehrbuch doppelt wichtig, große Abbildungen werden den Leserinnen das Verständniß des mündlich Gelehrten und des Textes wesentlich befördern. Da wir in Oesterreich keinen Ueberfluß an guten und praktischen Hebammenlehrbüchern besitzen, so wird das vorliegende gewiß seine verdiente Verbreitung finden.

KLEINWÄCHTER.

Ungarische Beiträge zur Augenheilkunde. Unter Mitwirkung von Fachgenossen herausgegeben von **Prof. Wilhelm Schulek**, Director der Augenklinik an der Universität in Budapest. I. Band. Mit 45 Abbildungen im Texte. Leipzig und Wien 1895, Franz Deuticke.

In diesem Bande vereinigt SCHULEK eine Reihe von Abhandlungen, die zum Theile von ihm, zum anderen Theile von seinen Schülern bereits in einem ungarischen Fachblatt („Szemeszet", Beiblatt des „Orvosi Hetilap") und manche schon vor Jahren veröffentlicht worden sind. Dieselben sind der Natur der Sache nach nicht in's große ärztliche Publicum gedrungen, wohl auch wenigen Augenärzten und dann nur aus Referaten bekannt; der Verf. macht daher nach seinen eigenen Worten einen schüchternen Versuch, aus der sprachlichen Isolirtheit herauszutreten und diese Arbeiten weiteren Kreisen von Fachgenossen vorzulegen mit Hinzufügung des Versprechens, andere Materien vorzuführen und auch Arbeiten anderer Fachgenossen aufzunehmen, falls die Herausgabe sich als materiell ausführbar herausstellen sollte.

Die ersten drei Abhandlungen, Sphincterotomia pupillaris, Sphincterolysis anterior und Apotomia iridis, rühren von SCHULEK her und handeln von operativen Eingriffen, resp. deren detaillirten Schilderung behufs Lösung von Synechien; OTTAVA berichtet über die Resection der oberen Facialisäste bei Blepharospasmus idiopathicus, CSAPODI über die Anwendung des Paquelin, ISSEKUTZ über hermetischen Schutz gesunder Augen (Ankleben von Wachstaffet), NEUPAUER über neue Sonden zur Behandlung der Dacryocystitis chronica und über Hydrarg. cyan., Cresylsäure und Lysol als antiseptische Mittel in der Augenheilkunde. LIPPAY bespricht die Methode SCHULEK's der Tätowirung der Hornhaut in einer Sitzung durch parallel zu einander geführte Einschnitte in die Cornea und nachheriger Verreibung von chinesischer Tusche. FEUER beschreibt einen Tumor cavernosus orbitae, den er mit Erhaltung des Bulbus entfernt hat, und ein von ihm angegebenes Operationsverfahren bei Distichiasis (Intermarginalschnitt und Cauterisation der wunden Fläche des Cilien tragenden Theiles). GROSS gibt die Indicationen zur Enucleation an, JUHASZ und ISSEKUTZ geben die Statistik der an der Budapester Augenklinik in den Jahren 1876—1890 vollführten Staaroperationen und der auf Grund derselben gewonnenen Erfahrungen, und KOVACS beschreibt eine neue Pincette zur Entfernung der Cataracta secundaria. Schließlich sind noch eine Reihe von Aufsätzen von SCHULEK über das Pterygium, über Erythropsie und über einige Methoden der Staaroperationen zu erwähnen.

Hoffen wir, daß der Versuch SCHULEK's gelungen ist, und daß er in Bälde sein Versprechen einlösen kann, eine Reihe weiterer Arbeiten auch von anderen einheimischen Fachgenossen dem deutschen ärztlichen Publicum vorzuführen.

KÖNIGSTEIN.

Feuilleton.

Thure Brandt.

(Ein Gedenkblatt.)

An den malerischen Ufern des Maelarsees ist ein arbeitsreiches Leben zur Rüste gegangen. Der schwedische Major THURE BRANDT, dessen Namen der neueren gynäkologischen Literatur geläufig ist, dessen Methode manueller Behandlung von Frauenkrankheiten den Gegenstand zahlreicher Publicationen, so mancher wissenschaftlichen Controverse gebildet hat, der prächtige Greis, dessen Leben und Wirken anläßlich der Vollendung seines 70. Lebensjahres in diesen Blättern eingehende Würdigung gefunden hat, ist todt.

Mit ihm ist ein unermüdlicher Kämpfer für eine Methode gestorben, die der ehemalige Officier und ausgezeichnete „Gymnast" ein Menschenleben hindurch gegen Zweifler und Nörgler vertheidigt hat, bis sie, Dank der Objectivität deutscher Gynäkologen — SCHULTZE und SCHAUTA an der Spitze — die wissenschaftliche Welt erobert hat. Die ersten Gegner waren THURE BRANDT im eigenen Vaterlande erstanden. Es soll das kein Vorwurf für die schwedischen Aerzte sein, von welchen nur Wenige THURE BRANDT an der Arbeit sahen. Man beurtheilte ihn nach seinen Schriften, und diese, zumal die ersten Publicationen BRANDT's, die nur in schwedischer Sprache erschienen sind, waren in der That nicht geeignet, der Methode zu nützen, da sie einen recht unwissenschaftlichen, laienhaften Geist athmeten.

Und doch war THURE BRANDT kein Laie in des Wortes eigenster Bedeutung. Der Absolvirung des zweijährigen Cursus am k. gymnastischen Central-Institute zu Stockholm hatte BRANDT elementare Kenntniß der Anatomie und Physiologie, sowie der Wirkungsweise und Indication der Heilgymnastik zu danken; eigene eingehende Studien befestigten sein Wissen auf dem Gebiete der Anatomie und Pathologie der Beckenorgane, und eine reiche gynäkologische Praxis ermöglichte dem manuell äußerst gewandten, mit seltener palpatorischer Fähigkeit ausgerüsteten Manne eine hohe Ausbildung in der Diagnostik der Frauenkrankheiten. Wer THURE BRANDT jemals am Krankenbette gesehen, wird mir zustimmen, wenn ich behaupte, der schwedische Major sei, obwohl durchaus Autodidact, ein ausgezeichneter, in seinen Palpationsdiagnosen unübertroffener Gynäkologe gewesen. Daß er endlich, nach Jahrzehnte langem Ringen, die Anerkennung der ärztlichen Welt gefunden, verdankte er PROFANTER, der, durch einen von BRANDT erfolgreich behandelten Fall auf dessen Methode aufmerksam gemacht, Mitte der Achtziger-Jahre nach Stockholm ging, die mechanische Behandlung von Frauenkrankheiten daselbst studirte und im Jahre 1886 THURE BRANDT bewog, mit ihm zu SCHULTZE nach Jena zu reisen und daselbst, unter den Augen des deutschen Gynäkologen, mehrere Fälle zu behandeln. Mit welchem Erfolge dies geschah und welchen Eindruck BRANDT's Methode auf den Mann der Wissenschaft machte, ist aus der Vorrede zu ersehen, mit welcher SCHULTZE die Publication PROFANTER's eingeleitet hat. Er nennt die BRANDT'sche Methode der Massage der weiblichen Beckenorgane eine Bereicherung der gynäkologischen Therapie und ein Heilverfahren, welches theils mit Vortheil an die Stelle anderer Behandlungsmethoden zu treten habe, theils geeignet sei, die Erfolge unserer bisherigen operativen und medicamentösen Therapie zu erhöhen.

Damit war der Bann gebrochen. Aus aller Herren Ländern strömten Aerzte nach Stockholm, um bei THURE BRANDT, dem liebenswürdigen, stets bereitwilligen Greise, die Technik seiner Methode zu studiren; dem Ansturm der Besucher folgte bald eine wahre Hochfluth von Publicationen über „gynäkologische Massage"; BRANDT selbst wurde veranlaßt, ein nunmehr in 2. Auflage erschienenes, von einem hervorragenden österreichischen Gynäkologen durchgesehenes Werk über die manuelle Behandlung der Frauenkrankheiten abzufassen; in den wissenschaftlichen Versammlungen wechselten Vorträge mit lebhaften Discussionen über die THURE BRANDT'sche Methode; der Enthusiasmus Einzelner drohte bereits das mühsam aufgebaute Werk zu untergraben. Glücklicher Weise trat rechtzeitig Ernüchterung ein; die Arbeiten zahlreicher Schüler BRANDT's wirkten zusammen, die Indicationen seiner Behandlungsmethode auf Grundlage umfassender Beobachtungen festzustellen, die Technik nicht unwesentlich zu vereinfachen und die manuelle Behandlung der Gynäkologie dauernd einzuverleiben.

So gestaltete sich der Lebensabend THURE BRANDT's zu einem friedlichen und glücklichen. Seine selbstlose Arbeit im Dienste der Menschheit hat dankbare Anerkennung gefunden.

Bescheiden, fast beschämt in seiner schlichten, anspruchslosen Art hat der greise BRANDT die Erfolge seines Wirkens wachsen sehen. „Was ich geleistet," sagte er mir, als ich im Spätherbste des Jahres 1888 zum ersten Male sein Heim betrat, „ich danke es der Hilfe des Herrn." Der fast Siebzigjährige war damals ein

rüstiger, hochgewachsener Mann, aus dessen klugen Augen Güte und Milde strahlten. Ein mächtiger, interessanter Kopf saß auf breiten Schultern; Haar und Bart waren weiß, doch die gewölbte Brust, die schlanke, kraftstrotzende Gestalt ließen den alten Major nicht greisenhaft erscheinen. Ein ungewöhnlich kräftiger Händedruck hieß mich, von BRANDT's erstem Schüler, NISSEN in Christiania, an ihn empfohlen, herzlich willkommen. Ich werde diesen Händedruck, sowie die Hand, die meine Finger gefangen hielt, nie vergessen. Hände von solcher Größe habe ich in Mitteleuropa nicht gesehen. Die langen, wohlgeformten und sorgfältig gepflegten Finger, die wie gemeisselten Muskelpolster des Thenar und Antithenar prädestinirten ihren glücklichen Besitzer geradezu zur Ausübung manueller Behandlung. THURE BRANDT palpirte, mit dem Daumen in der Vagina und dem Zeigefinger im Rectum der stehenden Patientin mit größter Sicherheit Beckenregionen, die eines gewöhnlichen Menschen Fingerspitzen nie erreichen. So manchen Handgriff THURE BRANDT's mußte ich meiner Hand mühevoll anpassen, um ihn auszuführen, und wenn eine gütige Märchenfee mir die Erfüllung eines Wunsches zugesichert hätte, in Stockholm hätte ich mir längere Finger gewünscht. Nicht minder überraschend, wie die Präcision und Sicherheit der BRANDT'schen Palpation war die Zartheit und Weichheit seiner Handgriffe. Sein Denken und Fühlen lag in den Spitzen seiner Riesenfinger, die er gebrauchte, als wären es zarte Kinderhände. Wer die BRANDT'sche Behandlung eingreifend und roh nennt, hat THURE BRANDT nie an der Arbeit gesehen; wer die weiblichen Beckenorgane kräftig „massirt", kennt des schwedischen Major manuelle Behandlung nicht.

Zart und feinfühlig, wie seine Handgriffe, war BRANDT's Wesen und Charakter. Seine zahlreichen Kranken hingen mit wahrer Verehrung an dem Manne, der mit unermüdlicher Geduld, ohne Rücksicht auf die seine Thür belagernde Menge jeder Patientin ein halbes Stündchen widmete, während der Behandlung in seiner väterlichen Art tröstend und beruhigend. Arme wurden selbstredend ohne Entgelt behandelt; Zahlungsfähige entrichteten ein Honorar, das selbst für unsere Begriffe minimal genannt werden muß. Während THURE BRANDT im Ordinationszimmer vom Morgen bis in den späten Nachmittag arbeitete, hie und da einen der anwesenden Aerzte untersuchen und massiren ließ, in regelmäßigen Zwischenräumen an einem Glase Milch sich erfrischend, besorgte im Nebenzimmer eine wohlgeschulte Assistentin die heilgymnastische Behandlung nach den aufliegenden, von BRANDT sorgfältig abgefaßten und revidirten Recepten. Jeden Augenblick erschien sie an der Schwelle des Ordinationszimmers; eine rasche Frage, eine nach reiflicher Ueberlegung ertheilte Antwort, und die kleine Assistentin verschwand im Wartezimmer, in welchem ohne Apparate, mit Hilfe einer einfachen „Plinte" und einiger Stühle und Bänkchen vom frühen Morgen bis in die sinkende Nacht unter Lachen und Scherzen Gymnastik getrieben wurde.

Zahllose kranke Frauen haben das kleine Haus in der Bibliotheksgåtan zu Stockholm betreten und geheilt verlassen; zahlreiche Frauen jedes Alters und Standes danken dem „guten Major" die Wiederherstellung ihrer Gesundheit, ihrer Arbeits- und Genußfähigkeit. Groß ist die Zahl der Aerzte, die hier Bereicherung ihres Wissens gefunden und die Methode THURE BRANDT's in alle Theile der civilisirten Welt getragen haben. Sie alle gedenken dankbar des einfachen Mannes, dessen Tod sie schmerzlich berührt, wie der eines wahren, selbstlosen Freundes. Das kleine Haus, in dem er unverdrossen gewirkt, es ist vereinsamt; leer sind die Räume, die Jahrzehnte lang Zeugen emsigster Arbeit gewesen. Ein guter, ehrlicher Mensch, ein wackerer Helfer ist mit THURE BRANDT zu Grabe gegangen. A. BUM.

Kleine Mittheilungen.

— Es ist eine beherzigenswerthe Mahnung, welche Professor EULENBURG („D. med. Woch.", 1895, Nr. 33) **über den Mißbrauch der Thyroidin-Tabletten** an alle betheiligten Kreise richtet. Seitdem man angefangen hat, sagt E., in ziemlich kritikloser und willkürlicher Weise Alles, was nur mit der Schilddrüse in nähere oder entferntere Beziehung zu bringen ist, mit „Schilddrüsenfütterung" zu behandeln, und namentlich seitdem durch die Untersuchungen von LEICHTENSTERN [1]) der unter Umständen bei Fettleibigen dadurch erzielbare Nutzen zur Kenntniß gebracht wurde, ist in weiten Kreisen des Publicums — zumal des weiblichen — ein förmlicher Entfettungssport ausgebrochen, dem — nur zu häufig ohne jede ärztliche Ueberwachung — in der willkürlichsten und schädigendsten Weise gefröhnt wird. Die „rasche" Entfettung durch Schilddrüsenfütterung ist an die Stelle der ehemals beliebten, immerhin umständlichen und langwierigen „Schweningercur" getreten; und diesem Treiben wird durch den bisher ungehemmten Vertrieb der englischen und deutschen Thyroidin-Tabletten und anderer angeblich aus Schilddrüsensubstanz hergestellter, uncontrolirbarer Präparate in bedenklicher Weise Vorschub geleistet. In einem von E. beobachteten Falle — einer von vielen! sagt E. — hatte eine vielgenannte dramatische Künstlerin ohne ärztliche Verordnung die Thyroidin-Tabletten gekauft und auf Anrathen des Apothekers über einen Monat hindurch täglich 6 Stück davon genommen, während wir nach den gemachten abschreckenden Erfahrungen bekanntlich über zwei Stück täglich bei sorgfältiger Controle nur ausnahmsweise hinausgehen. In Folge dessen waren äußerst schwere Störungen der Herz- und Nententhätigkeit eingetreten, und es hatten sich, bei ziemlich bedeutender Abmagerung (17 Pfund in ungefähr 2 Monaten) Erscheinungen einer offenbar hydrämischen Blutbeschaffenheit ohne organische Ursache rapid entwickelt. Es sind dies doch Gefahren, meint E., die zu einer Verhütung und Abwehr auf das Dringendste herausfordern; und das Mindeste, was in dieser Richtung geschehen könnte, wäre wohl, daß der Vertrieb von „Thyroidin-Tabletten" und ähnlichen aus Schilddrüsensubstanz gefertigten Präparaten dem Handverkauf völlig entzogen und nur auf ärztliche Verordnung fortan gestattet würde. Ein solches Vorgehen würde sich überhaupt für alle neuen Arzneipräparate, wie sie jetzt massenhaft auf den Markt geworfen werden, empfehlen; alle neu empfohlenen Arzneimittel sollten im Handverkaufe verboten sein, bis nicht der Nachweis der Unschädlichkeit erbracht ist.

— Die seinerzeit von FLEINER empfohlene **Behandlung der chronischen Obstipation mit großen Oelklystieren** hat Dr. CARL BERGER in Niederlössnitz an einem größeren Materiale versucht und empfiehlt dieselbe auf Grund seiner außerordentlich guten Erfahrungen („D. med. Woch.", 1895, Nr. 30). Ueber 41 Fälle wurden genaue Aufzeichnungen gemacht; davon litten 19 an der spastischen Form der chronischen Obstipation, 10 an Darmatonie, 12 an der gemischten Form. Bei 3 Patienten war die Dauer der Beobachtung eine zu kurze. Von den bleibenden 38 Fällen wurden 34 völlig geheilt; der Erfolg war ein dauernder, die lästigen Beschwerden blieben aus. Die Technik war folgende: Man ließ in Knieellbogenlage 500 Ccm., bei Frauen 400 Ccm. auf Körpertemperatur erwärmtes, chemisch reines Olivenöl aus einem gewöhnlichen Irrigator mit olivenförmigem Ansatze aus einer Druckhöhe von circa 50 Cm. möglichst langsam in den Darm einlaufen. Diese Procedur dauert etwa 20—30 Minuten. Dann bleiben die Pat. mit erhöhtem Becken $^{1}/_{4}$ Stunde in linker und $^{1}/_{4}$ Stunde in rechter Seitenlage liegen. Nach dieser Zeit können sie eine beliebige Körperlage einnehmen, bleiben aber zweckmäßig noch bis zum Eintritt der Oelwirkung auf der wasserdichten Unterlage im Bette. Die Wirkung stellte sich in der Regel 4—5 Stunden nach Application des Oeleinlaufes ein. Tritt kein Stuhl ein, so läßt man einen Wassereinlauf folgen, welcher in der Regel reichliche Kothmassen zutage fördert. Mit dem nächsten Oelklystier wartet B. im Gegensatz zu FLEINER so lange, bis sich das Bedürfniß hiezu herausstellt, bis die peristaltische Wirkung eine so mangelhafte wird, daß sich an einem Tage keine spontane Entleerung einstellt. Auf diese Weise wurden die Intervalle zwischen den einzelnen Oeleinläufen immer größere und es vergingen mitunter 10—21 Tage, ehe ein neuerliches Klysma nothwendig wurde. Die Oelcur wurde durch diätetische Maßregeln und milde Hydrotherapie mit Nutzen unterstützt.

— In neuerer Zeit wurden vielfach **Antipyrin und Formanilid zur localen Anästhesie** empfohlen. SCOFONE und BATTISTINI („Gaz. d. Osped.", 1895, Nr. 87) sind nach vielfachen Experimenten

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 15.

mit diesen beiden Mitteln zu folgenden Schlüssen gelangt: Antipyrin in 30—50%iger Lösung und Formanilid in 2%iger Lösung besitzen eine ausgesprochene, locale lähmende Wirkung auf die Schleimhäute, auf die der Epidermis beraubte Haut, auf die Nervenstämme, die Muskeln, die Hirnrinde. Diese lähmende Wirkung ist ausschließlich auf die Applicationsstelle localisirt. Man kann sie sofort zum Schwinden bringen durch reichliche Waschungen mit physiologischer Kochsalzlösung. Vom praktischen Standpunkt aus sind die beiden Mittel als locale Anästhetica wohl zu verwerthen, niemals aber als allgemeine Anästhetica. Immerhin ist große Vorsicht geboten, besonders beim Gebrauch des Formanilids, welches leicht allgemeine Vergiftungssymptome erzeugen kann, besonders bei Anwendung in Form von hypodermatischen Injectionen.

— **Gegen das Jucken bei Urticaria** empfiehlt Dr. C. Berliner in Aix-la-Chapelle („La sem. méd., 1895, Nr. 26) folgendes einfache Verfahren: Man befeuchtet die von Urticaria befallenen Stellen mit kaltem Wasser und frottirt sie hierauf durch 10—15 Secunden mit einigen Körnchen Küchensalz, die man mit der vorher befeuchteten Fingerkuppe aufgenommen hat. Der Kranke spürt zunächst ein leichtes Brennen, das bald von dem Gefühl einer angenehmen Kühle und einer beträchtlichen Verminderung oder gänzlichem Verschwinden des Juckens gefolgt ist. Gleichzeitig pflegen die Urticariaquaddeln sehr rasch zu verschwinden. Auf dieser so behandelten Stelle applicirt man dann Zinksalbe oder Reispulver. Bei sehr ausgebreiteter Urticaria geht man nicht auf einmal, sondern zonenweise vor. Selbstverständlich darf die nothwendige Modification in der Ernährung des Kranken nicht übersehen werden. Bei Urticaria toxischen Ursprunges empfehlen sich Abführmittel, besonders Calomel. Gute Dienste leisten auch lauwarme Bäder.

— Vor einer Reihe von Aerzten demonstrirte Dr. Moos in New-York („Boston med. and surg. Journ.", 1. Febr.) die **Wirkung des übermangansauren Kali als Antidot gegen Morphium.** Nachdem er 3 Gran (0·18) Morphium sulfuricum genommen hatte, trank er 120·0 Wasser, in dem 0·24 übermangansaures Kali gelöst war. Die gewöhnliche Wirkung des Morphiums blieb darnach völlig aus, und es wurde auch in der Folge keine Intoxicationserscheinung beobachtet. — Moos („British med. Journ.", 1895, June 22) bestätigte in Versuchen an sich selbst die vortheilhaften Wirkungen des hypermangansauren Kali bei Vergiftungen mit Opium und dessen Alkaloiden. 0·2, bezw. 0·33 Grm. Morphium sulfuricum blieben ohne allen Effect, wenngleich danach 0·27, bezw. 0·53 Grm. Kalium hypermanganicum in Wasser gelöst genommen wurden; drei bis vier Theile genügen für 2—3 Theile Morphium. Da letzteres, wenn es im Blut kreist, theilweise im Magen wieder ausgeschieden wird, ist jenes Kaliumsalz in schwacher Lösung noch mehrere Stunden nach einer Vergiftung von Zeit zu Zeit zu geben. Auch in subcutaner Verwendung ist es von Nutzen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

63. Jahresversammlung der British Medical Association.

Gehalten zu London vom 30. Juli bis 2. August 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

III.

Section für innere Medicin.

Ueber Diphtherie und die Antitoxinbehandlung.

Sidney Martin: Man hat eine Reihe von Mitteln empfohlen, denen bei der Diphtherie eine allgemeine Wirkung zukommen soll, d. h. die im Stande sein sollen, die Allgemeinsymptome der Diphtherie zum Verschwinden zu bringen. In der That kommt aber keinem einzigen dieser Mittel diese Eigenschaft zu. Nur die Antitoxinbehandlung nimmt eine Sonderstellung ein; sie ist auf dem Studium der Pathologie der Diphtherie aufgebaut. Die Diphtherie kann definirt werden als membranöser Entzündungsproceß der Schleimhaut (meist des Respirationstractes), eine Entzündung, die durch den Diphtheriebacillus verursacht ist; letzterer dringt nicht in den Organismus ein, sondern erzeugt in der Schleimhaut selbst das Gift, welches die Ursache der Allgemeinsymptome ist, des Fiebers etc., der Degenerationsprocesse im Bereiche des Nervensystems, welche schließlich zu Paralysen führen. Diese nervösen Degenerationsprocesse müssen als eigentlich charakteristisch für Diphtherie betrachtet werden. Es gibt noch eine Reihe anderer Entzündungsprocesse des Rachens, welche gleichfalls durch Mikroorganismen bedingt sind, die aber niemals zu Nervendegenerationen führen.

Die Gifte, welche man bei Diphtheriekranken findet, gehören zwei Gruppen an: Das eine findet sich in den Membranen, das andere in den Geweben, im Blute, in der Milz. Diese beiden Gifte haben ähnliche Wirkung, aber bieten doch gewisse Verschiedenheiten. Man kann das Gift der Membranen extrahiren, indem man letztere in frischem Zustand mit sterilisirter Salzlösung behandelt. Eine kleine Quantität davon in die Vene eines gesunden Kaninchens injicirt, erzeugt eine immer mehr zunehmende Paralyse, das Thier verfällt allmälig und geht, nachdem sich noch Diarrhöen eingestellt haben, zu Grunde. Bei der Section des Thieres findet man sehr ausgedehnte Degenerationen im Bereich des Nervensystems und daneben fettige Degeneration der Muskeln und des Herzfleisches. Im subcutanen Zellgewebe erzeugt die Injection dieses Giftes Mortification des Gewebes. Dieses Gift, welches die Symptome der Diphtherie schon bei den allerkleinsten Dosen erzeugt, scheint der Classe der Fermente anzugehören. Die Gifte, welche man in den Geweben der an Diphtherie Gestorbenen, besonders im Blute und in der Milz findet, sind zweierlei Art: das eine gehört zur Gruppe der Digestionsproteïde, zu den Albumosen, das andere ist eine organische Säure. Obwohl diese letztere Substanz Nervendegenerationen erzeugen kann, ruft sie doch weder progressive Paralysen, noch so tiefgehende Störungen der Ernährung hervor, welche die übrigen Toxine der Diphtherie charakterisiren. Die Albumosen haben eine sehr charakteristische Wirkung. In die Vene des Thieres injicirt, erzeugen sie binnen 1 oder 2 Stunden eine Temperaturerhöhung, welche bei Wiederholung der Injectionen mehrere Tage dauern kann. Man kann diese Albuminosen als die Fiebererreger der Diphtherie betrachten.

Wenn man diese Albumosen in 2 oder 3 kleinen Dosen im Verlaufe mehrerer Tage intravenös injicirt, stellt sich außer Fieber nach 8—10 Tagen eine leichte Paralyse ein, welche allmälig zunimmt und oft von schweren dyspnoischen Krisen begleitet ist; das Thier kann in einer dieser Krisen zu Grunde gehen. Große Dosen erzeugen bedeutende Abmagerung und Diarrhöen. Bei der Section von Thieren, welche mehrere kleine Dosen injicirt erhalten hatten, findet man ausgebreitete Degenerationen des Nervensystems und fettige Degeneration des Herzens; nach den Injectionen großer Dosen erscheint das Blut in einem Zustand der Verflüssigung, wie dies für eine Reihe anderer Albumosearten charakteristisch ist. Diese Albumosen unterscheiden sich also von dem in den Membranen gefundenen Gifte nicht blos dadurch, daß ihre Injection eine unmittelbare Temperaturerhöhung, und daß wiederholte Injectionen dauerndes Fieber hervorrufen, sondern auch dadurch, daß sie nur dann Paralysen erzeugen, wenn man sie wiederholt injicirt. In das subcutane Zellgewebe injicirt, erzeugen sie keine Nekrosen, sondern Oedem.

Diese beiden Arten von Diphtheriegiften, das der Membranen und das der Gewebe, kann man auch außerhalb des Organismus erhalten, wenn man die Bacillen auf geeigneten Nährböden züchtet. Gegen diese Gifte hat nun das Antitoxin anzukämpfen. Der pathologische Proceß der Diphtherie muß in folgender Weise aufgefaßt werden: Wenn die Membran gebildet ist, scheiden die Bacillen, besonders an der Oberfläche, ein Ferment aus, welches, vom Organismus aufgenommen, in demselben Producte erzeugt, die hauptsächlich zur Classe der Albumosen gehören. Der Körper wird also nicht durch eine einzige große Dosis vergiftet, sondern im Verlaufe der Krankheit entfalten zahlreiche kleine Dosen allmälig ihre Wirksamkeit.

Was nun die Art der Wirkung des Diphtherieantitoxins betrifft, so wurden die bisherigen Experimente fast alle an Kaninchen ausgeführt. Sie haben gezeigt, daß das Antitoxin im Stande ist, die Gifte, welche in den Geweben der an Diphtherie Verstorbenen gefunden werden, zu paralysiren. Es hat zwar nur einen geringen

Einfluß auf das von den Albumosen erzeugte Fieber, aber es verhütet gänzlich die fettige Herzdegeneration und zu einem guten Theil die Degenerationsprocesse im Bereich des Nervensystems.

Discussion.

Goodall (Homerton): Die schwersten Fälle von Diphtherie sind diejenigen, welche sich durch extensive Exsudation, langes Persistiren der Membranen (7—14 Tage), hohen Puls (120—150), Albuminurie (am Ende der ersten Woche, durch Tage oder Wochen andauernd), hohes Fieber, Drüsenschwellung, Benommenheit auszeichnen. Zu diesen gewöhnlichen Symptomen der Schwere können sich noch weitere gesellen, welche in der Regel zu einem fatalen Ende führen: Häufiges Erbrechen, Anurie, Hämorrhagien, Convulsionen. Vom 1. Januar bis 30. Juni d. J. hat G. 241 Fälle von Diphtherie unter 15 Jahren behandelt, davon 105 mit Antitoxin mit einer Mortalität von 22·8% und 136 ohne Antitoxin mit einer Mortalität von 33%.

Johnston (Glasgow) hält es für unwahrscheinlich, daß ein und derselbe Mikroorganismus die localen und allgemeinen Symptome der Diphtherie bedinge. Er habe unzweifelhafte Diphtherie ohne Diphtheriebacillus gesehen und einen Fall von Scharlach beobachtet, welcher mit Diphtherieserum behandelt wurde, weil der KLEBS-LÖFFLER'sche Bacillus im Rachen des Pat. vorhanden war. Wenn der KLEBS-LÖFFLER'sche Bacillus pathognomonisch und pathogenetisch und die Theorien von der chemischen Vergiftung richtig seien, mußten die Mortalitätsziffern bedeutend niedriger sein. Local habe er in vielen Fällen eine schnellere Abstoßung der Membranen beobachtet, doch nicht regelmäßig. Am besten wurden die tracheotomirten Fälle durch das Antitoxin beeinflußt. Die Beeinflussung des Allgemeinzustandes zeigte gegen früher keinen Unterschied. Gaumenlähmungen kamen ebenso oft vor wie früher. Unangenehme Nebenwirkungen hat J. beim Gebrauch des Antitoxins nicht gesehen. Im Ganzen müsse man mit den Erfolgen der Antitoxinbehandlung zufrieden sein; man müsse sich nur mit den erreichten, wenn auch geringen Fortschritten zufrieden geben.

Ranke (München) hat in der Zeit vom 24. September 1894 bis 1. Juli 1895 163 Fälle von primärer Diphtherie mit einer Mortalität von 17·7% behandelt. Davon wurden 145 Fälle bacteriologisch untersucht und in 136 Fällen der LÖFFLER'sche Bacillus gefunden, und zwar in 12 Fällen allein, in 124 Fällen gemischt mit Streptococcen. Mit der günstigsten Sterblichkeitsziffer der letzten Jahre verglichen, ist dieselbe durch die Serumtherapie auf weniger als die Hälfte heruntergegangen und um mehr als zwei Drittel kleiner als die ungünstigste Mortalitätsziffer der letzten Jahre. Auch die wegen Larynxstenose operirten Fälle zeigen eine Reduction der Todesfälle um die Hälfte gegenüber früheren Jahren. Was den Werth der Serumtherapie noch mehr beleuchtet als alle Statistiken, das ist die gründliche Aenderung im klinischen Verlauf der Diphtherie. Unter der Serumtherapie verliert dieselbe ihren progressiven Charakter. Dies zeigt sich vor Allem in Bezug auf die diphtheritischen Larynxstenosen. Unter allen Fällen R.'s befand sich nicht ein einziger, bei welchem sich eine Larynxstenose nach der Injection entwickelt hätte, wenn dieselbe nicht schon bei der Aufnahme vorhanden war. Alle Fälle, welche eine Operation wegen Laryngostenosis erforderten, wurden innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme operirt. Bei intubirten Fällen konnte der Tubus beträchtlich früher entfernt werden als früher. R. sieht in der Serumtherapie ein mächtiges und specifisches Mittel gegen die Diphtherie.

Baginsky (Berlin) verfügt über 525 mit Heilserum behandelte Diphtheriefälle. In den letzten 4 Jahren war die durchschnittliche Sterblichkeit 41%, während sie gegenwärtig 15·6% ist. Das Detailstudium der Fälle zeigt noch günstigere Verhältnisse. Es war die Sterblichkeit in Fallen

unter 2 Jahren	früher	63·30%,	jetzt	25·20%.
von 2— 4 „	„	52·85 „	„	17·12 „
„ 4— 6 „	„	37·90 „	„	17·24 „
„ 6— 8 „	„	27·41 „	„	11·39 „
„ 8—10 „	„	19·35 „	„	5·11 „
„ 10—12 „	„	15·07 „	„	10·00 „
„ 12—13 „	„	13·00 „	„	0·13 „

Die Serumtherapie hat nicht blos die Mortalität herabgesetzt, sondern die ganze Verfassung der Kinder erschien gebessert; die Gefahr der Herzschwäche schien verringert, die Zahl der Nephritiden vermindert, die Gefahr der Larynxstenose geringer; in der Regel kam man mit der Intubation aus, während man früher meist zur Tracheotomie schreiten mußte.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XIV.

SCHIMMELBUSCH (Berlin) beschreibt ein neues Verfahren der Rhinoplastik. Er nimmt einen Hautperiostknochenlappen von der Größe einer Nase aus der Stirn, und zwar mit der breiten Basis an der Haargrenze. Zur Deckung des großen Defects führt er von den Ecken des Lappens zwei seitliche Bogenschnitte bis hinter die Ohren, verschiebt die abgelösten Lappen nach vorn und vereinigt sie linear vorn an der Stirn. Nach Granulationsbildung wird der Knochenlappen transplantirt, derart, daß die Hautfläche nach außen, die Granulationsfläche nach der Nasenhöhle kommt. Das häutige Septum wird durch zwei schmale Lappen von den Seiten des Defectes gebildet. Um ein breites Auseinandergehen der knöchernen Nase zu verhüten, zieht SCH. durch den durchbohrten Knochen einen einschnürenden Draht, welcher gleichzeitig die Grübchen der Nasenflügel markirt.

Bei der Sattelnase wird in gleicher Weise verfahren, nur wird die Hautfläche nach innen, die Granulationsfläche nach außen gelegt und der Lappen in die gespaltene und auseinandergezogene Nase transplantirt.

Discussion.

Cramer (Köln) entnimmt mit der Hohlscheere einen Lappen aus dem Septum zugleich mit einem Stück der Lamina perpendicularis und des Knorpels. Nach Lappenbildung aus der Stirn wird auf diesem Gerüst die neue Nase aufgebaut.

Israel (Berlin) hat in einem Falle von fast totalem Defect der Nase ohne Knochenplastik in der Weise gedeckt, daß er einen großen aus dem Arm gebildeten Lappen an den verwundeten Nasenstumpf mit der Hautfläche nach der Nasenhöhle zu annähte und durch Hautlappen überdeckte. Gutes cosmetisches Resultat: nach 7 Monaten keine Abflachung.

König (Göttingen) hat durch Transplantation großer THIERSCH'scher Lappen auf den Knochen vollkommen primäre Heilung erzielt. Die sofortige Deckung des Defectes ist zwar ein großer cosmetischer Erfolg, aber ein nicht unerheblicher Eingriff, den man des großen Blutverlustes wegen nicht allen Pat. wird zumuthen können. Die Bildung des Septums ist immer ein Hinderniß für die Athmung und daher wegzulassen. Die freie Athmung wird am besten gesichert durch ein federndes Celluloidröhrchen.

LAUENSTEIN (Hamburg) faßt seine Mittheilungen „zur Frage der Catguteiterung" in folgende Thesen zusammen:

1. Die klinische Beobachtung spricht dafür, daß Fälle von Wundinfection vorkommen, die ihren Ausgang von den in den Wunden versenkten Catgutfäden nehmen.

2. Der Nachweis, ob im einzelnen Falle das Catgut der ursprüngliche Träger der Infectionsstoffe gewesen ist, läßt sich nicht sicher und einwandsfrei erbringen.

3. Aber man kann den Beweis führen, daß das jetzt im Handel den Aerzten gebotene sog. sterile Catgut entwicklungsfähige Keime enthält.

4. So lange dies der Fall ist, wird es nicht frei werden von dem Verdacht, daß es die Veranlassung geben könne zu einer Wundinfection.

L. hat in dem rohen und sterilisirten Catgut den Bacillus subtilis, Micrococcus tetragenes und den Staphylococcus albus gefunden. Unter 216 Proben von Näh- und Unterbindungsmaterial, das auf verschiedenen Nährböden untersucht wurde, fand L. bei 149 Proben von sog. sterilem Catgut 35mal entwicklungsfähige Keime; unter diesen fanden sich 107 Proben von angeblich in Trockenhitze steril gemachtem Catgut mit 29 positiven Resultaten.

Discussion.

Kocher (Bern): Dem Catgut haftet der Nachtheil an, daß man es nicht wie die Seide durch heiße Dämpfe sterilisiren kann. Die Differenz dieser beiden Substanzen in Bezug auf Heilung per primam illustrirt am besten der Erfolg einer Operation. Unter 900 Kropfoperationen hat K. nur 2 Infectionen in Folge Vernachlässigung bei der Nachbehandlung erlebt. Absolute Primaheilung, d. h. wenn nach Wegnahme der Drains am 1. Tage und nach Entfernung der Nähte am 2. Tage Heilung erfolgt, sah K. unter 188 Fällen von Catgutnaht in 35% der Fälle, während von 473 Seidennähten 85·7% der Fälle per primam heilten. Der Grund für die Thatsache, daß auch bei der Seidennaht Störungen im Wundverlauf eintreten, liegt darin, daß aus der Luft oder von den Händen des Chirurgen Infectionskeime in die Wunde kommen. In letzter Zeit hat man mit der Asepsis über das Ziel hinausgeschossen. Man soll sich damit begnügen, das Material für Unterbindung und Naht aseptisch zu machen. In letzter Zeit hat K. versuchsweise die Seide 10 Minuten in Acid. arsenicosum gekocht. Die derart präparirte Seide hat in 35 Fällen 100% Heilung per primam ergeben.

Küster (Marburg) hat trotz Heilung per primam intentionem bei Anwendung aseptischer Seide später noch Absceßbildung beobachtet.

—r.

Notizen.

Wien, 31. August 1895.

(Die Errichtung von öffentlichen Trinkerasylen in Oesterreich.) Die schon seit Jahren zum Zwecke der Errichtung von öffentlichen Trinkerasylen geplante Action beginnt nunmehr positive Formen anzunehmen, und zwar zunächst durch einen Gesetzentwurf, welchen der Leiter des Justizministeriums jüngst dem Präsidium des Abgeordnetenhauses vorgelegt hat und welcher voraussichtlich in der nächsten Session des Reichsrathes zur Verhandlung gelangen wird. Indem wir uns vorbehalten, seinerzeit zu dieser Maßregel von einschneidendster socialer Bedeutung Stellung zu nehmen, wollen wir hier nur das Wesentlichste aus dem Gesetzentwurf wiedergeben, nachdem auch dieser selbst eigentlich nichts weiter als die allgemeinen Principien, nach welchen öffentliche Trinkerasyle zu errichten wären, angibt. Die zu errichtenden Asyle sollen Trinker-Entwöhnungs-Anstalten sein, deren Errichtung durch den Staat, das Land, die Bezirke oder Gemeinden erfolgen kann. Die Aufnahme in eine derartige Anstalt erfolgt durch freiwilligen Eintritt oder zwangsweise Zuweisung. Der freiwillige Eintritt wird Gewohnheitstrinkern gestattet, wenn ihr Zustand noch Besserung erwarten läßt und wenn sie persönlich vor Gericht die Erklärung abgeben, daß sie zum Zwecke der Entwöhnung von der Trunksucht in das Trinkerasyl einzutreten sich entschlossen haben. Die freiwillig eingetretenen Personen sind jedoch nicht mehr berechtigt, die Anstalt eigenmächtig und beliebig zu verlassen. Die zwangsweise Ueberweisung an ein Trinkerasyl erfolgt durch richterlichen Ausspruch 1. bei Personen, welche innerhalb des letzten Jahres, von ihrer Verurtheilung wegen Trunkenheit zurückgerechnet, mehr als dreimal wegen Trunkenheit bestraft wurden; 2. bei geistig erkrankten und deshalb in eine Kranken- oder Irrenanstalt aufgenommenen Gewohnheitstrinkern, welche zwar ihre geistige Klarheit wieder erlangt haben, jedoch noch nicht genügende Fähigkeit zur Selbstbeherrschung und zum Widerstande gegen die Trunksucht besitzen; 3. bei Gewohnheitstrinkern, welche auch ohne eigentliche geistige Erkrankung sich oder ihren Angehörigen in sittlicher oder wirthschaftlicher Beziehung gefährlich werden oder ihre eigene oder Anderer körperliche Sicherheit gefährden. Die in ein öffentliches Trinkerasyl aufgenommenen Personen können daselbst auch wider ihren Willen zurückgehalten werden. Die Anhaltung im Trinkerasyle darf ununterbrochen nicht länger als zwei Jahre dauern. Dies sind die Principien, nach welchen die Zuweisung an die Trinkerasyle erfolgen soll. — Der Gesetzentwurf enthält ferner Ausführungen bezüglich der juridischen Modalitäten, unter welchen Aufnahme und Entlassung erfolgt und endlich auch Strafbestimmungen gegen Diejenigen, welche die erfolgreiche Wirksamkeit des Trinkerasyls vorsätzlich zu vereiteln suchen.

(Universitätsnachrichten.) Prof. Dr. Schede, bisher Director der chirurgischen Abtheilung des Hamburger Krankenhauses, ist als Nachfolger Trendelenburg's nach Bonn berufen worden. Habilitirt: Dr. Ewald Hering als Privatdocent für allgemeine und experimentelle Pathologie an der deutschen Universität in Prag.

(Aus dem militärärztlichen Officierscorps.) Reg.-A. I. Cl. Dr. B. Hahn hat anläßlich der Uebernahme in den Ruhestand den Stabsarztes-Charakter ad honores erhalten. Ferner wurden Reg.-A. I. Cl. Dr. Stefan Tamásy von Csikmindszent des Infanterieregimentes Nr. 50 in den Activstand des ärztlichen Officierscorps der königl. ungar. Landwehr, und Reg.-A. I. Cl. Dr. Johann Fein des Infanterieregimentes Nr. 53 in den Activstand der k. k. Landwehr übersetzt.

(Die 20. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege) findet in der Zeit vom 11.—14. September in Stuttgart statt. Zur Verhandlung gelangen u. A. folgende Referate: „Maßnahmen zur Herbeiführung eines gesundheitlich zweckmäßigen Ausbaues der Städte"; „Hygienische Beurtheilung von Trink- und Nutzwasser"; „Die Erbauung von Heilstätten für Lungenkranke durch Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten, Krankencassen und Communalverbände" etc.

(Die „American Electrotherapeutic Association") wird ihre 5. Jahresversammlung in Torento, Canada, in der Zeit vom 3.—5. September 1895 abhalten.

(Cholera.) Seit Beginn dieser Woche ist das Vorkommen von Cholera in Tarnopol in Galizien amtlich festgestellt. Es erscheinen mehrere Erkrankungsfälle und unter den 27. August ein Todesfall an Cholera gemeldet.

(Zur Praxis des „Ne repetatur!") Ueber einen für Aerzte und Apotheker interessanten Fall, welcher das Schöffengericht von Nürnberg am 14. d. M. beschäftigte, berichtet die „Pharm. Ztg." „Ein Arzt hatte einer Pat. Morphiumeinspritzungen verordnet und einmal auf das Recept geschrieben: „3mal zu repetiren", ein anderes Mal schrieb er: „5mal zu repetiren", ein anderes Mal hatte er geschrieben: „in dem Monat.... jede Woche 3mal zu repetiren" u. s. w. Der Apotheker, zu welchem die Frau die Recepte brachte, handelte der Ordination zufolge und repetirte diese Recepte demgemäß. Nun bestimmt aber § 4 der einschlägigen Verordnung vom 4. November 1891: „Eine wiederholte Abgabe von Arzneien, welche Chloralhydrat enthalten, sowie von solchen zur Einspritzung unter die Haut bestimmten Arzneien, welche Morphin, Cocain oder deren Salze enthalten, darf nur auf jedesmal erneute schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes oder Zahnarztes stattfinden." Auf Grund dieser Bestimmung wurde nun der Apotheker, welcher die Arzneien abgegeben hatte, da es sich um 24 Fälle handelte, für welche nicht eine erneute specielle Ordination vorlag, zu 120 Mk. (für jeden Fall zu 5 Mk.) Geldstrafe verurtheilt. Gegen den Arzt, welcher der intellectuelle Urheber der gesetzwidrigen Handlung ist, bietet das Gesetz keine Handhabe zum Einschreiten."

(Eine Verbesserung am Mikroskop.) Kürzlich demonstrirte Prof. Marey in der Akademie der Wissenschaften zu Paris eine von dem Ingenieur Frémont ersonnene Verbesserung am Mikroskop. Während bei der bisher gebräuchlichen Construction das Object der Untersuchung von unten her beleuchtet wird, fällt das Licht in Frémont's Apparat von oben herein durch die Linsen des Objectivs und erhellt so den zu beobachtenden Gegenstand direct. Marey wies darauf hin, daß diese Neuerung sich namentlich dadurch sehr nützlich erweisen wird, daß sie scharfe und klare photographische Aufnahmen der mikroskopischen Präparate in starker Vergrößerung herzustellen gestattet.

(Statistik.) Vom 18. bis inclusive 24. August 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5316 Personen behandelt Hievon wurden 1110 entlassen; 122 sind gestorben (9.9% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 45, egyptischer Augenentzündung 9, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 15, Dysenterie 2, Blattern —, Varicellen 6, Scharlach 56, Masern 34, Keuchhusten 85, Wundrothlauf 14, Wochenbettfieber 3, Parot. epid. 2, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 646 Personen gestorben (+ 32 gegen die Vorwoche).

(Todesfall.) In Constanz ist am 20. d. M. Geh. San.-Rath Dr. Eduard Graf (Elberfeld) im 66. Lebensjahre gestorben. Durch zwei Jahrzehnte stand er an der Spitze der socialen Bewegung der deutschen Aerzteschaft. Mit unermüdlicher Thatkraft setzte er alle seine Kräfte und seinen nicht geringen Einfluß — er präsidirte dem deutschen Aerztevereinsbunde, stand an der Spitze des Ausschusses der preußischen Aerztekammer und spielte auch im parlamentarischen Leben, zuletzt als zweiter Vicepräsident des preußischen Abgeordnetenhauses, eine nicht unbedeutende Rolle — für das Interesse des ärztlichen Standes ein. In Graf ist ein edelmüthiger, nimmermüder Streiter im Kampfe um die sociale Stellung der Aerzte Deutschlands heimgegangen. Ehre seinem Andenken!

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse"** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik":** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Therapie der Gegenwart":** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

ANZEIGEN.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Im Status der Sanitätsbeamten der k. k. Reichshaupt- und Residenzstadt Wien gelangen 14 Stellen städtischer Bezirksärzte in der X. a Rangsclasse (1300 fl. Jahresgehalt, 400 fl. Quartiergeld, 2 Quinquennien à 100 fl.) zur Besetzung. Gesuche bis 15. September an das Einreichungsprotokoll des Magistrates.

Gemeindearzt für Frankenfels und Schwarzenbach a. d. Pielach, pol. Bez. St. Pölten (N.-Oe.). Verpflichtung zur Durchführung des Sanitätsdienstes und Haltung einer Hausapotheke. 400 fl. Subvention, 120 fl. von beiden Gemeinden, 3 fl. für jede Todtenbeschau in Schwarzenbach, Armenbehandlung wird fallweise vom Bezirks-Armenrathe honorirt. Pauschale von der Krankencasse ca. 230 fl. Das benachbarte Puchenstuben hat keinen Arzt und kommt zum nächsten Arzt nach Frankenfels. Gesuche an den Vorstand der Gemeinde Frankenfels.

Vereinsarzt für die allg. Arbeiter-Kranken- und Unterstützungscasse in Neunkirchen (Holtzplatz 3) (N.-Oe.). Offerten an den Vorstand.

Gemeindearzt für Sandl bei Freistadt in Oberösterreich unter gleichzeitiger Anstellung desselben als Herrschaftsarzt seitens der gräfl. Rudolf Ferd. Kinsky'schen Domäne Rosenhof. Bezüge: Subvention aus dem Landesfonde von jährl. 300 fl., ein Jahrespauschale von der Gemeinde Sandl ebenfalls per 300 fl. und ein Jahrespauschale seitens der gräfl. Rudolf Ferd. Kinsky'schen Gutsinhabung im Betrage von 800 fl. Gesuche bis 1. October an die Gemeindevorstehung.

Districtsarzt für Rothmühl (Mähren). Jahresgehalt 500 fl. und die Berechtigung zur Führung einer Hausapotheke. Mit obbezeichneter Stelle kann auch — wie bisher — die Gemeindearztesstelle in der deutschen Gemeinde Böhm.-Rothmühl verbunden werden. Gesuche bis 15. September an den Obmann.

Gemeindearzt für Sölden in Tirol. Jährliches Wartegeld 600 fl. Freie Wohnung mit Holzbezug. Ganggelder nach Uebereinkunft. Gesuche an die Gemeindevorstehung.

Gemeindearztesstelle für Hohenweiler-Möggers in Vorarlberg. Wartgeld 300 fl., für Besorgung des Todtenbeschaudienstes die gesetzlichen Gebühren. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke und Versehung des Gemeindesanitätsdienstes nach den Bestimmungen der Dienstesinstruction. Auskünfte ertheilt die Gemeindevorstehung in Hohenweiler.

Districtsarzt für Chrast (Böhmen). Gehalt 500 fl., Reisepauschale 250 fl. Gesuche bis 15. September an den Bezirksausschuß in Chrast.

Districtsarzt für Podkamien, Bezirk Brody (Galizien). Gehalt 500 fl., Reisepauschale 350 fl. Gesuche bis Ende October an den Bezirksausschuß in Brody.

Gemeindearzt für Schäffern (Steiermark). Gehalt 293 fl., Naturalwohnung und Garten. Gesuche bis 6. September an den Sanitätsdistrict Schäffern.

Bezirksarzt für Abrudbanya. Gehalt ca. 900 fl. Gesuche bis 10. September.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstr. 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstr. 12.

Nr. 36. Sonntag den 8. September 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von **Urban & Schwarzenberg in Wien.**

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der chirurg. Abtheilung des Prof. J. Hofmokl der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung.

Casuistische Mittheilungen.

Von **Dr. Rudolf Ullmann**, Abtheilungsassistent.

I. Eine durch Laparotomie geheilte Mesenterialcyste.

Bei der Seltenheit mesenterialer Cysten erscheint die Veröffentlichung eines jeden beobachteten Falles wünschenswerth, umsomehr, wenn es sich um eine Mesenterialcyste im wahren Sinne des Wortes, d. h. um eine zwischen den Blättern des Dünndarmmesenteriums gelegene und daselbst entstandene Cyste handelt, deren Natur durch die Operation sichergestellt wurde. Mit Rücksicht darauf erlaube ich mir, über nachfolgenden, auf obiger Abtheilung beobachteten Fall kurz zu berichten.

Pat. M. S., 18 Jahre alt, Private, ledig, wurde am 21. November 1894 auf die Abtheilung aufgenommen. Sie gibt bei ihrer Aufnahme an, daß sie vor $^3/_4$ Jahren ganz zufällig in ihrem Bauche eine Geschwulst bemerkt habe. Dieselbe sei damals in der rechten Bauchhälfte, ungefähr in der Höhe des Nabels und neben demselben gelegen, war sehr beweglich und habe sich nach und nach bis zu ihrem gegenwärtigen Umfange vergrößert; sie sei nicht druckempfindlich gewesen und habe ihr weder spontan, noch bei Bewegungen oder körperlichen Anstrengungen Beschwerden verursacht.

Vor einem halben Jahre stellten sich plötzlich, ohne bekannte Ursache, hartnäckige Stuhlverstopfung, leichte Schmerzen in der Magengegend und zeitweiliges Erbrechen ein. Diese Beschwerden hielten in gleicher Stärke durch 5 Wochen an, dann trat spontan wieder regelmäßiger Stuhlgang ein, die Magenschmerzen und das Erbrechen hörten auf und Pat. fühlte sich vollkommen wohl bis ungefähr 3 Wochen vor ihrem Spitalseintritte. Da trat abermals eine hartnäckige Stuhlverstopfung auf, auch das Erbrechen und die Schmerzen in der Magengegend kehrten wieder, waren jedoch viel stärker als das erstemal, der Appetit lag gänzlich darnieder, Pat. kam ziemlich rasch von Kräften. Gleichzeitig verursachte ihr diesmal die Geschwulst sowohl spontan, als auch bei Berührung recht lebhafte Schmerzen. Die hochgradige Anämie, die zur Zeit der Aufnahme bestand, soll sich ebenfalls erst im Laufe der letzten 8 Wochen entwickelt haben, doch soll sie auch schon zur Zeit des ersten Unwohlseins vorübergehend bestanden haben.

Sonst war die Kranke angeblich stets gesund; an eine Erkrankung von Seiten eines Bauchorganes kann sie sich nicht erinnern; die Harnentleerung war stets ungestört. Pat. hat weder entbunden, noch abortirt; die Menses traten mit 14 Jahren ein und waren stets regelmäßig; Blutungen aus dem Genitale bestanden nie. Ein Trauma, das den Unterleib getroffen hätte, soll nicht vorausgegangen sein.

Die Kranke ist mittelgroß, mittelkräftig, ziemlich gut genährt, jedoch auffallend anämisch. Die Temperatur ist normal.

Bei der Inspection des Abdomens in der Rückenlage erscheint die rechte obere Bauchhälfte stärker vorgewölbt. Die Haut des Abdomens ist von normaler Beschaffenheit, ohne Venenausdehnung, und läßt sich überall in Falten aufheben. Der Nabel ist nicht verstrichen.

Palpirt man, so findet man, daß die oben beschriebene Vorwölbung durch eine Geschwulst bedingt wird. Dieselbe ist intraperitoneal gelegen, über kindskopfgroß, rundlich, von glatter Oberfläche und praller Consistenz. Sie füllt die rechte obere Bauchhälfte vollständig aus und liegt daselbst den Bauchdecken unmittelbar an, so daß man ihre Oberfläche bis in die rechte Lendengegend deutlich abtasten kann und selbst da tastet man durch den Quadratus lumborum hindurch den anscheinend hart über demselben gelegenen, hinteren, rundlichen Pol der Geschwulst. Nach oben kann man die Geschwulst gegen die Resistenz der Lebergegend nicht besonders deutlich abgrenzen, hingegen kann man sie wieder nach innen und unten sehr deutlich umgreifen, und findet dabei, daß sie nach einwärts bis in die Medianlinie, nach abwärts bis etwas unter die Nabelhöhe reicht.

Der Percussionsschall über der Geschwulst ist gedämpft, nur rechts zieht über dieselbe eine schmale Zone gedämpft tympanitischen Schalles nach abwärts, links von ihr und unterhalb derselben ist der Schall gleich wie über dem übrigen Abdomen hell tympanitisch, und auch oben schiebt sich zwischen die Dämpfung der

Leber und der Geschwulst eine schmale Zone tympanitischen Schalles ein.

Versucht man nun mit der Geschwulst Bewegungen auszuführen, so gelingt dies leicht und in einem ganz bedeutenden Grade. Man kann sie nach links über die Medianlinie, nach unten in's Hypogastrium verschieben, nach oben unter den Rippenbogen hineindrängen. Wird dann die Geschwulst sich selbst überlassen, so nimmt sie wieder ihre alte, vorbeschriebene Lage an. Diese Bewegungen verursachen der Kranken keine Beschwerden, ebensowenig ist die Geschwulst als solche empfindlich.

Die Untersuchung des Genitale ergibt einen normal gelagerten, beweglichen Uterus, durch den Fornix vaginae ist weder eine Resistenz, noch eine Geschwulst zu tasten; die Bewegungen des Tumors üben auf den Uterus keinen Einfluß aus.

Das Zwerchfell erscheint nicht hinaufgedrängt, Milz- und Leberdämpfung zeigen normales Verhalten, freie Flüssigkeit im Abdomen ist nicht nachweisbar.

An Herz und Lungen findet sich nichts Pathologisches.

Der Harn reagirt sauer, setzt reichlich Sedimentum lateritium ab, enthält weder Eiweiß, noch Zucker.

Diagnose: Cystischer Tumor im Bauche, vielleicht mit Rücksicht auf seine Beweglichkeit dem Mesenterium angehörend.

26. November Operation. Narkose mit der Mischung von Chloroform (160), Aether und Alkohol (aa. 20). Der Hautschnitt ist 8 Cm. lang, verläuft in der rechten Parasternallinie und beginnt zwei Querfinger unter dem Rippenbogen. Nach schichtenweiser Durchtrennung der Bauchdecken und Spaltung des nicht verdickten, nicht verwachsenen Peritoneum präsentirt sich eine halbkugelförmig vorgewölbte, pralle, blaugrün durchscheinende Membran. Ueber dieselbe ist, durch lockeres Zellgewebe mit ihr verbunden, eine zarte, gefäßreiche Membran ausgebreitet. Bei dem Versuche, diese, nachdem sie in der Richtung des Hautschnittes gespalten worden, nach innen von der unter ihr gelegenen Cyste abzulösen, findet man, daß sie sich bald auf eine Dünndarmschlinge überschlägt, welche, in der Richtung von oben, innen, links nach unten, außen, rechts ziehend, die Geschwulst halskrausenförmig umgibt und derselben überall unverschieblich aufsitzt. Rechts und oberhalb der Cyste liegt an normaler Stelle der Dickdarm, derselbe ist mit ihr nicht verwachsen. Es handelt sich also, wie aus diesem anatomischen Befunde hervorgeht, um eine Cyste, welche, im Mesenterium des Dünndarmes gelegen, bei ihrem Wachsthume dessen beide Blätter so vollständig auseinanderdrängte, daß schließlich der Darm mit einer vom Peritoneum nicht bekleideten Fläche ihr unmittelbar anlag. Mit Rücksicht darauf erscheint eine Ausschälung derselben ohne Gefährdung des Darmes unmöglich. Es wird daher davon Abstand genommen und die Cyste mit einem dicken Troicar punctirt. Es entleert sich 1 Liter einer leicht getrübten, bräunlichroth gefärbten Flüssigkeit. Der nach Erweiterung der Punctionswunde eingeführte Finger gelangt in eine geräumige, einkämmerige, allseits von glatten Wandungen begrenzte Höhle, die bis an die rechte Seite der Wirbelsäule reicht.

Es wird nun die Bauchwunde etwas verkleinert, die Cyste in dieselbe eingenäht und durch ein langes Drainrohr drainirt.

Die Flüssigkeit enthielt, wie durch nachträgliche Untersuchung festgestellt wurde, Methämoglobin, kein Eiweiß, keinen Zucker und besaß weder saccharificirende, noch verdauende Eigenschaften. Eine mikroskopische Untersuchung unterblieb leider in Folge eines Mißverständnisses.

Der Heilungsverlauf war langsam, aber günstig. Die Temperatur blieb in der ganzen Zeit andauernd normal. Das Abdomen war in den ersten Tagen aufgetrieben und schmerzhaft, doch gingen diese Erscheinungen nach dem ersten, durch ein Glycerinklysma erzielten Stuhlgange am 4. Tage rasch zurück. Der Harn mußte durch 5 Tage mit dem Katheter genommen werden; der Stuhl erfolgte bis zum Verlassen des Bettes (3 Wochen nach der Operation) nur nach Gebrauch von Abführmitteln, von da ab spontan. Erbrechen bestand nur am 1. Tage. Der Allgemeinzustand war nicht besonders befriedigend, die Appetitlosigkeit wollte sich lange nicht bessern und auch die Anämie ging trotz roborirender Diät und Gebrauch der Guberquelle nur langsam zurück.

Was das Verhalten der Cyste betrifft, so entleerte sich anfangs noch klare Flüssigkeit, etwa vom 8. Tage an stellte sich Eiterung ein. Von da ab wurde die Höhle jeden 2. Tag mit einer schwachen Lösung von Kalium hypermanganicum ausgespült, später auch mehreremale mit 10% Jodoformglycerin ausgegossen. Die Eiterung war ziemlich reichlich, mehreremale wurden, mit dem Eiter gemengt, necrotische Fetzen der Cystenwandung zutage gefördert. Am 10. Januar wurde die Drainage weggelassen, worauf sich die Wunde ziemlich rasch schloß.

Am 25. Januar verläßt die Kranke geheilt das Spital. Der Ernährungszustand ist sehr gut, Verdauung und Defäcation sind normal. Die Wunde ist geschlossen, das Abdomen nirgends druckempfindlich, überall weich; nur unter der Narbe fühlt man eine in die Tiefe ziehende, strangförmige, nicht empfindliche Resistenz.

Daß es sich im vorliegenden Falle um eine echte Mesenterialcyste handelte, braucht wohl mit Rücksicht auf den Operationsbefund nicht des Näheren erörtert zu werden. Der Umstand, daß die Cyste mit ihrem hinteren Pole bis an die rückwärtige Bauchwandung reichte, ist wohl auf Rechnung der Größe zu setzen; es wurde eben das Mesenterium nach beiden Richtungen hin vollständig entfaltet. Was die Natur der Cyste anlangt, so dürfte dieselbe, dem Inhalte nach zu schließen, eine blutige gewesen sein, d. h. ihre Entstehung einem Blutergusse zwischen die Blätter des Mesenterium verdankt haben, wenngleich nicht geleugnet werden kann, daß ursprünglich eine seröse Cyste vorgelegen haben mag, in die secundär eine Blutung erfolgte.

Vergleichen wir unseren Fall hinsichtlich der Anamnese und des objectiven Befundes mit den übrigen bisher beschriebenen, so finden wir, daß er gleich diesen mehrere auffallende Symptome darbietet, aus deren Zusammenstellung sich ein ziemlich typisches Krankheitsbild ergibt, so daß es, wie Prof. Hochenegg in seinem Artikel über cystische Mesenterialtumoren bemerkte, auch in unserem Falle ein Leichtes gewesen wäre, die richtige Diagnose mit Sicherheit zu stellen, wenn man einmal auf die Eigenheit dieser Cysten aufmerksam gemacht worden wäre.

Die bis zum Jahre 1892 publicirten Fälle von Mesenterialcysten* — es sind deren 9 — finden sich in der sehr eingehenden und fleißigen Arbeit des Dr. Frentzel in Straßburg in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie", Jahrg. 1892, gesammelt und im Anschlusse an einen zehnten auf der Abtheilung Prof. Lücke's operirten Fall kritisch besprochen. Daran schließen sich 2 Fälle von Dr. Sträter, in der Düsseldorfer Festschrift, Jahrg. 1894, publicirt; 2 Fälle, über welche Dr. Brentano in der Sitzung vom 12. November 1894 der Freien Vereinigung der Berliner Chirurgen berichtete und 1 Fall, den Prof. Hochenegg in dem bereits erwähnten Artikel der „Wiener klinischen Rundschau" vom Februar 1895 beschrieb. Sämmtliche angeführte Fälle kamen zur Operation, und es konnte dabei die Diagnose durch den anatomischen Befund bestätigt werden. Diesen 15 Fällen schlösse sich mithin der vorliegende als der 16. an und er möge mit den übrigen in Bezug auf Uebereinstimmendes und Abweichendes kurz verglichen werden.

Das Hervorstechendste in unserem Fall war der Befund einer runden, prallen, intraabdominellen Geschwulst, welche eine ganz außerordentliche Beweglichkeit zeigte, wie man sie nur selten bei einem Abdominaltumor antrifft. Diese auffallende Beweglichkeit wird auch bei den übrigen Fällen als oberstes und wichtigstes Symptom angeführt und war nur ein- oder das anderemal weniger deutlich ausgesprochen, entweder weil die Geschwulst zu groß geworden war, oder weil sie, was nebenbei bemerkt, nicht oft vorkommt, mit der Umgebung Verwachsungen eingegangen war. Hinsichtlich der

Lage nimmt unsere Cyste mit einigen der beschriebenen eine Sonderstellung ein, indem sie in der rechten Oberbauchgegend lag. während die meisten in der Nabelgegend, einige sogar symmetrisch zur Medianlinie gelegen waren. Doch ist dieser Umstand gewiß nebensächlich, wenn nicht vollkommen belanglos, da ja die Möglichkeit des Entstehens an verschiedenen Stellen des Mesenteriums und einer ungleichmäßigen Wachsthumsrichtung schon a priori eine verschiedene Lage der großen Cysten wahrscheinlich macht. Uebrigens gibt auch unsere Pat. an, daß der Tumor rechts neben dem Nabel entstanden sei. Das Verhalten des Percussionsschalles, absolute Dämpfung über dem Tumor, tympanitischer Schall zwischen Tumor und Leber einer- und Tumor und unterer Beckengrenze andererseits, sowie schmale Zone tympanitischen Schalles über der rechten Hälfte, war wohl ziemlich charakteristisch und wies auf eine zwischen den Därmen gelegene und von ihnen gleichsam umrahmte Geschwulst hin.

Viel wichtiger als dieser nebensächliche, objective Befund sind die Angaben der Pat. über das Verhalten des Stuhles und die Schmerzen. Zweimal trat bei ihr ohne bekannte Ursache eine äußerst hartnäckige Stuhlverstopfung ein, jedesmal begleitet von Schmerzen im Bauche, Appetitlosigkeit, Uebligkeit und Erbrechen, das zweitemal überdies noch von lebhaften Schmerzen in der Geschwulst; der erste Anfall ging nach fünfwöchentlicher Dauer spontan zurück; der zweite führte sie in's Spital. Gerade dieses paroxysmenartige Auftreten der Stuhlverstopfung zugleich mit den Schmerzen, abwechselnd mit Zeiten vollkommenen Wohlbefindens, ist für die Mesenterialcysten außerordentlich charakteristisch und dürfte wohl mit der Eigenart derselben, rasch zu entstehen und schubweise zu wachsen, in einem ursächlichen und nicht blos zeitlichen Zusammenhange stehen. Diese Anfälle wurden auch in der Mehrzahl der angeführten Fälle beobachtet und in einigen konnte thatsächlich nach ihrem Aufhören eine Größenzunahme der Geschwulst constatirt werden. Doch finden sich auch etliche Cysten, wo diese Symptome fehlten, sowie einige, wo der paroxysmenartige Charakter verwischt war und speciell die Stuhlverstopfung die Krankheit in habitueller Form begleitete. Auf die Art des Zustandekommens der Stuhlverstopfung, ob durch directe Compression des Darmes oder durch Druck auf die mesenterialen Nervenbahnen, soll hier nicht eingegangen werden, ebensowenig auf eine Erörterung über die Entstehung der Schmerzen. Ein schubweises Wachsthum der Geschwulst, wie es zu dem eben Gesagten passen würde, wurde von der Kranken geleugnet, doch gibt sie andererseits zu, daß sie den Tumor selbst nicht genau beobachtet habe.

Schließlich möge zur Vervollständigung des Symptomenbildes noch auf die auffallend hochgradige Anämie hingewiesen werden. Dieselbe bestand auch bei den meisten der beobachteten Mesenterialcysten; irgendwelche differentialdiagnostische Bedeutung kann ihr selbstverständlich nicht zugesprochen werden.

Um noch kurz auf die eingeschlagene Therapie zurückzukommen, so konnte, wie bereits erwähnt, an die Ausschälung der Geschwulst wegen ihrer Größe und der dadurch bedingten ausgedehnten Entfaltung des Mesenteriums gar nicht gedacht werden. Die Incision und Einnähung der Cyste in die Bauchwunde war das einzig mögliche Verfahren und hat, wie der weitere Verlauf zeigt, zu einem vollkommen befriedigenden Resultate geführt.

Zur diätetischen Behandlung chronischer Herzkrankheiten.

Von **Prof. Glax** in Abbazia.*)

M. H.! Wenn ich mir an dieser Stelle das Wort erbeten habe zu einem Vortrage über die diätetische Behandlung chronischer Herzkrankheiten, so geschah es nicht in der Absicht, Sie mit einer neuen Methode bekannt zu machen oder über die medicamentöse Behandlung den Stab zu brechen, sondern lediglich, um Ihnen in Kürze die Resultate einer nunmehr 20 Jahre umfassenden Beobachtungsreihe zur Beurtheilung vorzulegen.

Es war im Jahre 1880, als ich das erstemal, gestützt auf reiche Erfahrungen, welche ich ursprünglich als Assistent an weiland Prof. Körner's Klinik in Graz und später in der Privatpraxis gesammelt hatte, auf den günstigen Einfluß einer strengen Regelung der Flüssigkeitsaufnahme bei Behandlung chronischer Herzkrankheiten hinwies. Meiner damaligen Mittheilung, welche in der „Pester medicinisch-chirurgischen Presse“ erschienen war, wurde von Seiten der Collegen keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt, und erst als Oertel vier Jahre später in seinem bekannten Buche über die Therapie der Kreislaufstörungen ebenfalls die Flüssigkeitsentziehung verfocht, da wurde die Methode einer eingehenderen Prüfung unterzogen. Leider wurde hiebei mehr die theoretische als die praktische Seite der Frage erörtert. Es wurde sowohl bestritten, daß Herzkranke im Stadium der Compensationsstörung an einer hydrämischen Plethora leiden, als auch die Möglichkeit bezweifelt, durch Flüssigkeitsentziehung die Blutmenge erheblich einschränken und so dem Herzen die Arbeit erleichtern zu können. Diese auf Grundlage von Blutuntersuchungen hervorragender Kliniker, wie v. Bamberger und Lichtheim, erhobenen Bedenken und andererseits die durch Oertel empfohlene Combination der diätetischen Behandlung mit der Terraincur, welch letztere, häufig übertrieben und unrichtig angewendet, zu Mißerfolgen führte, trugen dazu bei, daß das ganze Verfahren am Krankenbette zu wenig geprüft wurde. Es will mir allerdings scheinen, und ich glaube dies als Arzt an einem vielbesuchten Curorte, an welchen Patienten aus aller Herren Länder kommen, beurtheilen zu können, als ob die Aerzte jetzt mehr Gewicht auf die Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme legen würden. als dies ehedem der Fall war, aber meist beschränkt sich der ertheilte Rath nur darauf, wenig zu trinken, ohne daß der Kranke die stricte Weisung hätte, täglich die aufgenommenen Flüssigkeitsquantitäten und die abgegebenen Harnmengen genau zu messen. Diese halbe Maßregel hat aber zur Folge, erstens, daß die Pat. mehr Flüssigkeit zu sich nehmen, als sie sollten, zweitens, daß weder der Arzt, noch der Kranke den Werth der Methode genügend kennen lernt. Gewiß verhalten sich nur wenige Menschen ablehnend gegen die Logik der Zahlen, und so sehen auch alle Patienten, welche genaue Aufzeichnungen machen, sofort ein, daß, wenn sie täglich wesentlich mehr Flüssigkeit aufnehmen, als sie im Harn abscheiden, die restirende Wassermenge im Körper bleibt. Sie reduciren dann meist freiwillig die Aufnahme, und ist diese Entsagung von einem fortschreitenden Besserbefinden begleitet, so schwindet jede Schwierigkeit, welche sich vielleicht anfänglich der Behandlungsmethode entgegenstellte.

Ich besitze von mehreren hundert Herzkranken derartige Aufzeichnungen, welche sich nicht nur auf Wochen und Monate, sondern in einzelnen Fällen auf 4—5 Jahre erstrecken, so daß ich mich für berechtigt halte, über die Methode ein Urtheil zu fällen. Leider ist es mir bei so beschränkter Zeit unmöglich, Ihnen hier die betreffenden Tabellen zu demonstriren, doch möchte ich mir erlauben, um Ihnen doch einen

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für interne Medicin der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

kleinen Einblick in die gewonnenen Resultate zu ermöglichen, über einige der schwersten Fälle kurz zu berichten:

Fall I betrifft einen Mann im Alter von 56 Jahren, welcher im Jahre 1870 eine Endocarditis überstand und seitdem an hochgradiger Insufficienz der Mitralis und der Aortenklappen litt. Seit dem Jahre 1884 traten mitunter stenocardische Anfälle auf. Von October 1887 bis 22. April 1888, an welchem Tage ich den Patienten übernahm, hatten sich die Beschwerden und namentlich die Athemnoth so sehr gesteigert, daß der Kranke jede Nacht $1^1/_2$—$3^1/_2$ Grm. Chloral consumirte. Das Herz war in jeder Richtung enorm vergrößert, die Beine bis zum Knie ödematös. Der Kranke nahm in dieser Zeit durchschnittlich pro die 1460 Ccm. Flüssigkeit zu sich und schied 1180 Ccm. aus. Ich reducirte die Einnahme allmälig auf 1000, 900, 800, während einiger Tage selbst auf 700 Ccm. Vom 22. April bis 16. Mai wurden bei diesem Verfahren 1965 Ccm. mehr Harn ausgeschieden, als Flüssigkeit aufgenommen worden war. Die Oedeme und die stenocardischen Anfälle waren geschwunden, so daß das Chloral, welches 7 Monate ohne jede Unterbrechung genommen wurde, vollständig ausgesetzt werden konnte. Von diesem Zeitpunkte an bis Juli 1889, also durch volle 15 Monate, trat nicht nur keine Störung des Wohlbefindens ein, sondern der Kranke konnte ziemliche Strecken Weges selbst mit leichten Steigungen überwinden und sein „Körpergewicht" hob sich allmälig von 62·9 auf 69·7 Kgrm. Die ganze Medication bestand in dieser Zeit in einigen Tropfen Tct. strophanti, welche bei zufälligen Gemüthsbewegungen solatii causa gegeben wurden.

In einem II. Falle von schwerer Insufficienz der Bicuspidal- und Aortenklappen, welcher einen Mann von 32 Jahren betraf, stellten sich allmälig die Zeichen mangelhafter Compensation mit allen ihren Folgeerscheinungen ein. Die tägliche mittlere Flüssigkeitsaufnahme betrug zwischen 2 und 3 Liter, während die Harnmenge sehr gering war. Endlich kam es zu bedeutenden Oedemen und Prof. KAHLER, welcher damals den Kranken sah, stellte eine sehr üble Prognose. Es wurde Diuretin 5 Grm. pro die verordnet, worauf sich die Harnausscheidung hob und die Oedeme schwanden. Der Kranke reducirte jedoch seine Flüssigkeitsaufnahme nicht und war gezwungen, um die Diurese auf der nöthigen Höhe zu erhalten, ununterbrochen Diuretin zu nehmen, so daß er in einem Zeitraume von $4^1/_2$ Monaten 750 Grm. des Medicamentes verzehrte. Ich bemerke hier nebenbei, daß mir kein zweiter Fall bekannt ist, in welchem Diuretin in so kurzer Zeit in derartigen Mengen genommen worden wäre. Der Patient vertrug das Medicament außerordentlich gut, doch war der Harn stets ziemlich eiweißhältig. Als ich den Kranken in Behandlung nahm, setzte ich das Diuretin aus und reducirte gleichzeitig die flüssigen Ingesta auf die Hälfte, also auf etwa 1200 Grm. Es sind seit jener Zeit 4 Jahre verflossen, ohne daß irgend eine Compensationsstörung aufgetreten oder die Darreichung von Medicamenten nothwendig geworden wäre und das Albumin ist nahezu gänzlich aus dem Harne verschwunden.

Ganz identische Erfahrungen habe ich bei Erkrankungen des Herzmuskels gemacht und möchte ich hier eines Falles erwähnen, bei welchem Digitalis ohne jeden Erfolg gegeben worden war, so lange die flüssigen Einnahmen nicht reducirt wurden, während bei gleichzeitiger diätetischer Behandlung eine Dosis von 1·50 Pulv. fol. digital, auf 3 Tage vertheilt, für die Dauer vieler Monate genügte, um jede Störung zu beseitigen. Patient war damals 66 Jahre alt und bot alle Zeichen einer hochgradigen Insufficienz des Herzmuskels und Atherom der Arterien. Die Oedeme waren enorm und die Dyspnoe mit ausgesprochenem CHEYNE-STOKES'schen Athmungstypus war erschreckend. Hohe Digitalisdosen von 2 Grm. auf 3 Tage vertheilt und ebenso Calomel hatten ihren Dienst vollkommen versagt. Die flüssigen Ingesta betrugen durchschnittlich 1900, die Harnmenge 840 Ccm. Bei einer Reduction der Flüssigkeitsaufnahme auf 760 Ccm. pro die blieb die Harnmenge 820 Ccm., so daß täglich 60 Ccm. mehr ausgeschieden, als eingenommen wurden. Es würde demnach in diesem Falle ohne Zweifel gelungen sein, durch bloße Reduction der flüssigen Ingesta das Oedem und die Athemnoth zum Schwinden zu bringen. Da ich aber den Kranken rascher von seinen Beschwerden befreien wollte, verordnete ich, obwohl, wie früher bemerkt, die Digitalis und das Calomel den Dienst versagt hatten, durch 3 Tage je 0·50 Pulv. fol. digital. Es wurden in den folgenden 4 Tagen bei einer Gesammtaufnahme von 3800 Ccm. eine Harnmenge von 9130 Ccm. entleert. Es hatte also jetzt bei gleichzeitiger Getränksreduction die Digitalis glänzend gewirkt. Während aber bei einer lediglich medicamentösen Behandlung einer weit vorgeschrittenen Degeneration des Herzmuskels die Wirkung der Arzneimittel stets nur einige Tage anhält und die Wiederholung des Mittels in kürzester Zeit nothwendig erscheint, blieb in unserem Falle bei consequenter Durchführung der Flüssigkeitseinschränkung auf 1000 Ccm. die Harnsäureausscheidung durch lange Zeit erhöht, so daß der Kranke in 26 Tagen 26.600 Ccm. zu sich nahm und 39.235 Ccm., also ein Plus von 12.635 Ccm., ausschied. Hiemit waren auch die Oedeme und die Dyspnoe vollkommen geschwunden und die Euphorie dauerte bei demselben Regime ohne jedes Medicament durch Monate an.

Ich könnte hier noch eine lange Reihe vollkommen identischer Fälle anführen, worauf ich aber, um Sie nicht zu ermüden, verzichte und zum Schlusse eile. Das Ergebniß meiner Erfahrungen läßt sich in folgende zwei Sätze zusammenfassen:

I. Die Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr ist eine der wichtigsten Maßnahmen bei Behandlung chronischer Herzkrankheiten und genügt häufig allein, um eine Compensation herbeizuführen.

II. In vielen Fällen, wo die Herzmittel bereits ihren Dienst versagten, tritt ihre Wirksamkeit neuerdings hervor, sobald gleichzeitig die flüssigen Ingesta den Ausscheidungen entsprechend regulirt werden.

Ich habe die volle Ueberzeugung, daß Sie, meine Herren, bei einer genauen Durchführung der Methode zu denselben Resultaten gelangen werden, wie ich selbst, und deshalb möchte ich Sie bitten, das Verfahren einer eingehenderen Prüfung zu unterziehen, als dies bisher geschehen.

Die reizbare Blase.

Von **Dr. Alexander Peyer** in Zürich.

(Fortsetzung.)

Die Ursachen der krankhaft gesteigerten Sensibilität der Blasennerven, durch welche der Detrusor abnorm leicht und häufig zur Contraction angeregt wird, sind sehr mannigfaltig. Physiologie und Pathologie werden gerade hier durch eine Reihe von wahren Uebergangszuständen vermittelt.

Die „üble Gewohnheit" einzelner Individuen, jede leichte Mahnung des sich in der Blase ansammelnden Harns mit einer Entleerung zu beantworten, das vielen Menschen zukommende häufigere Bedürfniß zur Miction bei Gemüthszuständen der verschiedensten Art, die entsprechende von der Menge des Harns unabhängige Reaction auf bestimmte alltägliche Getränke sind bezeichnende Beispiele (FÜRBRINGER).

Nach MALLEZ sieht man manchmal Individuen, welche Urindrang bekommen, wenn sie Andere pissen sehen, ähnlich wie man gähnen muß, wenn man einen Anderen gähnen sieht.

Nach STEAVENSON kommen bei kleinen Kindern Fälle von Blasenreizung vor nur durch schlechte Gewohnheit und können durch gute Erziehung geheilt werden.

Auch jede mechanische Ursache, welche die Capacität der Blase vermindert, hat denselben Erfolg, sowie die Lage und Gestaltveränderungen derselben. Hieher gehören die ver-

schiedenen Verlagerungen des Uterus, Becken- und Abdominaltumoren. Es vermindern dieselben nicht allein auf mechanischem Wege die Capacität, sondern sie reizen die Blase auch zur vermehrten Function.

PLAYFAIR fand bei einer Anzahl Frauen in den letzten Monaten der Schwangerschaft äußerst heftige, jeder medicamentösen Behandlung trotzende Blasenbeschwerden, fortwährenden Drang zum Uriniren, auch während der Nacht, und glaubt, als Ursache derselben eine ungünstige Lage des Fötus, respective einen Druck seiner Schulter gegen die Blase der Mutter constatirt zu haben, weil jedesmal nach manueller Verbesserung der Lage diese Leiden verschwanden.

In vielen Fällen ist die Krankheit entstanden auf reflectorischem Wege durch Erkrankung anderer Organe. DUNCAN führt zwei Fälle von reizbarer Blase an, welche er auf Reflexwirkung der erkrankten Niere und des Nierenbeckens zurückführt.

A. W. STEIN führt ferner noch Concremente in der Niere, im Nierenbecken und im Ureter als Ursachen des Blasenkrampfes an.

MARION SIMS hat darauf hingewiesen, daß die abnorme Irritabilität der Blase auch beim Vaginismus vorkommt, und es ist leicht möglich, daß der Cystospasmus hier reflectorisch eintritt oder durch die oberen Enden des Hymens, die sich ja nicht selten in das Orific. ureth. extern. hinein erstrecken, auf die Urethra und den Blasenhals übergeht.

Nach DUNCAN kann die Affection ihre Ursache aber auch in der Beckenhöhle haben, indem die Blase mit allen Arten der Beckenerkrankungen sympathisire und diese Sympathie gerade durch ihre Reizbarkeit beweise.

Auch A. W. STEIN führt obige Ursache an, indem er sagt: Wenn man den innigen nervösen Zusammenhang betrachtet, welcher zwischen Blase und den benachbarten Beckenorganen existirt, so können wir nicht überrascht sein, daß Blasenreizung nicht allein hervorgebracht wird durch Reizung per Contiguität, sondern auch auf reflectorischem Wege.

Auch vom Darme aus sollen zahlreiche Ursachen in Folge Reflexwirkung die reizbare Blase verursachen. Wir nennen hier in erster Linie trägen Stuhlgang und hartnäckige Stuhlverstopfung; ferner Hämorrhoiden, Fissuren und Ulcerationen im Rectum, endlich Darmwürmer, besonders Ascariden.

Nach einer Anzahl von Autoren kann die reizbare Blase aber auch herrühren von einem sogenannten „scharfen" Urin. Dieser letztere soll in Folge seiner abnormen Beschaffenheit die Blase reizen und sie stimuliren, mit ungewöhnlicher Häufigkeit ihren Urin zu entleeren. Die reizende Wirkung des Harns ist meist bedingt durch eine excessive Säure des Urins in Folge starken Gehaltes an Harnsäure oder oxalsaurem Kalk, oder aber durch starke Alkalescenz des Harns, z. B. bei Phosphaturie.

Solche Veränderungen des Urins können vorkommen als Resultate gewisser constitutioneller Krankheiten und Dyscrasien oder in Folge einseitiger Ernährung, oder aber in Folge nervöser Functionsanomalien der Nieren.

In einigen Fällen wird die reizbare Blase auch herrühren von Affectionen der Harnröhre, und DUNCAN führt zwei solcher Fälle an.

Die reizbare Blase kommt auch vor bei Erkrankungen und Reizerscheinungen des Centralnervensystems, und zwar ist sie zuweilen ein Symptom, das vereinzelt lange Zeit bestehen kann.

Wie schon erwähnt, findet man häufigen Urindrang schon bei starken Gemüthserregungen, bei Angst und Schreck, besonders bei solchen Individuen, welche von Haus aus sehr nervöser Natur sind.

In der That findet man den nervösen Harndrang z. B. bei Personen, welche einen angestrengten Nachtdienst zu versehen haben oder eine sehr verantwortliche Stellung bekleiden.

Zum Schlusse erwähnen wir noch den Einfluß gewisser Getränke auf die Entstehung des Harndranges.

Manche Patienten, die an reizbarer Blase leiden, müssen sowohl Wein als Bier vollständig meiden, weil deren Genuß den Drang in's Unglaubliche vermehrt. Ebenso wirken bei Manchen Kaffee und kohlensaure Getränke.

Auch der Einfluß der Temperatur ist zuweilen ein bedeutender. Kalte Füße oder Frieren überhaupt bewirken in den meisten Fällen eine Verschlimmerung der Affection.

Fassen wir noch einmal kurz die von den verschiedenen Autoren angeführten Ursachen der Blasenreizung beim weiblichen Geschlechte zusammen, so ergibt sich uns:

1. Die „üble Gewohnheit" einzelner Individuen (sowohl Kinder als Erwachsener), jede Mahnung des in der Blase sich ansammelnden Urins mit einer Entleerung zu beantworten.

2. Mechanisch wirkende Ursachen, bestehend in:
a) Verlagerungen der Blase selbst;
b) Verlagerungen der Gebärmutter;
c) Tumoren des Unterleibes;
d) Druck des Fötus in den letzten Monaten der Schwangerschaft auf die Blase.

3. Reflectorisch wirkende Ursachen:
a) Erkrankung der Niere und des Nierenbeckens;
b) Erkrankungen der Beckenhöhle;
c) beginnende Gravidität. Bei einzelnen Frauen tritt mit dem ersten Tag der Gravidität ein häufiger Harndrang ein, der sie sogar oft Nachts aus dem Schlafe weckt;
d) Darmaffectionen, z. B. hartnäckige Verstopfung;
e) verschiedene Affectionen der Harnröhre;
f) Erkrankungen des Centralnervensystems. Als erstes Symptom der Tabes sehen wir oft Blasenreizung.
g) Angeborene, allgemein erhöhte Reflexerregbarkeit;
h) erhöhte Reflexerregbarkeit in Folge körperlicher und geistiger Anstrengung (Kummer, Sorgen etc.).

4. Hyperästhesie in Folge Ueberausdehnung der Blase und vorübergehender Paralyse derselben.

5. Veränderungen des Urins selbst, sogenannter scharfer Urin, in Folge gewisser Krankheiten und Dyscrasien oder in Folge einseitiger Ernährung.

6. Der Einfluß gewisser Getränke.

7. Die Einwirkung der Temperatur.

8. Die Urogenitaltuberculose beginnt nach GUYON oft unter den Zeichen der einfachen Blasenreizung.

9. Die häufigste Ursache der reizbaren Blase jedoch bei dem weiblichen Geschlechte beruht auf einer chronischen Entzündung des Genitalcanales. Es erstreckt sich erstere gewöhnlich auf die Vulva und das Orificium externum. Die Urethra ist in der Regel sehr empfindlich und schmerzhaft beim Catheterisiren. Wir werden daher in der Mehrzahl der Fälle sagen können, daß die reizbare Blase nicht eine rein nervöse Affection ist, nicht ein „consensueller Urindrang", sondern daß ihr eine chronisch entzündliche Affection der Geschlechtsorgane zu Grunde liegt, welche, aus den verschiedensten Ursachen herrührend, sich auf die kurze weibliche Harnröhre fortpflanzte und dort eine chronisch entzündliche Reizung und Hyperämie verursachte, die ihrerseits dann die pathologisch-anatomische Grundlage der sogenannten reizbaren Blase oder „nervous bladder" bildete.

Eine Anzahl der von den anderen Autoren erwähnten Ursachen sind nach meiner Erfahrung nur Gelegenheitsursachen, wie z. B. der Genuß von gewissen Getränken, psychische Aufregung, leichte Erkältungen, wie kalte Füße, welche nur dann wirken, wenn die oben erwähnte anatomische Grundlage gegeben ist.

Diagnose: Klagt eine Pat. über häufiges Uriniren, so werden wir uns in erster Linie zu vergewissern suchen, ob wir das vorliegende Symptom als Urindrang oder nur als vermehrtes Bedürfniß zur Harnentleerung zu betrachten haben.

Ist es letzteres, so müssen wir an Diabetes und Polyurie denken und auf diese untersuchen.

Ist es aber wirklich Urindrang, dieses Hauptsymptom der reizbaren Blase, so haben wir zuerst die verschiedenartigen Erkrankungen der Niere und des Nierenbeckens auszuschließen; denn wir wissen, daß bei ganz gesunder Blase ein Urin, dessen Beschaffenheit verändert ist, bevor er die Blase erreicht, reizend auf dieselbe wirkt und so die reizbare Blase vortäuschen kann.

Aber auch die Erkrankungen der Blase selbst, besonders die entzündlichen Formen, bewirken Urindrang, und wir haben also genau auch auf diese zu untersuchen.

Haben wir auf diese Weise die Möglichkeit widerlegt, die Blasenreizung beruhe in einer krankhaften Veränderung des in die gesunde Blase eintretenden Urins oder in einer durch den Urin nachweisbaren Affection der Blase selbst, so examiniren wir die Patientin auf ihre geschlechtlichen Verhältnisse, ob die Menses regelmäßig und schmerzlos eintreten, oder ob der Blutverlust dabei ein abundanter sei und mit Moliminibus verbunden; ferner ob Betreffende an Fluor leide etc.

Diesem mündlichen Examen lassen wir eine Untersuchung des Unterleibes folgen. — Durch Percussion und Palpation schließen wir eine etwaige, auf diese Art nachweisbare Vergrößerung der Blase oder Geschwülste des Abdomens aus.

Dann folgt eine örtliche Untersuchung der Urogenitalorgane. Wir richten dabei unser Augenmerk hauptsächlich auf folgende Punkte:

Ist Vulvitis vorhanden? Ist das Orific. ext. ureth. geröthet und entzündet? Ist Vaginitis vorhanden? Wie ist die Lage des Uterus? Ist derselbe vergrößert? Existirt Metritis oder Endometritis?

Dann folgt die Austastung der Beckenorgane.

Bei negativem Resultat dieser Untersuchung werden wir eine genaue Untersuchung des Stuhles und des Rectums vornehmen.

Ist auch dieses Examen ohne Erfolg, so gehen wir zur Erweiterung der Urethra, wodurch wir dieselbe einer genauen Untersuchung zugänglich machen und zugleich die Blase austasten können.

Ist das Endresultat des Blasenuntersuchung ein negatives, zeigt der Urin keine Eigenschaften, welche uns eine reizende Wirkung desselben auf die Blase erklären lassen, finden wir aber eine der oben erwähnten mechanisch oder reflectorisch wirkenden Ursachen, so werden wir die Blasenreizung als von diesen abhängig betrachten.

Können wir aber auch solche nicht nachweisen, hingegen eine starke Leukorrhoe in Folge chronisch entzündlicher Affection des Genitalcanales, ist dabei das Orificium ext. entzündlich geröthet und die Urethra beim Catheterisiren schmerzhaft, können wir endlich bei genauer und wiederholter Urinuntersuchung einen vermehrten Epithelgehalt mit verhältnißmäßig wenig Leukocyten und Schleim nachweisen, so werden wir die Blasenreizung abhängig erklären von einer chronisch entzündlichen Affection des Blasenhalses. Diese Fälle bilden nach meiner Erfahrung die große Mehrzahl der sogenannten idiopathischen Blasenreizung oder nervous bladder.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber

spontane Ruptur und spontane Perforation des nicht schwangeren Uterus.

Von **Dr. E. Meinert** in Dresden.

(Schluß.)

Fall II. Spontanruptur (oder Perforation?) einer Pyometra.

Die 47jähr. Ehefrau des herrschaftlichen Dieners R. in Dresden, eine schlanke, etwas zarte, aber nie eigentlich krank gewesene Blondine, menstruirte seit ihrem 16. Lebensjahre vierwöchentlich, schmerzlos und mäßig stark. Sie verheiratete sich mit 24 Jahren und bekam 4 Kinder, das letzte derselben vor 13 Jahren. Ungefähr seit dem 40. Lebensjahre wurde ihre Periode unregelmäßig. Bald trat sie verfrüht, bald verspätet ein, bald dauerte sie kürzer, bald länger, immer aber war sie seit dieser Zeit von einem lästigen Drängen begleitet. Einmal im October 1892, als sie besonders viel dabei auszustehen hatte, ließ sie mich rufen. Ich constatirte eine Atresie im oberen Drittel der Scheide, wahrscheinlich von adhäsiver Colpitis herrührend. Das Menstrualblut sickerte aus einer engen Oeffnung hervor, die sich im Centrum des vaginalen Blindsackes befand. Ich forderte damals die Pat. auf, sich in meiner Klinik die Sache in Ordnung bringen zu lassen. Doch sie lehnte ab, und ich sah sie erst 2 Jahr später wieder, am 6. October 1894.

Die Angehörigen erzählten mir, daß sie seit 3 Wochen mit Hitze und Schüttelfrost im Bett liege, aber sich aus Furcht vor einer Operation geweigert habe, ärztliche Hilfe anzunehmen. Die Frau war auf's Aeußerste herabgekommen und vermochte nur dürftige Auskunft zu geben. Sie hatte in den letzten beiden Jahren alle 2—11 Wochen unter zunehmenden Beschwerden menstruirt. Gewöhnlich dauerte es 3 Tage, ehe das Blut unter wehenartigen Empfindungen zum Durchbruch gelangte. Seit der letzten Menstruation vor 8 Tagen sind aber heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen im Schoß zurückgeblieben. Die Verhältnisse in der Vagina finde ich wie früher. Der Uterus ist bis wenige Finger breit unter dem Nabel ausgedehnt, unbeweglich, nach unten hart, nach oben weicher und höckerig. Remittirendes Fieber mit Abendsteigerungen bis 39·4 bei einem Puls bis 136. Am 9. October Ueberführung in meine Klinik. Die Erweiterung der vaginalen Atresie bereitet keine nennenswerthen Schwierigkeiten. Zwar gelingt die Freilegung der in schwieliges Gewebe eingebetteten Portio nicht, wohl aber die des Muttermundes. Ich versuche nun auf alle mögliche Weise in der Uterushöhle vorzudringen. Der von einem Centimeter aufwärts an narbig verengte und verzogene Cervicalcanal läßt aber weder die feinste Sonde, noch den dünnsten Quellstift eindringen. Noch weniger ist ein Herabziehen der hochstehenden Portio, die nicht einmal gefaßt werden kann, zu denken. Percutorischer Luftschall und palpatorische Darmgeräusche über dem Uterus verrathen seine Ueberdeckung mit adhärenten Darmschlingen. Nur an einer einzigen, etwa markstückgroßen Stelle scheint er der Bauchwand anzuliegen. An dieser nehme ich eine Probepunction vor. Das Ergebniß derselben ist Eiter. Die Nadel mußte eine außerordentlich dicke und derbe Gewebsschicht durchdringen. Ich entschloß mich zur Eröffnung der zweifellos vorhandenen Pyometra von der Bauchseite aus.

Laparotomie am 10. October unter Assistenz der Doctoren A. O. Müller und P. Mittag. Schnitt drei Finger breit unterhalb des Nabels bis zur Symphyse. Die gesammte vordere Fläche des Uterus ist mit fest anhaftenden Darmschlingen und nur an einer markstückgroßen Stelle (derselben, an welcher ich eingestochen hatte) mit Netz bedeckt. Nur hier gelang unter nicht unerheblicher Flächenblutung die Freilegung der Uterusserosa in der Größe eines Markstückes. An der oberen und hinteren Fläche des Fundus fühle ich durch die Därme hindurch prall elastische, breit aufsitzende Geschwulstmassen, die ich zunächst für eine maligne Neubildung halte. Ich umsäume nun nach Abtragung eines handtellergroßen, infiltrirten Netzlappens die freiliegende Stelle der Uterusserosa mit Peritoneum parietale und vereinige den übrigen Theil der Peritonealwunde durch fortlaufende Naht. Dann stoße ich in den freigelegten

Abschnitt der Uteruswand einen starken Troicar ein. Dicker, schmutziggelber Eiter fließt langsam ab. Durch Dilatatoren erweitere ich die Oeffnung allmälig bis zu Daumendicke. Weiterer Eiter fließt äußerst langsam ab. Als ich aber die Gebärmutterhöhle durch energische Auswaschung vollständig gereinigt zu haben glaube, füllt sie sich binnen einigen Minuten wieder mit Eiter. Dieser Vorgang wiederholt sich mehreremale und je länger ich das Verfahren fortsetze, desto mehr fallen die vermeintlich bösartigen Geschwülste zusammen. Es wird mir klar, daß zwischen ihnen und der Uterushöhle eine Communication besteht. Ueber die Oertlichkeit derselben vermag der eingeführte Finger keine Aufklärung zu schaffen; wohl aber werde ich durch die lamellöse Zerrissenheit der Uteruswand an den vorhin berichteten Fall erinnert. Das mittelst Kornzange hervorgeholte Fragment einer der in das Cavum uteri ragenden Leisten belehrt mich in der That, daß es sich wiederum um Gangrän des Uterus handelt.

Ich entschloß mich auch in diesem Falle für die conservative Behandlung und versuchte zunächst die Wegsammachung des Cervicalcanales. Aber alle meine combinirten Versuche vom Uterus und von der Vagina her mißlangen. Gleicherweise gelang auch immer noch nicht die Auffindung der Rupturstelle, obschon, wenn ich die Höhle ausgetupft hatte, bei einfallendem Licht das Hervorquellen des Eiters aus den Zerklüftungen der linken hinteren Wand zu erkennen war. Ich beschloß, die natürliche Reinigung der Gebärmutter ruhig abzuwarten und nähte ihre von mir angebrachte Oeffnung in die Bauchwunde ein. Dabei ließ sich feststellen, daß die Gebärmutterwand an diesem Punkte auf reichlich 3 Cm. verdickt war.

Für's Nächste beschränkte ich mich darauf, den ungehinderten Abfluß des Eiters zu sichern. Der im Uterus befindliche Gazetampon wurde nach Bedarf ausgewechselt. Am 5. Tage begann die Abstoßung der nekrotischen Muscularis unter fortdauerndem, wenn auch intermittirendem Eiterzufluß von links hinten her. Die Uterushöhle verkleinerte sich zusehends. 3 Wochen nach der Operation erschien sie gereinigt und mit frischen Granulationen bedeckt. Vaginalwärts lief sie in einen spitzwinkligen Trichter aus, dessen Erweiterung mit Sonden und Laminariastiften ich mir wiederholt angelegen sein ließ — leider ohne Erfolg, so daß ich endlich alle Versuche, den Cervicalcanal wieder durchgängig zu machen, aufgab.

Das Befinden der Operirten war während des ganzen Zeitraumes durchaus kein befriedigendes gewesen. Namentlich ihre unbesiegliche Appetitlosigkeit und ihre an Ohnmacht streifende Schwäche flößten mir Besorgniß ein. Die mit der Eröffnung der Pyometra zur Norm zurückgekehrte Temperatur zeigte vom 11. Tage an langsam zunehmende Abendsteigerungen, die am Ende der 4. Woche 39·3° C. erreichten.

Das Bild änderte sich sofort mit der um diese Zeit gelingenden Auffindung und Drainage der Rupturstelle.

Sie lag, wie vermuthet, am linken hinteren Gebärmuttergrund und war in Folge überwuchernder Granulationen fistulös geworden. Die eingeführte Sonde glitt ohne Hinderniß auf 10 Cm. in die Tiefe und nahm die ungefähre Richtung nach dem Steißbein an. Ob der ursprüngliche Vorgang als Ruptur oder als Perforation aufzufassen war, ließ sich nicht mehr entscheiden. Jedenfalls hatte an dieser Stelle der Inhalt des in der Gebärmutterhöhle angestauten Eiters seinen Ausweg in den Douglas gefunden und, wie im ersten Fall, nach oben hin die Uterusserosa abgehoben. Nach Erweiterung der Fistel durch Laminaria legte ich ein bis auf den Boden des Douglas reichendes, fingerstarkes Drain ein. Eine andere Fistel, die sich inzwischen in der Bauchwunde dicht am Uterusrand geöffnet hatte, wurde gleichfalls erweitert und drainirt. Sie führte wahrscheinlich in eine oberflächliche Abkapselung des unter die Uterusserosa durchgebrochenen Eiters und kam verhältnißmäßig schnell zur Ausheilung.

Um so länger machte mir die retrouterine Pyocele zu schaffen.

Wenngleich seit dem Tage ihrer Drainirung und ersten Auswaschung das Fieber dauernd verschwand, wollte doch die Eiterung selbst nicht aufhören. Veranlaßt durch membranöse Fetzen, welche wiederholt den Drain verstopften, ging ich endlich mit einer gekrümmten Polypenzange ein, welche in der That einen großen Tassenkopf voll von bis handtellergroßen Absceßmembranen zutage förderte.

Leider wurde die versuchte Drainage des Douglas nach der Vagina hin durch die Mächtigkeit des zu durchbohrenden Narbengewebes vereitelt. Trotz fleißiger Ausspülungen secernirte der Douglas noch Monate lang, wenngleich immer spärlicher, weiter.

Als die Pat. gegen Ende des Jahres entlassen wurde, trug sie noch immer einen 10 Cm. langen, schwachen Drain im Leibe, welcher durch den Fundus der völlig zurückgebildeten Gebärmutter in den Douglas führte. Sie konnte dabei ihre häusliche Arbeit verrichten und menstruirte zweimalig, zuletzt am 22. März 1895, nur durch den Drain. Das allmälige Kürzen desselben und das Reinigen der Wunde besorgte sie selbst. Vor etwa 3 Wochen endlich hat sich die Fistel geschlossen. Ob sie gelegentlich eines nochmaligen Eintrittes der Katamenien wieder aufbrechen wird, steht allerdings dahin.

Es handelt sich also auch in diesem Falle um Berstung eines durch eine große Menge flüssigen Inhalts ausgedehnten gangränösen Uterus. Das Hinderniß für die spontane Entleerung auf normalem Wege bildete eine narbige Atresie der hinteren Vagina und des Cervicalcanales. Die zurückgehaltene Flüssigkeit war Eiter. Ob derselbe als primäres Entzündungsproduct aufzufassen war, oder ob es sich nicht vielmehr um die Umwandlung einer Hämatometra in eine Pyometra handelte, wage ich nicht zu entscheiden. —

Meine beiden Fälle, zusammengehalten mit den der Literatur entnommenen, lehren, daß topographisch die spontanen Rupturen und Perforationen des nicht schwangeren Uterus sich verhalten nicht wie die Uterusrupturen bei der Geburt, sondern wie die Uterusrupturen in der Schwangerschaft: es reißt immer der Fundus uteri. Und zwar reißt er entweder an der dünnsten Stelle (als welche sich aber auffallender Weise niemals der in allen die Beschaffenheit desselben erwähnenden Beobachtungen vielmehr hypertrophisch gefundene, cervicale Fundusabschnitt erwies), oder er reißt an dem durch Gewebsveränderung gesetzten Locus minoris resistentiae. Die Gewebsveränderungen bestanden in meinen und wahrscheinlich auch in einigen der älteren Fälle in Gangrän der Uteruswand. In einem der früheren Fälle wurde als Ursache der erhöhten Zerreißlichkeit Uterustuberculose festgestellt.

Referate und literarische Anzeigen.

A. DÜHRSSEN (Berlin): Ueber eine neue Methode der Behandlung der unzeitigen Geburten.

Das Verfahren, welches D. in VOLKMANN's Sammlung klinischer Vorträge (Nr. 131) angibt, und welches geeignet ist, einerseits das Cürettement, andererseits die manuelle Lösung der Eigebilde zu ersetzen, besteht darin, daß man in allen Fällen, in welchen man den schwangeren Uterus in den ersten 7 Monaten entleeren will, mag in demselben noch das ganze Ei — Placenta, Eihüllen und Frucht — oder nur die Placenta nebst Eihäuten enthalten, mag der Muttermund geöffnet oder geschlossen sein, die Uterushöhle mit so viel Jodoformgaze ausfüllt, als nur hineingeht, und daran eine feste Scheidentamponade mit Salicylwatte anschließt. Der Verlauf gestaltet sich dann so, daß binnen wenigen Stunden kräftige Wehen eintreten, die nach einiger Zeit wie abgeschnitten aufhören, worauf in manchen Fällen Blutung nach außen auftritt. Mit dem Aufhören der Wehen ist der richtige Zeitpunkt für die Herausnahme des tamponirenden Materials gekommen. Untersucht man jetzt, so findet man, daß Tampon, Frucht und Placenta in der Scheide oder bei kleinerem Ei in der ballonförmig aufgetriebenen Cervix liegen, während der innere Muttermund sich bereits fest wieder zusammengezogen hat. In einzelnen Fällen sind die Wehen so stürmisch, daß der ganze Uterusinhalt nicht nur zum Uterus, sondern auch aus der Scheide ausgetrieben wird. Secale-Darreichung ist in jedem Fall von Uterustamponade zweckmäßig. Je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten ist, desto sicherer ist die Wirkung

der Tamponade des Uterus im Gegensatze zur Scheidentamponade, welche eigentlich nur in den ersten Monaten eine Ausstoßung des Eies bewirken kann.

Das beschriebene Verfahren hat D. hauptsächlich in jenen Fällen angewendet — 19 derselben werden tabellarisch angeführt —, in welchen es sich um Aborte und Fehlgeburten mit geschlossenem Muttermund gehandelt hat, in welchen wegen Blutungen oder Zersetzungen in utero die Indication bestand, den Uterus zu entleeren; aber auch für diejenigen Praktiker, welche sich im Allgemeinen bei der Behandlung von Aborten nur der Scheidentamponade bedienen, dürfte sich statt derselben die Uterustamponade empfehlen, also auch in den Fällen, wo die Natur durch Eröffnung der Cervix bereits die Ausstoßung des Eies eingeleitet hat.

Die Technik des Verfahrens ist sehr einfach. Die Hauptsache ist ein zuverlässiges, keimfreies und dabei antiseptisches Material. Nach gründlicher Ausspülung der Scheide mit 1proc. Lysollösung wird der sich selbst haltende Klappenspiegel von LANDAU eingeführt, die vordere Lippe der Portio mit einer Kugelzange gefaßt und der Uterus mit derselben Lösung durch einen FRITSCH-BOZEMANN'schen Katheter ausgespült. Hat man keinen Spiegel zur Hand, so läßt sich ja die Portio unter Leitung des Fingers mit der Kugelzange fassen und bis zur Vulva herabziehen. Nach Ausspülung des Uterus wird der Uterusstopfer von ASCH und mit ihm die Jodoformgaze so hoch als möglich in die Uterushöhle eingeführt, bis dieselbe fest ausgefüllt ist. Dann wird noch die obere Hälfte der Scheide fest mit Salicylwatte ausgestopft. Tritt nach einigen Stunden eine Blutung auf, so ist das ein Beweis, daß eine Verschiebung des ganzen tamponirenden Materials stattgefunden hat, bedingt durch Ablösung des Eies oder der Placenta; man wird dann die Tampons entfernen und in der Regel das gelöste Ei in der Cervix oder in der Scheide finden. s—s.

Aus der chirurgischen Universitäts-Kinderklinik zu München.

C. STEINMETZ: Beitrag zur Casuistik und Statistik der primären Geschwülste der Harnblase im Kindesalter.

Durch die klinische Beobachtung eines primären Blasensarkoms bei einem $2^3/_4$jährigen Knaben wurde STEINMETZ („Deutsche Ztschr. f. Chir.", Bd. 39, Heft 3/4) angeregt, aus der Literatur 31 weitere Fälle primärer Blasentumoren im Kindesalter zusammenzustellen. Alle diese Tumoren gehören den Bindesubstanzgeschwülsten an (13 Sarkome, 13 Myxome, 1 Myosarkom, 1 Fibromyom, 1 Rhabdomyom u. s. w.). Am häufigsten werden die fünf ersten Lebensjahre und das männliche Geschlecht betroffen; sehr selten sind die Tumoren congenital, zuweilen vergesellschaftet mit congenitalen Mißbildungen der Harnorgane. Prädilectionssitze sind Blasenhals und unteres Drittel der Blase. Metastasen sind sehr selten, Hypertrophie der Musculatur aber oder Verdickung der Blasenwand sind sehr häufig, ebenso Erweiterung der Ureteren und Hydronephrose; zuweilen findet sich Pyelonephritis, nephritische und paracystitische Abscesse. Hämaturie scheint bei Kindern nur ausnahmsweise vorzukommen; im Gegensatz zu Erwachsenen pflegt sich die Erkrankung bei Kindern durch Harnbeschwerden (Harndrang, Harnverhaltung, Steinsymptome) anzukündigen. Catheterisation macht sich nöthig, wodurch nach einigen Tagen eine bald vorübergehende Besserung sich einstellen kann. Bei combinirter Rectum-Bauchdecken-Untersuchung in tiefer Narkose fühlt man die hypertrophische Blase als glatten, derben Tumor. Schließlich Harnverhaltung und Harnträufeln; Cystitis mit trübem, eiweißhaltigem, ad ultimum zuweilen etwas blutigem Urin und heftige Schmerzen, welche die kleinen Patienten veranlassen, fortwährend am Penis zu ziehen. Unter Fieber und Marasmus pflegt meist drei Monate nach dem Auftritt der ersten Harnbeschwerden der Tod einzutreten. Die Operation, die 15mal ausgeführt wurde, hat nur einen Patienten gerettet; der Fall war besonders günstig, weil es sich um einen einzigen lang gestielten Tumor, der durch Sectio suprapubica entfernt wurde, handelte. Künftig käme die partielle Blasenresection in Betracht.

Bei Mädchen tritt sehr bald beim Drängen der Tumor durch die Urethra sichtbar heraus. Aber Abtragen des vorliegenden Gebildes hatte noch immer rasches Recidiv zur Folge.

Gelingt es später, die Affection frühzeitig zu erkennen (Cystoskopie, frühzeitige bimanuelle Untersuchung in Narkose etc.), wird die triste Prognose sich vielleicht bessern lassen. R. L.

Manuel de percussion et d'auscultation. Par le **Dr. Paul Simon**, professeur à la faculté de médecine de Nancy. Paris 1895, Felix Alcan.

Ein nach jeder Richtung vollendetes, kurz gefaßtes und sehr präcise geschriebenes Handbuch der Percussion und Auscultation. Der Autor hat sich trotz selbstverständlicher eingehender Würdigung der Leistungen französischer Forscher auf diesem Gebiete vor einseitiger Propagation localer Anschauungen trefflich zu bewahren gewußt. So erfreut es sehr, daß von der semiotischen Bedeutung einzelner Phänomene für bestimmte Krankheiten (son pneumonique etc.) abgesehen und die Zurückführung auf rein physikalische Ursachen acceptirt wurde, wie es bei uns seit jeher giltig erscheint. Sehr interessant und nachahmenswerth erscheint ein Anhang „über geburtshilfliche Auscultation". — Im Ganzen ein Lehrbuch, das selbst für unsere Studirenden von Nutzen sein könnte.

G. KOBLER (Sarajevo).

Die moderne Behandlung der Nervenschwäche, der Hysterie und verwandten Leiden. Von **Dr. L. Loewenfeld.** Dritte, vermehrte Auflage. Wiesbaden 1895. J. F. Bergmann.

LOEWENFELD's Arbeiten über Neurasthenie und Hysterie erfreuen sich mit Recht eines guten Rufes, und jede neue Auflage erhöht den Werth seiner Schriften. Das vorliegende Buch gibt eine eingehende Schilderung der heute gebräuchlichen Behandlungsmethoden und stellt in objectiver Weise ihre Vorzüge und Nachtheile dar. In der dritten Auflage hat das Capitel über psychische Behandlung eine erhebliche Erweiterung erfahren, und auch die übrigen Abschnitte lassen überall die bessernde und ergänzende Hand eines Mannes erkennen, welcher die Literatur seines Faches genau zu verfolgen und die neu empfohlenen Methoden praktisch zu versuchen gewohnt ist. W.

Feuilleton.

Die Seelenkunde des Menschen.

Durch die wissenschaftliche Behandlung erfahren manche Wissenszweige, welche unter ausschließlicher Herrschaft der Geisteswissenschaften in unfruchtbarer Dialectik aufgingen, eine neue Auferstehung, einen neuen Entwicklungsgang. Dahin gehört insbesondere die Psychologie, welche wie kein anderes Gebiet darnach angethan ist, das verknüpfende Band speculativen und realen Denkens zu bilden und namentlich auf gewisse Fächer der Medicin, ja auf die gesammte Heilkunde fördernd einzuwirken. Die lange Vernachlässigung der Psychologie von Seite der Aerzte, welche doch in hervorragendem Grade berufen sind, Bausteine zu einer Fundirung dieses Wissenszweiges herbeizuschaffen, rächte sich schon bei der Deutung der Reiz- und Ausfallerscheinungen der Gehirnkrankheiten und Gehirnexperimente, noch mehr, als sich der Forschung die scheinbar neuartigen complicirten pathologischen Phänomene des Hypnotismus darboten. Pathologische Phänomene bieten überall erst dann eine Handhabe für die Erklärung der physiologischen, wenn letztere wenigstens zum Theile der Erkenntniß zugeführt sind. So war es bei der Anatomie, so wird es auch bei der Psychologie sein! Und vergeblich ist, wie WUNDT unwiderleglich darstellt, das Unterfangen, aus dem Hypnotismus das normale Seelenleben zu erklären, so lange nicht das letztere eingehender naturwissenschaftlicher Betrachtung unterzogen ist; höchstens wird man sich, wie es schon geschehen, in den Zaubergarten des Mysticismus verirren. Der

Hauptgrund, weshalb die Aerzte die Psychologie mieden, ist der, daß sie dieselbe mit metaphysischen Abstractionen untrennbar verbunden hielten. Freilich die Schulpsychologie, sog. rationale, bietet dem Naturforscher so wenig wie die empirische, die sich angeblich nur auf Selbstbeobachtung stützt und die psychophysiologischen Errungenschaften nicht in ihren Bannkreis zieht, Anregung und greifbaren wissenschaftlichen Nutzen!

Anders aber verhält es sich, wenn die Beschreibung und Ergründung der Seelenvorgänge nicht auf Bücher, sondern auf Lebenserfahrung, nicht auf Doctrinen, sondern auf Experimente und Beobachtungen am Krankenbette basirt wird, und wenn die Anwendung der scheinbar trockenen Lehrsätze auf Fragen und Probleme, wie sie der Tag bringt, von Fall zu Fall in's Auge springt.

In solcher Form, in solch neuartiger Auffassung erscheint uns ein soeben erschienenes Werk BENEDIKT's [1]), und wir müssen es auf's Freudigste begrüßen, daß er es in diesem Werke, das gleichsam die Quintessenz eines langen ersprießlichen Denkerlebens darstellt, unternommen hat, die Psychologie „von allen jenseits der Erkenntniß hinausschweifenden Anschauungen loszulösen" und dadurch dem ärztlichen Interesse wieder näher zu bringen. Sein Werk ist ebenso frei von Schulstaub, wie von blindem Radicalismus, der, „ohne abzuwägen und abzumessen, jenseits der Erkenntnißlehre eindringt, ohne das mächtige Haltezeichen zu beachten, das der große Denker KANT aufgerichtet hat". Nec ultra, nec infra scire!

So wenig BENEDIKT seiner geläuterten, auf KANT und SPINOZA fußenden Ueberzeugung untreu wird, so sehr benützt er bei Erläuterung der geistigen Phänomene die sicheren Thatsachen und Ergebnisse der Gehirnlocalisation und der modernen criminalistischen Anthropologie, freilich auch hier Mäßigung und Kühnheit zugleich zeigend. Er führt den Leser zu ganz neuen und überraschenden Schlüssen, ohne aber je wie Andere den sicheren Boden zu verlieren, da sie auf der nüchternen Erkenntniß der Gehirn- und Nervenmechanik aufgebaut sind.

Der geringe Umfang eines Feuilletons gestattet uns nicht, auch nur ein mattes Bild von der Fülle der Gedanken, von der Reichhaltigkeit der Gesichtspunkte zu geben, welche das anregende Buch enthält. Und doch beruhen alle seine Folgerungen nur auf zwei Axiomen, nämlich dem Gesetze „des untrennbaren Zusammenhanges der Seelenkräfte" und dem Gesetze „der Unabhängigkeit der verschiedenen Anlagen". Nachdem der Autor mit Berücksichtigung des FECHNER'schen Lehrsatzes den sinnlichen Ursprung alles Seelenlebens vorgeführt hat, erläutert er die Grunderscheinungen desselben, welche in der Hauptsache darauf hinauslaufen, daß aus dem zuleitenden Reize einerseits Wahrnehmungen, resp. Vorstellungen, andererseits Empfindungen, resp. Gefühle werden, eine Spaltung, die die Basis der Kampffähigkeit „um's Dasein" für Thier und Mensch abgibt, da Lust oder Unlust den Exitomotor jeder Handlung darstellt. Eine weitere Umsetzung der zwei Seelenkräfte, der vereinten Gefühls- und Vorstellungskraft, ist der Wille. Diese Trias bildet den Inhalt des Bewußtseins, das in seiner eigentlichen Wesenheit nicht der Schwerkraft unterworfen werden kann, sondern als Thatsache, wie etwa die „Schwerkraft" hinzunehmen ist, deren Gesetze und Verknüpfung mit der Gehirnzellenerregung jedoch durch die Erfahrung erkannt werden können. Im Folgenden behandelt BENEDIKT zunächst die Vorgänge des normalen Denklebens, wobei er seine Ansichten über Entstehung der Begriffe und Mechanik der Schlüsse vorbringt und die seelische Freiheit einfach aus dem seelischen Reichthum an Vorstellungen ableitet.

Interessant ist auch die Darstellung der Hauptdenkfehler der verschiedenen Wissenschaften, nach deren Anleitung sich eine Geschichte des Irrthums schreiben ließe. In dem folgenden Abschnitt analysirt er das Empfindungs- und Gefühlsleben, von den elementaren Einzelheiten zu den höchsten Complexen aufsteigend; auch hier bedeutet Reichthum des Empfindungsbewußtseins: seelische Freiheit. Von Lust und Unlust ausgehend, bringen die nächsten Capitel die Seelenkunde der Sittlichkeit, des Rechtes, des Schönheitssinnes und lassen uns in den Parallelismus der Vernunft, des Gewissens und des Geschmacks Einsicht nehmen, indem den Inhalt der ersteren die obersten Denk-Erfahrungssätze des Verstandes bilden, denen im Gefühlsleben das Gewissen, im Aesthetischen „der Geschmack" entsprechen. Nun folgt die Analyse des Willens auf Grund des kindlichen Seelenlebens, wobei die „Willensfreiheit", eine Frage, die schon SPINOZA als alter Sauerteig erschien, unter Heranziehung der Consequenzen im praktischen Leben behandelt wird und zur Schlußdefinition der Vernunft als einer „durch das Zusammenklingen der möglichst vollendeten drei Seelenkräfte, Denkkraft, Gefühls- und Willenskraft entstandenen Seelenkraft" geschritten wird. Anhangsweise spricht sich der Verf. über die Gemüthsarten, die Entstehung der Sprache, den Werth der Arbeit, die Frauenfrage und die Erziehung so fesselnd und neuartig aus, daß man mit den Essays nicht fertig ist, wenn man sie gelesen hat, sondern lebhaftesten Anreiz zum Selbstdenken über diese Probleme empfindet.

Auch das pathologische Seelenleben unterzieht BENEDIKT einer klaren Betrachtungsweise, welche Schlichtheit des Ausdrucks mit Tiefe der Auffassung seltsam paart. Näher darauf einzugehen, müssen wir uns versagen, wir können nur verweisen, daß das Traumleben, der Hypnotismus, das psychische Leben der degenerirten, der „geborenen" Verbrecher, der Selbstmörder und das von Verfasser sozusagen neu entdeckte Binnenleben (second life) in interessantester und verständlichster Weise behandelt sind. Am Schlusse findet sich eine Systematik der Charaktere, was bisher noch nie versucht wurde; hier erweist sich der Verf. als moderner THEOPHRAST.

Eine hübsche Beigabe des Buches, welche allen Verehrern des Meisters gelegen kommen wird, bilden zwei dramaturgische Studien, die BENEDIKT vor 40 Jahren mit feiner psychologischer Beobachtungsgabe und idealem Schwunge geschrieben hat. In diesen will er den Beweis liefern, wie sehr er selbst durch die Lectüre unserer großen Dichter für die Seelenkunde gewonnen hat. Wir sehen aber noch eines, das uns mit Bewunderung erfüllt: Wir sehen das ganze Forscherleben dieses Gelehrten im Dienste einer großen Idee, die sein Denken von Jünglingstagen an bis heute bewußt beherrscht. Er schrieb, wie er sagt, sein Werk, „um von dem Gefühle nicht gepeinigt zu werden, daß das Herz stille stehen könnte, bevor das Gehirn ausgeklungen hat". Möge das Herz noch lange schlagen, denn dieses Gehirn wird noch Vieles schaffen! Dr. MAX NEUBURGER.

[1]) Die Seelenkunde des Menschen als reine Erfahrungswissenschaft. Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT in Wien. Leipzig 1895, Reisland.

Kleine Mittheilungen.

— In der Regel wird die Fluctuation bei Ascites in der Weise geprüft, daß man den Pat. im Liegen von einer Seite zur anderen untersucht. Dieses Phänomen kann man aber mit derselben Leichtigkeit und mit derselben Deutlichkeit erhalten, wenn man den Kranken im Sitzen von hinten nach vorne untersucht. Prof. BARD in Lyon („Lyon méd.", 1895), nennt das auf diese Weise zu constatirende Symptom die **lumbo-abdominale Fluctuation bei Ascites.** Es wird hervorgerufen, indem die vordere Hand auf einer beliebigen Partie des Abdomens aufruht, während die andere Hand in der Lumbargegend seitlich von der Wirbelsäule percutirt. Auch hier muß man sich vor Täuschungen durch Undulation der Weichtheile hüten. Während die Fluctuation von rückwärts nach vorne sehr deutlich ist, ist sie von vorne nach rückwärts auch bei bedeutendem Erguß sehr schwach oder null. Diese Art, die Fluctuation zu prüfen, hat zwei ganz besondere Vortheile: Erstens gestattet sie auch bei sehr geringem Erguß eine frühzeitige Diagnose. Zu diesem Zwecke läßt man den Kranken in etwas vorgeneigter Haltung sitzen und legt die vordere Hand in der Medianlinie unmittelbar über die Symphyse. Die auf diese Weise constatirte Fluctuation kann als Frühsymptom des Ascites dem Phänomen des Uterus-Ballotements TRIPIER's an die Seite gestellt werden. Einen zweiten Vortheil bietet diese Untersuchungsmethode bei den Fällen von sehr großem Ascites, bei welchen die Bauchdecken sehr gespannt sind und die Palpation keinen Aufschluß über den Inhalt der Bauchhöhle gewährt. Die lumbo-abdominale Fluctuation fehlt nämlich gänzlich oder ist sehr abgeschwächt, wenn Adhäsionen oder indurirte Massen in der Bauchhöhle vorhanden sind; in solchen Fällen kann eine Fluctuation auf der einen Seite sehr deutlich vorhanden sein und auf der anderen Seite gänzlich fehlen, während die Unter-

suchung vorne eine Differenz zwischen beiden Hälften des Abdomens nicht ergibt. Dieses Verhalten kann in einer Reihe von Affectionen von differential-diagnostischem Werthe sein, wie zwischen Lebercirrhose und Peritonealtuberculose, bei Ovarialcysten und bei sonstigen mit Ascites einhergehenden Abdominaltumoren.

— Da einerseits die Chininbehandlung des Keuchhustens ganz entschiedene Heilerfolge aufzuweisen hat, dieselbe aber andererseits oft genug ein Hinderniß an der energischen Weigerung der Kinder, das bittere Mittel zu schlucken, findet, lag der Gedanke nahe, durch die subcutane Darreichung oder auf dem Wege des Mastdarms das Mittel beizubringen. Die subcutane Chininmedication hat nun manche Nachtheile, wie Absceßbildung, Neigung zu Gangrän etc., welche bei der Application durch den Mastdarm wegfallen. Dr. THEODOR CLEMENS in Frankfurt a. M. kann nach seinen Erfahrungen die **Chininbehandlung des Keuchhustens vom Mastdarme aus** auf's Beste empfehlen („Allg. med. Central-Ztg.", 1895, Nr. 64). Bei kleinen Kindern erreicht man selbst mit minimalen Dosen vom Mastdarm aus überraschende Resultate. Zur Lösung des Chinins nimmt man am besten leichten Fenchelthee; Emulsionen und Fette empfehlen sich zur Lösung nicht, ebensowenig Suppositorien. Eine Reizung des Mastdarms durch die mittelst einer kleinen Spritze eingebrachte Chininlösung hat C. niemals gesehen.

— Wir haben kürzlich [1]) über das von BENARIO als Antirheumaticum und Analgeticum empfohlene **Citrophen** berichtet. Es liegen nunmehr bezüglich dieses Mittels zwei weitere Aeußerungen vor, die durch die genannte Mittheilung BENARIO's direct bedingt sind. Zunächst constatirt Dr. R. SEIFERT („D. med. Woch.", 1895, Nr. 32), daß die Antipyretica, resp. Analgetica aus Phenetidin und Citronensäure schon seit vielen Monaten in Warschauer Hospitälern angewendet werden, und daß die Resultate dieser Untersuchungen bereits von NENCKI und JAWORSKI veröffentlicht worden sind. (S. meint hier die von den beiden Autoren gemachten und auch von uns wiedergegebenen Mittheilungen über Apolysin. [2]) Bezüglich der Angaben BENARIO's über Citrophen berichtigt S. Folgendes: Wenn BENARIO meint, das Citrophen müsse wirksamer sein als das Phenacetin, weil es im Molecül 3 Phenetidingruppen enthält, gegenüber einer im Phenacetin, so übersieht er dabei, daß man bei Innehaltung dieses chemischen Standpunktes das eine Molecül Citrophen mit 3 Molecülen Phenacetin in Parallele zu setzen hat, in denen ebenfalls 3 Phenetidingruppen enthalten sind; es würde dann Folgendes gelten: 100 Grm. Phenacetin enthalten $76^1/_2$ Grm. Phenetidin, 100 Grm. Citrophen enthalten 75 Grm. Phenetidin, folglich ist diejenige Wirkung, welche auf dem Phenetidingehalt beruht, bei gleichen Gewichtsmengen beider Präparate nahezu gleich. Ferner berichtigt S., daß das Citrophen keinen an Citronensäure erinnernden Geschmack hat, sondern ein absolut neutraler Stoff ohne jeden sauren Geschmack ist. — Doc. Dr. G. TREUPEL in Freiburg i. B (ibid. Nr. 33), welcher mit dem Citrophen thierexperimentelle Studien angestellt hat, richtet sich gegen die Angabe BENARIO's, daß das Mittel bei seinen ausgezeichneten therapeutischen Eigenschaften durchaus unschädlich sein soll. Nach den Versuchen an Hunden war es gar nicht zweifelhaft, daß das citronensaure Phenetidin sehr bemerkenswerthe antipyretische und antineuralgische Eigenschaften beim Menschen entfalten werde, aber gleichzeitig mit der stärkeren therapeutischen Wirkung des reichlich abgespaltenen Paramidophenols kommen auch seine toxischen Eigenschaften zur Geltung, welche sich einmal in der Wirkung auf das Blut (Methämoglobinbildung) und zweitens in dem Auftreten mehr oder weniger heftiger Reizerscheinungen von Seiten des Verdauungstractus (Erbrechen) und der Nieren (acute toxische Nephritis) äußern. Da die Phenetidingruppe nicht nur therapeutisch erwünschte, sondern auch toxische Eigenschaften hat, müsse ein Präparat mit drei solchen Gruppen im Molecül giftiger sein, als ein analog construirtes mit ein oder zwei Phenetidingruppen im Molecül. T. kann die allgemeine Unschädlichkeit des Citrophens nicht zugeben und räth dringend, falls man das Präparat überhaupt beim Menschen anwenden will, sehr vorsichtig und mit nur sehr geringen Einzel- und Tagesgaben vorzugehen.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 1140.
[2]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 1306.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XV.

REHN (Frankfurt a. M.): **Ueber Blasentumoren bei Fuchsinarbeitern.**

Daß Tumoren der Blase in Folge chronisch-entzündlicher Reizzustände entstehen können, ist bekannt. Bei drei mit der Fuchsinfabrication beschäftigten Arbeitern führt R die beobachteten Blasentumoren mit höchster Wahrscheinlichkeit auf den chemischen Reiz zurück. Erfahrungsgemäß werden in der Fuchsinschmelze die Arbeiter, namentlich bei heißem Wetter, von so starker Strangurie befallen, daß sie sich direct durch den Urin naß machen. In ähnlicher Weise entsteht auch bei der Beschäftigung mit Anilin und Toluidin zuweilen Strangurie mit blutigem Urin. Offenbar wirkt das Anilin decomponirend auf die rothen Blutkörperchen und erzeugt bei jahrelanger Einathmung Hämoglobinurie und Hämaturie, indem es im Blut in Anilinschwarz umgewandelt wird. Bei der Fuchsinfabrication ist die Entstehung von Anilin-Nitrobenzol das schädliche Agens. Im ersten Falle handelte es sich um ein apfelgroßes Papillom bei einem 15 Jahre im Fuchsinraum thätigen Manne; im zweiten Falle um taubeneigroße Fibropapillome an beiden Ureteren. Beide Pat. wurden durch Operation geheilt. Im dritten Falle, einem schwärzlichen, um den linken Ureter breitbasig aufsitzenden Sarkom, wurde die Geschwulst zwar glücklich entfernt und der Ureter resecirt, Pat. ging aber an einem Recidiv zu Grunde.

Discussion.

Gluck (Berlin) weist darauf hin, daß ZELLER und er bereits im Jahre 1881 nach Exstirpation der Blase den Ureter in die Urethra, bezw. in's Rectum überpflanzt haben.

Lindner (Berlin) hat in einem Falle nach Entfernung der carcinomatösen Blase die Ureteren in die Urethra eingepflanzt. Der Kranke ging wegen Nierencarcinom urämisch zu Grunde. Vor Jahren konnte L. durch Thierversuche constatiren, daß bei Ueberpflanzung der Ureteren in das Colon transversum und die Flexura sigmoidea die Urinentleerung sehr gut vor sich geht. Vortheilhaft ist es, die Ureteren mit dem Peritoneum zu übernähen.

Trendelenburg (Bonn): Bei Thieren gelingt die Einpflanzung der Ureteren wegen der Dünnwandigkeit des Darmes viel schlechter als beim Menschen.

KÜMMELL (Hamburg): **Zur Operation der Geschwülste des Wirbelcanals.**

Bei einem 45jährigen Manne hat K. ein kleinzelliges Sarkom des Kreuzbeins mit dem scharfen Löffel entfernt. Nach $1^1/_2$ Jahren Schmerzen im Rückenmarkscanal in der Höhe des 2.—3. Brustwirbels. Die Lähmungserscheinungen deuteten auf einen das Rückenmark comprimirenden Tumor. Bei Eröffnung des 2.—4. Wirbelbogens quoll ein apfelgroßer, blutdurchsetzter Tumor hervor, welcher das Rückenmark auf einen fingerdicken Strang comprimirte. Unmittelbar nach Exstirpation der in die Wirbelkörper hineingewachsenen Geschwulst verringerten sich die Lähmungserscheinungen und es trat eine derartige Besserung ein, daß Pat. wieder seinem Berufe nachgehen kann.

NARATH (Wien) berichtet über zwei operirte Fälle von retroperitonealen Lymphcysten.

CZERNY (Heidelberg): **Mittheilungen über plastische Operationen.**

In einem Falle von acutem Stirnhöhlenempyem hat C. einen nach unten convexen Hautperiostlappen gebildet und die Stirnhöhle unter Erhaltung des normalen Nasenganges freigelegt.

Zur Aufrichtung der Sattelnase führt C. einen medialen Längsschnitt von der Glabella bis zur Nasenspitze, durchschneidet den knorpeligen und knöchernen Theil, klappt den Lappen auf, vernäht durch Catgut und übernäht die Haut.

In einem Falle von Mammaamputation ersetzte C. den Defect erfolgreich durch ein derselben Pat. aus dem Schenkel entnommenes faustgroßes Lipom.

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Académie de Médecine.

Sitzung vom 23. Juli 1895.

WORMS: Ueber Diabetes.

Vortr. stützt seine Ausführungen auf 100 Beobachtungen von Diabetes bei durchwegs den intelligenten Ständen Angehörigen: Gelehrten, Künstlern, Kaufleuten, Aerzten etc. Was zunächst die Frage nach dem Verhältniß zwischen leichten Diabetesfällen mit langsamem Verlauf und schweren Fällen, welche mit Cachexie einhergehen und rasch zum Tode führen, betrifft, hat W. bereits im Jahre 1889 eine Statistik vorgelegt, welche sich auf 41 Diabetiker bezog, die durch ihn selbst durch 24 Jahre verfolgt wurden. Unter diesen 41 Fällen ereigneten sich nur 3 Todesfälle, davon einer bei einem Kinde. Es ergab sich daraus somit ein Verhältniß von 7% schwerer Fälle. Diese Zahl scheint W. noch zu hoch zu sein und nach seinen reichen Erfahrungen glaubt Vortr., daß dieselbe 5% nicht übersteige. Ferner hat W. schon früher auf die außerordentlich wechselnden Mengen des ausgeschiedenen Zuckers bei gleichbleibender Diät und Behandlung und bei unveränderter Berufsbethätigung hingewiesen. Wenn diese großen Schwankungen nicht selten sind und unter keiner anderen uns bekannten Ursache auftreten, als nach psychischen Erregungen oder physischen Excessen, gibt es doch eine Reihe von Fällen, in welchen eine methodische Behandlung und ein geeignetes Regime die tägliche Zuckerausscheidung unter 15 Grm. erhält oder sie sogar während langer Perioden, ja Jahre hindurch, gänzlich unterdrückt. Allerdings können solche Fälle nicht als geheilt betrachtet werden. Als die beste Behandlungsmethode muß das antidiabetische Regime von BOUCHARDAT angesehen werden, ohne welches keine Medication gute Resultate ergeben kann. Dasselbe darf aber nicht durch lange Perioden streng durchgeführt werden, da es sonst nur den Ausbruch von comatösen Symptomen befördern würde. Statt des Glutenbrodes verwendet W. seit Langem ein aus Mandelkleie hergestelltes Brod (pain de Pavy), welches nur 7—8% Stärke enthält, gegenüber 40—60% im Glutenbrod. Schließlich erinnert W. an das von ihm empfohlene Chinin zur Behandlung des Diabetes, welches viele Aerzte versucht und erprobt haben.

Sitzung vom 30. Juli 1895.

Guajacol zur localen Anästhesie.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE theilt die Resultate der Untersuchungen ANDRÉ's über die analgesirende Wirksamkeit des Guajacols in subcutanen Injectionen mit. Anfangs wurde das Mittel bei Zahnextractionen versucht, indem in die Nachbarschaft des Zahnes auf 4mal eine Spritze, enthaltend eine $^1/_{10}$—$^1/_{20}$proc. Lösung Guajacol in Olivenöl, injicirt wurde. Es resultirte eine vollkommene Analgesie. Ferner wurde eine Reihe von kleinen chirurgischen Eingriffen mit Guajacolanästhesie mit gleich günstigem Erfolg gemacht. Die Injectionen hatten keinerlei üble Folgen. Kleine Geschwüre am Zahnfleische, die sich nachträglich bildeten, dürften durch die Injectionen als solche bedingt gewesen sein. Um bei vollkommener Analgesie zu operiren, muß man 5—10 Minuten von der Injection an verstreichen lassen.

MAGITOT möchte sich beim Gebrauch des Guajacols als Anästheticum der Mundschleimhaut einige Reserve auferlegen. Zunächst ist die Sensibilität der Mundschleimhaut äußerst variabel. Ein und dieselbe Operation ist bei dem einen Individuum fast ohne Schmerzen, bei einem anderen nur unter sehr intensiven Schmerzen ausführbar. Ferner erzeugen die Guajacolinjectionen oft im Niveau des Einstiches mehr weniger ausgedehnte gangränöse Plaques. Endlich macht M. der Methode zum Vorwurf, daß sie nicht durch das Thierexperiment fundirt ist.

FERRAND hat oft nach Application minimaler Mengen von Guajacol auf die Haut Hypothermie und Zeichen von Ohnmacht beobachtet. Er glaubt, daß man Guajacolinjectionen nur unter Einhaltung gewisser Vorsichtsmaßregeln gebrauchen dürfe.

LABORDE: Das Guajacol besitzt eine sehr energische vasoconstrictorische Wirkung; darauf dürfte seine localanästhesirende und gleichzeitig antithermische Wirkung beruhen. Dadurch seien aber auch die Gefahren bei der Anwendung des Guajacols bedingt.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE kann nicht einsehen, warum ein Medicament nur dann beim Menschen Anwendung finden solle, wenn man vorher damit am Thiere experimentirt habe. Speciell bezüglich der Anästhesie dürften die Thierexperimente keine besonders bedeutenden Schlüsse liefern. Bezüglich der eventuellen Gefährlichkeit des Guajacols sind die angewendeten Dosen von 0·05 so gering, daß man mit denselben wohl mit der größten Sicherheit experimentiren kann. —

KIRMISSON berichtet über einen Fall von Epispadie bei einem 18monatlichen Mädchen. Nach Auseinanderziehen der großen Schamlippen sah man jederseits von der Medianlinie eine Falte, welche die kleine Schamlippe und die Hälfte der Clitoris repräsentirte. Darüber sah man einen röthlichen Wulst, der nichts Anderes war, als die Urethralschleimhaut, über welche das Kind beim Pressen den Harn ergoß. Die Operation bestand in einer Art Autoplastik der Ränder des Spaltes und führte zur Heilung.

VALUDE berichtet über einen Fall von cavernösem Angiom der Orbita, welchen er mittelst Elektrolyse behandelt hat. Die classische Behandlung des cavernösen oder cystischen Angioms der Orbita ist die Exstirpation; aber dieses radicale Verfahren setzt die Enucleation voraus, da der Tumor meist seinen Sitz in der Tiefe der Orbita hat. In dem von V. beobachteten Falle handelte es sich um ein Mädchen von 15 Jahren, welches einen starken Exophthalmus links aufwies, bedingt durch ein cystisches Angiom im Grunde des Orbitaltrichters. Punctionen, selbst breite Incisionen, welche im Verlaufe mehrerer Jahre gemacht wurden, ließen zwar die Diagnose stellen, brachten aber keinerlei Besserung. Die Anwendung der Elektrolyse ($4^1/_2$ M.-A. während 5 Minuten) war von einem beträchtlichen Zurückgehen der Protrusion des Bulbus gefolgt. Die 8 Tage später wiederholte Application führte im Verlauf weniger Tage vollkommene Heilung herbei, welche noch anhält. Der Exophthalmus hatte 7 Jahre bestanden. In der Literatur findet sich ein analoger Fall von THOMPSON mit gleich raschem und glänzendem Erfolge. Die Leichtigkeit der Methode in der Ausführung gegenüber der Radicaloperation und die Unschädlichkeit lassen die Elektrolyse als die beste Behandlungsart der cavernösen Angiome der Orbita erscheinen.

LE DENTU demonstrirt einen Pat. mit einer Pneumatocele in Folge einer Fractura cranii, bei welchem er eine breite Trepanation vorgenommen hatte. Die Corticalschichte des rechten Frontallappens war zerstört und mit Eiter bedeckt; sie wurde mittelst einer Cürette in der Dicke von 4—5 Mm. abgetragen. Die Folgen dieses Eingriffes waren außerordentlich günstige. Nach 4 bis 5 Tagen waren alle entzündlichen Erscheinungen verschwunden. Heute, 3 Monate nach der Operation, ist die Heilung der Pneumatocele als definitiv anzusehen. Ch.

Notizen.

Wien, 7. September 1895.

(Universitätsnachrichten.) Für die im Studienjahre 1895/96 abzuhaltenden medicinischen Rigorosen hat der Leiter des Ministeriums für Cultus und Unterricht folgende Functionäre ernannt: I. an der Universität in Wien zu Regierungscommissären Ministerialrath Dr. v. KUSY, Statthaltereirath Dr. v. KARÁJAN, Sectionsrath Dr. DAIMER und Hofrath v. BÖHM; zu Coëxaminatoren beim zweiten medicinischen Rigorosum die Proff. v. WIDERHOFER und v. KRAFFT-EBING und zu deren Stellvertretern die Proff. STÖRK und POLITZER; zu Coëxaminatoren beim dritten medicinischen Rigorosum die Proff. I. NEUMANN und WEINLECHNER, zu deren Stellvertretern die Proff. KAPOSI und HOFMOKL; II. an der deutschen Universität in Prag zum Regierungscommissär Hofrath v. MASCHKA und zu dessen Stellvertreter Bezirksarzt Dr. F. WENISCH; zum Coëxaminator beim zweiten Rigorosum Prof. Dr. F. GANGHOFNER (Stellvertreter Professor Dr. ARNOLD PICK), zum Coëxaminator beim dritten Rigorosum Prof. Dr. ZAUFAL (Stellv. Prof. Dr. PH. J. PICK); III. an der böhmischen Universität in Prag zum Regierungscommissär Statthalterei-

rath Dr. J. PELC (Stellv. Director Dr. J. STASTNY); zum Coëxaminator beim zweiten Rigorosum Prof. Dr. G. KABRHEL (Stellvertreter Prof. Dr. TH. NEUREUTER); zum Coëxaminator beim dritten Rigorosum Prof. Dr. V. JANOVSKY (Stellv. Prof. Dr. K. SCHWING); IV. an der Universität in Graz zum Regierungscommissär Statthaltereirath Dr. A. SCHNEDITZ (Stellv. Bezirksarzt Dr. K. R. v. HELLY); zu Coëxaminatoren beim zweiten Rigorosum die Proff. ESCHERICH und ANTON, beim dritten Rigorosum die Proff. JARISCH, HABERMANN und PRAUSNITZ; V. an der Universität in Innsbruck zum Regierungscommissär Statthaltereirath Dr. F. SAUTER, zu Coëxaminatoren beim zweiten Rigorosum die Proff. JUFFINGER und CARL MAYER, beim dritten Rigorosum Prof. Dr. v. LUKASIEWIZ (Stellv. Professor Dr. LANTSCHNER); VI. an der Universität in Krakau zum Regierungscommissär Bezirksarzt Dr. G. BIELANSKI (Stellv. Prof. Dr. St. PONIKLO), zum Coëxaminator beim zweiten Rigorosum den praktischen Arzt Dr. F. MURDZIENSKI (Stellv. Prof. Dr. JAKUBOWSKI), beim dritten Rigorosum Prof. Dr. A. MARS (Stellv. Prof. Dr. R. TRZEBITZKI). — Habilitirt: Dr. FRITZ OBERMAYER als Privatdocent für interne Medicin an der medicinischen Facultät in Wien, Dr. RUDOLF v. FREY für allgemeine und specielle Chirurgie an der medicinischen Facultät der deutschen Universität in Prag. Zum Director der in Breslau zu errichtenden Universitätspoliklinik für Ohren- und Kehlkopfleiden wurde Prof. BARTH in Marburg berufen. Der Privatdocent für gerichtl. Medicin und Hygiene Dr. J. JACOBI in Breslau wurde zum Professor ernannt.

(Der Ausbau der medicinischen Facultät in Lemberg.) Durch ein jüngst erlassenes Gesetz wird die Regierung ermächtigt, für die Universität in Lemberg die zur Unterbringung der pathologischen Anatomie, der allgemeinen und experimentellen Pathologie und der gerichtlichen Medicin, dann der medicinischen Chemie, der Hygiene und Pharmakologie und Pharmakognosie noch erforderlichen beiden medicinischen Institutsgebäude auf der von der Stadtgemeinde Lemberg behufs Activirung einer medicinischen Facultät an der genannten Universität unentgeltlich zur Verfügung gestellten Grundarea, ferner ein physikalisches Institutsgebäude auf einem hiefür anzukaufenden Grundstücke herstellen zu lassen. Der Aufwand hiefür wird mit dem Höchstbetrage von 640.000 fl. festgesetzt.

(Deutsche dermatologische Gesellschaft.) Vom 23.—25. September d. J. findet in Graz der fünfte Congreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft statt. In der ersten Sitzung werden die Proff. KAPOSI (Wien) und ROSENTHAL (Berlin) ihre Referate „Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus" halten, während in der zweiten Sitzung Prof. NEISSER (Breslau) und Prof. CASPARY (Königsberg) „Ueber die Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode" referiren werden. Zu anderweitigen Vorträgen und Demonstrationen aus dem Gebiete der Dermatologie haben sich bereits 46 Herren vorgemerkt.

(Cholera.) In der Zeit vom 23. August bis 2. September sind in Tarnopol 13 Erkrankungsfälle an Cholera vorgekommen, wovon 3 letal endeten. Im Gouvernement Wolhynien ist die Choleraepidemie in rapider Zunahme begriffen. Der amtliche Ausweis verzeichnet in der Woche vom 23.—29. Juli (a. S.) 1000 Erkrankungen und 320 Todesfälle.

(HAFFKIN's Anticholera-Vaccination.) HAFFKIN befindet sich gegenwärtig in Assam, wo er die Versuche mit seiner Impfmethode mit vielem Fleiß betreibt. Die bisher in den Theeplantagen von Kalain, Karkuri und Duguber, welche von Cholera durchseucht sind, erzielten Resultate sind folgende: Von 1756 nicht geimpften Einwohnern erkrankten in der Zeit vom 9. Februar bis 16. April 38 und starben 16, in der Zeit vom 16. April bis 28. Mai erkrankten von 1520 nicht Geimpften 9 und starben 4. In denselben Perioden erkrankten von 984 Geimpften 2 und von 1952 Geimpften 1 und starben je ein Geimpfter.

(Die Arbeitsleistung des menschlichen Gebisses.) Ein Zahnarzt in Jacksonville, Dr. BLACK, hat eine Reihe von Untersuchungen über die Kraft angestellt, welche die Kinnbacken des Menschen beim Kauen der Nahrung leisten. Bei einer einzigen Contraction der Masseteren können die Kiefer einen Druck aufbringen, welcher zwischen 30 und 70 Pfund variirt. Die Kraft, welche nothwendig ist, um ein Beefsteak von gewöhnlicher Resistenz zu zerkauen, beträgt 40—45 Pfund. Gewöhnlich wenden wir aber eine viel größere Kraft, 60—80 Pfund, zum Zerkauen unserer Nahrung auf.

(Die Mikroben des Geldes.) Aus Versuchen, welche Dr. VINCENT in der „Revue d'Hygiene" veröffentlicht, geht hervor, daß die Oberfläche der Geldstücke gelegentlich eine große Zahl von Saprophyten und pathogenen Mikroben beherbergen kann, worunter sich am häufigsten Eitermikroben finden. Er hat aber auch nachgewiesen, daß diese Mikroben auf ihrem Standort ein sehr ephemeres Leben führen. Denn die Metalle spielen offenbar als Antiseptica eine große Rolle. Die Mikroorganismen werden umso sicherer und rascher zerstört, in je innigerem Contact sie mit dem Metalle und je höher die Temperatur ist (schon in wenigen Stunden bei einer Temperatur von 36°, wie sie in den Taschen unserer Kleider ist). Die antiseptische Kraft des Goldes ist gering, sehr merklich hingegen ist die der Bronze und besonders des Silbers.

(Statistik.) Vom 25. bis inclusive 31. August 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5354 Personen behandelt Hievon wurden 1103 entlassen; 124 sind gestorben (10·1% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 39, egyptischer Augenentzündung 7, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 12, Scharlach 49, Masern 44, Keuchhusten 81, Wundrothlauf 25, Wochenbettfieber 4, Parot. epid. 4, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 560 Personen gestorben (— 86 gegen die Vorwoche).

(Todesfall.) Gestorben ist in Wien der Sanitätsreferent der österr. Nordwestbahn, Dr. JOSEF WILHELM, im 65. Lebensjahre.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unsrer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse"** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik":** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Therapie der Gegenwart":** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

ANZEIGEN.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Jüngerer Arzt
sucht für die Zeit von October bis Mai
Vertretung oder Anstellung.
Anträge unter Chiffre ***„Kurarzt A.“*** werden zur Weiterbeförderung an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, bis 20. September erbeten. 53

Gemeindearzt für Wulzeshofen (Gerichtsbezirk Laa a. d. Thaya, Post Pernhofen). Jahresgehalt 400 fl. und sehr schöne freie Wohnung. Gesuche bis 1. October an den Gemeindevorstand.

Districtsarzt für den Sanitätsdistrict Zeranowiz-Holleschau (Mähren). Gehalt 300 fl., Reisepauschale 150 fl. Gesuche bis 1. October an den Delegirten-Obmann Franz Sobek in Zohlanitz.

Districtsarzt für Schatzlar (Böhmen). Gehalt 450 fl., Reisepauschale 60 fl. Außerdem stehen dem Districtsarzte Pauschalbezüge bis 1500 fl. und eine nicht unbedeutende Privatpraxis in Aussicht. Gesuche bis 15. October an den Bezirksausschuß Schatzlar.

Districtsarzt für Magierów, Bezirk Rawa (Galizien). Gehalt 500 fl., Reisepauschale 300 fl. Haltung einer Hausapotheke nothwendig. Gesuche bis Mitte September an den Bezirksausschuß in Rawa.

Gemeindearzt für die Sanitätsgemeindegruppe Hausleithen (N.-Oe.). Gehalt 250 fl. von der Gemeinde und eine Jahressubvention von 300 fl. vom n.-ö. Landesausschusse. Gesuche bis 10. September an die Gemeindevorstehung Hausleithen.

Bergarzt für Abrudbanya. Gehalt ca. 900 fl. Gesuche bis 10. September an Herrn Képes Ferencz, Notar in Abrudbanya.

Aerzte für das Comitats-Krankenhaus Torontal: 1. Krankenhaus-Director, Gehalt 1500 fl.; 2. Oberarzt, Gehalt 1100 fl.; 3. Unterarzt, Gehalt 500 fl. Gesuche bis 20. September an die Vicegespanschaft Groß-Becskerek.

Gemeindearzt für Toszeg (Com. Pest-Pilis-Kiskun). Gehalt 600 fl. Gesuche bis 10. September an das Ob.-St.-A. Abony.

Gemeindearzt für Üllö (Com. Pest-Pilis-Kiskun). Gehalt 700 fl. Gesuche bis 25. September an das Ob.-St.-A. Monor.

Arzt für Facset (Com. Krasso Szörény). Gehalt 700 fl. Gesuche bis 30. September an die Vicegespanschaft Lugos.

Kreisarzt für Nemes-Ocsa (Com. Komorn). Gehalt 500 fl. Gesuche bis 14. September an das O.-St.-A. Komorn.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstrasse 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Nr. 37. Sonntag den 15. September 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in **Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der chirurg. Abtheilung des Prof. J. Hofmokl der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung.

Casuistische Mittheilungen.

Von **Dr. Rudolf Ullmann**, Abtheilungsassistent.

II. Ein Fall von sarcomatöser Degeneration eines Fibromyomes des Uterus.

(Laparotomie, Entfernung des Tumors sammt Uterus und Adnexen. Resection des Coecums sammt Wurmfortsatz und eines Theiles des Colon ascendens, sowie des Ileum; Heilung mit nachfolgender Recidive.)

J. S., 56 Jahre alt, Gastwirthsgattin aus Wien, wurde am 26. Januar 1895 auf die Abtheilung aufgenommen.

Die Anamnese ergab Folgendes: Patientin stammt angeblich aus einer gesunden Familie und will selbst bis vor 3 Monaten stets gesund gewesen sein. Sie habe zwar seit der letzten, vor 20 Jahren erfolgten Entbindung einen auffallend großen Bauch gehabt, derselbe habe im Laufe der Jahre noch weiter langsam zugenommen, jedoch sei sie dadurch in keiner Weise belästigt worden. Erst seit 3 Monaten änderte sich die Sache. Pat. magerte stark ab, während der Umfang des Bauches rascher zunahm. Es stellten sich vollkommene Appetitlosigkeit, häufige Uebligkeiten und Erbrechen schleimiger Massen ein. Im rechten Hypogastrium empfand die Kranke heftige Schmerzen, jedoch ohne bestimmten Charakter. Am Stuhlgange, der seit jeher sehr träge war, änderte sich nichts, hingegen trat ein sehr heftiger und hartnäckiger Harndrang auf.

Pat. hat drei normale Partus mit normalem Puerperium vor 32, 25 und 20 Jahren durchgemacht. Die Kinder leben und sind gesund. Die Menses waren stets regelmäßig und ohne Schmerzen, cessiren seit 10 Jahren. Stärkere Metrorrhagien bestanden angeblich nie.

Status praesens: Die Kranke ist groß, von mäßig kräftigem Knochenbau, abgemagert, mit sehr schlaffem Panniculus adiposus. Die Hautfarbe ist blaß, mit leicht subicterischem Colorit; die Temperatur normal; die peripheren Arterien etwas rigide; an den Füßen besteht leichtes Oedem.

Das Abdomen der Kranken ist sehr bedeutend, jedoch nicht gleichmäßig vergrößert. Zunächst findet sich in der Mitte desselben, entsprechend der Nabelgegend, eine flachrundliche, 23 Cm. im Durchmesser haltende und das umgebende Niveau etwa um 6 Cm. überragende Nabelhernie. Die bedeckende Haut ist narbig, braun pigmentirt und gleich dem mit ihr verwachsenen Bruchsacke sehr verdünnt, so daß die Contouren der einzelnen Darmschlingen deutlich sichtbar sind. Der Inhalt des Bruches besteht zum kleineren Theil aus Netz, zum größeren aus Darmschlingen, welche bei Bewegungen oder bei Druck deutlich gurren, und läßt sich bis auf einen kleinen, mit der Bruchsackwandung verwachsenen Theil reponiren. Dabei fühlt man deutlich die Bruchpforte als eine querovale Oeffnung mit einem Querdurchmesser von 9 und einem Längsdurchmesser von 6 Cm.

Zu beiden Seiten der Nabelhernie, und zwar rechts mehr die Ober-, links die Unterbauchgegend einnehmend, findet sich je eine rundliche, umfängliche, flache, jedoch ziemlich gut abgegrenzte Vorwölbung; eine dritte, jedoch bedeutend kleinere, sitzt in der rechten Unterbauchgegend. Die Haut über diesen Partien des Abdomens ist von normaler Beschaffenheit, schlaff und allenthalben in Falten abhebbar; die Venen erscheinen etwas erweitert. Der Umfang des Bauches, über der Mitte der Nabelhernie gemessen, beträgt 112 Cm.

Bei der Palpation des Abdomen zeigt sich, daß die beiden größeren Vorwölbungen durch zwei intraabdominal gelegene, etwa mannskopfgroße Geschwülste gebildet werden. Dieselben sind nicht druckempfindlich, ganz wenig verschieblich, haben eine glatte Oberfläche und eine größtentheils derbe, an einzelnen Stellen jedoch elastische, fast fluctuirende Consistenz. Nach der Peripherie zu lassen sich diese Geschwülste ziemlich gut umgreifen, und es reicht daselbst die rechte nach oben bis an den Rippenbogen, nach außen bis in die Lendengegend, die linke, welche, wie erwähnt, mehr nach abwärts und medianwärts gelegen ist, mit ihrer oberen Grenze nur bis etwa handbreit unter den Rippenbogen, mit ihrer äußeren bis in die Verlängerung der vorderen Axillarlinie.

Tastet man nun entlang dem Rande der linken Geschwulst nach abwärts, so findet man, daß diese nach unten und rechts hin in eine breite Resistenz übergeht, welche die Gegend unter der

Nabelhernie einnimmt und sich gegen die Symphyse zu mit einem ziemlich scharfen Rande begrenzt, der quer über die Medianlinie, etwa handbreit unter dem unteren Pole der Nabelhernie, von links nach rechts verläuft, um im rechten Hypogastrium in eine kleine, rundliche, pralle Geschwulst überzugehen, welche der bereits erwähnten kleinen Vorwölbung in der rechten Unterbauchgegend entspricht. Von diesem Ausläufer der linken Geschwulst ist der in der rechten Bauchhälfte gelegene große Tumor durch eine deutlich tastbare Furche getrennt. Oberhalb der Nabelhernie fühlt man keine Resistenz, und es gelingt nicht, einen Zusammenhang zwischen den oberen Hälften der beiden großen Geschwülste nachzuweisen.

Der Percussionsschall über den Tumoren ist durchaus leer, im Centrum, entsprechend der Nabelhernie, und an der Peripherie hingegen tympanitisch, und es besteht insbesondere eine Zone tympanitischen Schalles oben rechts zwischen Tumor- und Leberdämpfung, sowie unten zwischen Tumor und Symphyse. Eine freie Flüssigkeit im Abdomen ist nicht nachweisbar. Die Leber- und Milzdämpfung erscheint nicht verändert, das Zwerchfell nur wenig hinaufgedrängt.

Die Untersuchung per vaginam ergibt einen beträchtlichen Hochstand des Uterus, so daß man die Portio mit dem Finger gerade erreicht; die Scheide verengt sich allmälig conisch gegen dieselbe; im Fornix vaginae ist keine Resistenz und auch keine Geschwulst zu tasten. Eine Verlängerung des Uterus kann mit der Sonde nicht nachgewiesen werden. Die Prüfung eines Zusammenhanges zwischen Geschwulst und Uterus ergibt, da die Geschwulst nur wenig beweglich ist, kein positives Resultat.

Lungenbefund ist normal; Herzspitzenstoß liegt im 6. Intercostalraume, in der vorderen Axillarlinie; Herzdämpfung nach oben und rechts hin nicht verbreitert, über allen Ostien lautes systolisches Geräusch.

Harn ist leicht getrübt, enthält eine Spur Albumen, keinen Zucker.

Mit Rücksicht auf die äußere Configuration der Geschwulst, auf die stellenweise derbe, stellenweise fast fluctuirende Consistenz, weiters mit Rücksicht auf das angebliche Fehlen von Meno- und Metrorrhagien und endlich mit Rücksicht auf das Fehlen irgend welcher Erscheinungen, die zwingend auf ein malignes Neoplasma hingewiesen hätten, wurde die Diagnose auf ein Cystoma ovarii proliferans papillare? gestellt und der Pat. die Laparotomie angetragen.

Die Operation wurde am 30. Januar in Chloroformnarkose vorgenommen, dauerte 2 Stunden und verlief ohne irgend einen Zwischenfall.

Der Bauchschnitt beginnt an der rechten Seite der Nabelhernie, fast am Rippenbogen, zieht von da vertical nach abwärts bis in die Höhe der Spina anterior superior ossis ilei, biegt hier unter einem rechten Winkel um und geht, den rechten Musculus rectus quer durchtrennend, zur Medianlinie.

Nach Durchtrennung des Peritoneum ergießt sich aus der Bauchhöhle etwas hämorrhagisch gefärbte Flüssigkeit und es stellt sich im verticalen Schenkel der Wunde der vordere Pol einer elastischen, glattwandigen Geschwulst ein. Dieselbe wird, nachdem die Punction selbst mit dem dicksten Troicar Nichts zutage fördert, incidirt; als Inhalt findet man neben etwas hämorrhagisch gefärbter Flüssigkeit markig-weiche, blaßröthliche, papilläre Massen. Die Geschwulst, welche etwa mannskopfgroß ist, wird nun ohne weiters vorgezogen und wegen der starken Blutung an ihrer Basis durch eine provisorisch angelegte elastische Ligatur abgebunden und dann abgetragen. Hierauf wird der zweite größere Tumor, welcher, schief gelagert, das große Becken und den unteren Theil der linken Bauchhöhlenhälfte einnimmt, vorgewälzt, was trotz der Größe der Wunde nur schwer gelingt. Der breite Stiel dieser Geschwulst, welcher in's kleine Becken hineinzieht, wird mit einem elastischen Schlauch abgebunden und dann durchtrennt. Bei genauerer Inspection findet man nun, daß zugleich mit dem kleineren Tumor das Coecum mit dem Wurmfortsatze, ein Theil des Colon ascendens und des Ileum abgetragen worden war. Diese Darmstücke waren innig mit der hinteren Fläche der Geschwulst verwachsen, und es hatten durch den Zug derselben das Coecum und Colon ascendens ein freies Mesenterium erhalten, so daß nach Abtrennung der Geschwulst sammt Darm zwei freie Darmlumina vorlagen. Eine Erhaltung der genannten Darmstücke wäre wegen der ausgedehnten Verwachsung unmöglich gewesen.

Die beiden Darmlumina werden nun durch eine dreifache circuläre Darmnaht mit Seidenknopfnähten vereint, desgleichen die kleine Mesenterialwunde durch Seidenknopfnähte geschlossen.

Der Stiel der Geschwulst wird noch einmal mit einer Massenligatur umgeben, durch eine starke Lanzennadel im unteren Theil der Bauchwunde fixirt, an seiner Oberfläche durch Zuschneiden verkleinert und mit dem Paquelin verschorft. Endlich wird die Bauchwunde durch eine dreifache Etagennaht mit Seide geschlossen und ungefähr in ihrer Mitte ein Drainrohr in die Bauchhöhle eingeführt.

Weiterer Verlauf: Die ersten 9 Tage nach der Operation war die Temperatur normal, dann bestand durch 4 Tage, entsprechend dem Höhestadium der Stumpfeiterung, leichtes Fieber bis 39°.

Nach 3 Tagen wurde das Drainrohr entfernt. Der Stiel wurde bei dem, jeden 2. Tag stattfindenden Verbandwechsel mit Jodoformtannin (15%) bestreut; am 10. Januar theilweise Abkappung des vertrockneten Stieles, welcher an seiner Basis starke, demarkirende Eiterung zeigt; der Stielrest zieht sich tief in die Bauchhöhle ein. Am 16. Februar wurden die letzten nekrotischen Theile des Stieles entfernt; es blieb darnach ein 10 Cm. tief in die Bauchhöhle eingezogener, schmaler, granulirender Trichter zurück. Derselbe wurde jeden 4. Tag mit 10% Jodoformglycerin ausgegossen, an den übrigen Tagen durch Austupfen gereinigt. Er verkleinerte sich nur sehr langsam und producirte auffallend viel übelriechenden Eiter.

Fig. 1.

Die Pat. war nach der Operation sehr apathisch und erholte sich nur wenig. Der Appetit lag vollkommen darnieder. Erbrechen trat keines auf. In den ersten Tagen klagte die Kranke über Schmerzen im Bauche und heftigen Tenesmus vesicae. Der erste Stuhlgang wurde am 4. Tage durch ein Glycerinklysma erzielt, von da ab mußte regelmäßig ein Purgans gereicht werden.

Am 2. März wurde die Kranke aus der Anstalt in die häusliche Pflege entlassen. Sie geht im Zimmer herum, fühlt sich jedoch noch immer sehr schwach. Die Bauchwunde ist bis auf den Stieltrichter geschwunden; letzterer hat sich nur wenig verkleinert, secernirt noch ziemlich viel Eiter und die ihn auskleidenden Granulationen sind groß, blaßroth und derb geworden. In der Tiefe des Abdomen fühlt man in der Umgebung des Stieles eine nicht unbeträchtliche Resistenz.

Nach dem Berichte des behandelnden Arztes ging die Kranke 3 Wochen nach dem Verlassen des Spitales unter den Erscheinungen der localen Recidive und einer allgemeinen Cachexie zu Grunde.

Bei der von dem Prosector, Prof. PALTAUF, vorgenommenen Untersuchung der exstirpirten Geschwulstmasse ergab sich Folgendes: Der größere der beiden Tumoren, welcher

vornehmlich die große Beckenhöhle einnahm, geht von der hinteren Wand des Uterus aus. Der Uterus selbst ist stark elongirt und steigt fast senkrecht an der vorderen Fläche der Geschwulst und etwas nach rechts von deren Mitte gelegen hinauf. Von den Tubenecken aus kann man deutlich die über die vordere Fläche des Tumors ziehenden, verdickten und verlängerten Tuben bis zu den Ovarien verfolgen. Die Ovarien sind etwas vergrößert, das rechte bis apfelgroß, und cystisch degenerirt. (Diese Verhältnisse werden durch die beigegebene Zeichnung [Fig. 1], welche eine Frontalansicht der Geschwulst von vorne darstellt und das Uteruscavum eröffnet zeigt, deutlich zur Anschauung gebracht.) Der kleinere Tumor, der an seiner hinteren Fläche mit dem Darme verwachsen war, sitzt dem großen mittelst eines breiten Stieles auf und lag in dem durch sein Wachsthum vollständig entfalteten rechten Ligamentum latum.

Auf dem Durchschnitte [Figur 2] erscheint der große Tumor aus zahlreichen, innig mit einander verbundenen Knollen zusammengesetzt, welche alle eine deutliche, faserige Structur zeigen; er besitzt den Bau eines Myofibromes. An seiner Grenze erkennt man noch eine Schichte normalen Uterusgewebes, in welches er eingebettet ist. In der Mitte des Tumors finden sich große, weite, dünnwandige Gefäße und medianwärts davon erscheint die Substanz stark aufgelockert und leichter zerreißlich. Auch in der Wand des Uterus selbst liegen mehrere bis taubeneigroße, an der Oberfläche höckerig vorspringende Knoten, welche theils eine weiße Farbe und eine derbe, faserige Structur haben, theils mehr markig weich und grauröthlich gefärbt sind. Aus solchem grauröthlichen, markig weichen Gewebe ist auch der zweite, im Ligamentum latum gelegene Tumor gebildet. Die Oberfläche desselben ist vorzugsweise glatt, nur an der hinteren Peripherie erscheint sie in größerer Ausdehnung uneben, fast papillär, grauröthlich gefärbt und blutreich; hier liegt die Neubildungsmasse nackt zutage. Dieser Tumor zeigt im Gegensatze zu dem anderen einen deutlich sarcomatösen Bau.

Fig. 2.

Dem entspricht auch der **mikroskopische Befund**. In den Schnitten von Theilen des in der Uteruswand gelegenen Tumors, sowie einzelner der in dem ihm umgebenden Uterusparenchym gelegenen kleineren Knoten finden sich große, spindelförmige Zellen von Gestalt und Anordnung der Zellen eines Spindelzellensarkomes, stellenweise durchkreuzt von Zügen glatter Muskelfasern. Bei genauerem Absuchen des Präparates stößt man auf Partien, wo die Zellen sich in der Größe des Kernes schon sehr den Sarcomzellen nähern, aber noch immer eine längliche Gestalt und relativ viel Protoplasma besitzen; Zellen, welche vielleicht als Uebergangsformen angesprochen werden können. Andere Partien des großen Tumors erweisen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als reines Myom. In den Schnitten des isolirten, im Ligament gelegenen Tumors, sowie jener Theile der Uterusgeschwulst, welche unmittelbar unter dem Peritoneum liegen, finden sich noch hie und da kleine Spindelzellen, zum größten Theil jedoch runde Zellen, wie sie für das medullare Sarcom bezeichnend sind.

Nach der Ansicht Prof. Paltauf's bestand ursprünglich ein von der hinteren Wand des Uterus ausgehendes Myom, dasselbe degenerirte dann zu einem Spindelzellensarkom, und die Metastasen, die dieses setzte (einzelne Knoten im Uterusparenchym und die große Geschwulst im Ligamentum latum), sind bereits Rundzellensarcome.

Ein Fall
von
Exfoliation der Cochlea, des Vestibulum und des Canalis semicircularis.

Mitgetheilt von **Dr. M. A. Goldstein** in St. Louis (Un. St.).

Berichte von Fällen von Exfoliation des Labyrinthes haben immer in der Geschichte der Ohrenheilkunde mehr denn vorübergehendes Interesse erregt, sei es wegen der Seltenheit ihres Vorkommens, der Wichtigkeit der Feststellung der Diagnose oder sei es wegen der Wichtigkeit der so mannigfaltigen klinischen Erscheinungen, die im Verlaufe eines so ausgedehnten nekrotischen Processes in dem zarten Bau des Os temporalis zu beobachten sind.

Caries und Exfoliation der Cochlea allein, als ein abgesonderter Sequester von dem übrigen Theile des Labyrinthes, ist verhältnißmäßig oft beobachtet und beschrieben worden. Von der betreffenden Literatur verdient ein umfassender Bericht von Bezold in München Erwähnung, der in einem im Jahre 1886 veröffentlichten Werke die umfassendste Statistik von Nekrosis des Labyrinthes zusammengestellt hat. Nach klinischer Beobachtung an 40 Fällen kommt er zu folgendem Schlusse:

Nekrosis des Labyrinths ist zweimal so häufig beim männlichen als beim weiblichen Geschlechte. Kinder unter 10 Jahren haben besondere Prädisposition zu dieser Krankheit (18 Fälle unter 43); die acuten Exantheme, besonders Scarlatina, spielen eine hervorragende Rolle im Hervorrufen der so langwierigen Otitis media, die so häufig auf's innere Ohr übergreift. Die Nekrosis erscheint gewöhnlich im Gefolge einer lang verzögerten eiterigen Otitis. Nur in 2 Fällen trat Nekrosis nach einer Otitis von 8monatlicher Dauer ein; in 21 von 4jähriger, in 8 von 20jähriger Dauer; nur ein Fall von primärer Nekrosis des Labyrinthes mit nachfolgender Otitis ist erwähnt. Die Exfoliation und Elimination des Sequesters erfolgte in 37 von 46 Fällen im Verlaufe der Krankheit; in 9 trat Exitus letalis vor der Elimination des Sequesters ein. Selten kommen größere Sequester, bestehend nicht nur aus der Cochlea, sondern auch aus dem Vorhofe, Canalis semicircularis und Pars acustica interna, vor. Beschrieben sind solche Fälle von: Wilde (Treatise on Diseases of the Ear, 1864, pag. 358); Shaw (Transactions of the Pathological Society, London, Vol. VII); Toinbee (Arch. f. Ohrenheilk., 1864, Bd. I); Agnew (Amer. Med. Times, Vol. VI, pag. 185, siehe Troeltsch, 1869, 2. am. Ed.); Voltolini (Monatsschr. für Ohrenheilk., 1870, Nr. 6); Pomeroy (Transact. Amer. Otol. Soc., 1872); Blake (Ibid., 1880, Vol. II, pag. 417); Pollak (Archives of Otology, 1881, Vol. X, pag. 361); Sexton (Ill. Quar. of Med. and Surg., N. Y., January 1882). In den zwei von Toinbee berichteten Fällen konnten die Sequester erst nach dem Tode entfernt werden. In den anderen Fällen, mit Ausnahme der von Pomeroy und Pollak, wurden die Sequester durch den Meatus auditorius ext. entfernt. In dem von Pomeroy erwähnten Falle wurde der große Sequester aus einer Fistel hinter der Ohrmuschel auf natürliche Weise ausgestoßen, während in Pollak's Fall die Nekrosis so weit vorgeschritten war, daß der Sequester, der größere Theil des Os temporalis, ohne Instrument, nur mit dem Finger entfernt werden konnte. Alle diese Fälle waren von ausgesprochener Gesichtslähmung, Störung des Ganges und Gleichgewichtes und vollständiger Taubheit auf der afficirten Seite begleitet.

Der im nachfolgenden Berichte geschilderte Fall dürfte nun sowohl in Anbetracht der Größe des Sequesters, der Schönheit und der vollständigen Erhaltung des pathologischen Präparates, als auch der zahlreich zu erwähnenden klinischen Erscheinungen neben den seltensten Fällen dieser Art Beachtung verdienen.

H. M., Negerknabe, $6^1/_2$ Jahre alt, geboren in Nashville, Tennessee, Amerika, eines von 4 gesunden Kindern, überstand die

Masern im Alter von 3 Jahren (December 1891) und genas vollständig, ohne irgend eine Ohrenentzündung. Ein Jahr später (November 1892) traten heftige Ohrenschmerzen für einige Tage ein, an die sich ein reichlich eitriger Ausfluß anschloß. Der Ausfluß, der 18 Monate anhielt, brachte den Pat. am 1. Mai 1894 an die Klinik des Missouris Medical College Dispensary, ohne daß Pat. nennenswerthe Schmerzen gehabt hätte. Nach einer Behandlung von 6 Wochen verschwand der Pat. aus den Augen des Arztes.

Am 17. Juni tauchte er in der Abtheilung für Ohrenkrankheiten der Missouri Medical Polyclinic wieder auf. Sein Allgemeinzustand und der eitrige Proceß war in ein ungünstigeres Stadium getreten. Der Ausfluß hatte aufgehört, der Grund dafür wurde darin gefunden, daß der ganze Meatus auditorius mit einer käsigen Substanz angefüllt war, die, wie sich herausstellte, aus getrocknetem Eiter und abgestoßenen Epithelien bestand; stark fötider Geruch war bemerkbar. Die Gegend hinter dem Ohre war auf Druck sehr empfindlich, die Ohrmuschel stand im rechten Winkel vom Kopfe ab; die Oberfläche der Haut war unregelmäßig gefärbt. Beträchtliche Fluctuation, besonders an einer umschriebenen Stelle an der Höhe des oberen Randes der Ohrenmuschel, war bemerkbar. Eine Incision wurde gemacht und ungefähr 45 Ccm. grüner, stinkender Eiter entleert. Eine beinahe vollständige Gesichtslähmung an der afficirten Seite war vorhanden. Eine Fistel, aus der ein kleines Stück Knochen kurz vorher ausgestoßen war, zeigte sich $1^1/_2$ Zoll nach hinten von der Insertionslinie der Ohrmuschel in einer Linie mit dem hinteren Rand des Ohrläppchens. Das war der Zustand des Pat., als er am 3. August in meine Behandlung kam.

Die Vorbereitungen für die Operation wurden für den 5. August getroffen. In Gegenwart der DDr. Lippmann, Wolfner, Mütze, Neville, Renner und Carroll wurde ein Einschnitt gemacht, der über die Oeffnung des Posterio-Auricular-Abscesses zu der oben erwähnten Fistel reichte. Die Blutung war stark und schwierig zu stillen; sobald dies geschehen, wurde der Schnitt bis auf den Knochen weiter geführt. Hier zeigte sich folgendes Bild: Das ganze Operationsfeld war eine Masse von zerfallenem Gewebe, das sich leichter mit einem Löffel als mit einer Curette hätte entfernen lassen. Nachdem dasselbe fortgeschafft war, sah man eine Fistel, die ab- und vorwärtsführend eine Länge von beinahe 4 Cm. und einen Durchmesser von $^1/_2$ Cm. hatte. Alles wurde mit einer 1‰ Sublimatlösung sorgfältig abgespült, ein etwas schwieriges Unternehmen in Anbetracht dessen, daß eine Verbindung des Ohres mit dem Nasopharynx durch die Offenlegung der Tuba Eustachii und Gefahr vorlag, daß Erstickung und andere Complicationen durch Eindringen der Flüssigkeit in den Pharynx eintreten würden, so lange der Pat. unter Chloroform war. Die Wunde wurde mit Jodoform bestreut, mit Sublimatgaze ausgefüllt und ein Verband angelegt. Nach einer Stunde konnte der Pat. nach Hause gehen.

Der erste Verband wurde am nächsten Tage entfernt. Ausfluß reichlich und stinkend. Die Wunde wurde mit 1‰ Sublimat ausgespült. Verbindung des hinteren Einschnittes mit dem Canalis audit. war frei und der Ablauf gut. Die Einspritzung des Sublimates verursachte dem Pat. keine Unannehmlichkeit, außer daß die Lösung sowohl in die Nase, als auch in den Pharynx gelangte. Der Vortheil einer solchen Bewässerung, bei welcher die Wunde, Nase und Pharynx zu gleicher Zeit gereinigt wird, ist selbstbeweisend. Schon am 2. Tage nach der Operation trat Besserung in der Gesichtslähmung ein. Der Pat. war im Stande, sein Auge besser zu schließen als zuvor. Durch 3 Monate wurde der Verband täglich erneut, ohne daß eine große Veränderung der kranken Stelle oder im Allgemeinbefinden bemerkt werden konnte. Im Verlaufe dieser ganzen Zeit war kein Zeichen von Schmerz, Vertigo, Nausea oder Erbrechen, noch höheres Fieber vorhanden.

Anfangs November war eine Aenderung im Allgemeinbefinden des Pat. zu bemerken. Er war unruhig, empfindlich und klagte über Schläfrigkeit und Mattigkeit.

Nachfolgende Anmerkungen geben die interessanteren Vorgänge in der Entwicklung des Falles wieder:

5. November. Es zeigte sich ein Stück nekrotischen Knochens von schwarzer Farbe und rauher Oberfläche, vorspringend von der vorderen Seitenwand der Fistel. Ausfluß stark und stinkend.

6. November. Ausfluß in 24 Stunden ungefähr 15 Ccm. grüner, stinkender Eiter.

7. November. Die nekrotische Masse zeigt sich näher der Fistelmündung. Bei Berührung erweist sie sich als beweglich. Der Kopf des Pat. wurde fest gehalten und der ganze Sequester mit einer Pincette durch die Fistelöffnung entfernt. Blutung trat nicht ein, und der Pat. klagte nicht über Schmerzempfindung. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze tamponirt, der äußere Gehörgang gereinigt und getrocknet. Dann wurden Hörversuche angestellt, die an späterer Stelle Erwähnung finden.

8. November. Der Ausfluß verringerte sich bis auf ein Drittel und kam nur aus dem äußeren Gehörgang. Die Fistel, woraus der Sequester entfernt worden war, war rein, der Tampon fast trocken. Ueberall in der Fistel zeigte sich gesunde Granulation. Der Gestank war verschwunden. Die Irrigation bestand aus Sublimat 1 : 2000 und 2% Carbolsäurelösung. Gleichgewichtsprüfungen wurden angestellt. Erfolge später.

9. November. Ausfluß geruchlos, allgemeines Befinden besser.

11. November. Pat. ißt und schläft gut, klagt über nichts. Wahrnehmbare Abnahme des Ausflusses.

12. November. Bei erneuerter Untersuchung zeigte sich ein flacher, länglicher Sequester in der Tiefe der Fistel. Sequester ohne Schmerzen entfernt. In der Tiefe des Wundcanals ist eine pulsirende oder zitternde klare Flüssigkeit sichtbar, anscheinend Schleim der offengelegten Tuba Eustachii.

13. November. Nur noch Spuren von Eiter im äußeren Gehörgange; Entfernung kleiner, weicher nekrotischer Knochen aus der Tiefe desselben.

14. November. Bei Spiegelbeleuchtung zeigte sich die Anwesenheit eines Sequesters an der hinteren Fistelwand. Auch dieser wurde mit Pincette entfernt.

15. November. Ausfluß sehr gering. Ein anderer Sequester war von der oberen Wand der Fistel herausgehoben. Ueberall gesunde Granulation in der Tiefe. Pat. hat trockenen Husten mit Auswurf.

16. November. Ausfluß hat beinahe aufgehört, kein Eiter, nur seröse Flüssigkeit. Die reichliche Granulation füllt die Fistel fast vollständig aus.

20. November. Wieder schwacher Ausfluß von Eiter; nahe dem inneren Ende des Knochentheiles des Canal. audit. Ansammlung von Eiter und ausgestoßenem Epithel.

25. November. Eiter grün, dickflüssig, Husten stärker, Auswurf von schleimig-eitriger Beschaffenheit. Zahlreiche Tuberkelbacillen ließen sich im Sputum nachweisen.

1. December. Ein Sequester zeigte sich nahe der Oberfläche. Bei dem Versuche, ihn zu entfernen, verschob er sich durch die Unruhe des Pat. Freie Verbindung zwischen Fistel und Canal. audit. zeigte sich bei Anwendung einer Einspritzung.

11. December. Sequester zeigt sich wieder, aber jetzt im äußeren Gehörgang. Nach mehreren Versuchen gelingt es, ihn bei Wendung aus der hinter dem Ohre gelegenen Fistel zu entfernen. Der größere Durchmesser stand transversal zu der Längsaxe des äußeren Gehörgangs.

15. December. Kein Eiter. Wunde verhältnißmäßig trocken. Wunde ausgespült und mit Jodoform bestäubt; sehr dünner Tampon eingelegt.

19. December. Wundcanal und äußerer Gehörgang trocken, Verband seit 4 Tagen trocken und nicht gefärbt.

5. Januar. Aussehen der Wunde unverändert. Patient lebhaft, geschwätzig und guter Laune, fühlt keine Unbequemlichkeit durch die Behandlung. Sein Körper stark abgemagert, Husten ist quälend, starker Auswurf. Resultat der Untersuchung von Dr. Herrmann: In der linken Lungenspitze tympanitischer Percussionsschall, feuchtes klingendes Rasseln. Ueber der ganzen rechten Lunge mittelgroß blasige und kleinblasige Rasselgeräusche mit geringer Dämpfung bei Percussion. Inspiration über der rechten Spitze verschärft, Exspirationsgeräusch verschärft und verlängert,

zahlreiches Knisterrasseln. Entwicklung der Krankheitserscheinung und Zustand des Pat. weist auf Tuberculose hin. Die Drüsen des Mesenteriums sind vergrößert und leicht durchzufühlen. Cervicale Drüsen vergrößert, meist rosenkranzförmig. Mikroskopische Untersuchung des Sputums erweist Tuberkelbacillen. Fieber am Abend, Nachtschweiß.

(Schluß folgt.)

Die reizbare Blase.

Von **Dr. Alexander Peyer** in Zürich.

(Fortsetzung.)

Die reizbare Blase beim männlichen Geschlechte bietet wegen der anatomischen Verhältnisse des Urogenitalsystemes gewisse Besonderheiten, wenn sie auch mit der Affection beim weiblichen Geschlecht Manches gemeinsam hat.

Eine ganze Anzahl Ursachen sind beim männlichen Geschlechte dieselben wie beim weiblichen, und wir erwähnen sie deshalb nur kurz.

Es kommen hier in Betracht:

1. Die üble Gewohnheit einzelner Individuen, jede leichte Mahnung des in der Blase sich ansammelnden Urins mit einer Entleerung zu beantworten.

2. Der künstliche Urindrang, den Manche sich schaffen, indem sie ungemein häufig pissen, nur um sich zu vergewissern, daß sie noch gut pissen können, d. h., daß sie noch keine Strictur haben. Auf diese Weise bewirken sie dann eine dauernde Verminderung der Blasencapacität, welche dann ihrerseits wieder ein häufigeres Urinbedürfniß hervorruft.

3. Nicht selten liegt der reizbaren Blase eine angeborene Schwäche der Urogenitalorgane zu Grunde, die sich in der Jugend als Bettpissen äußert. Solche Individuen bekommen später auf verhältnißmäßig geringe Schädlichkeiten, wie z. B. leichte Excesse in Venere (Coitus reservatus etc.) oder Excesse in Baccho (starkes Biertrinken und Rauchen etc.) häufigen Harndrang.

4. Reflectorisch wirkende Ursachen sind:

a) Erkrankungen der Niere und des Nierenbeckens;

b) Darmaffectionen; nach Oberländer sind gerade die hartnäckigsten Formen der reizbaren Blase oft bedingt durch verschiedene Mastdarmerkrankungen, und zwar speciell auch durch hämorrhoidale Congestion, Darmwürmer, chronische Obstipation etc.;

c) Allgemein erhöhte Reflexerregbarkeit, sei dieselbe angeboren oder erst erworben in Folge körperlicher und geistiger Ueberanstrengung etc. Nach Ultzmann (Neuropathien des männlichen Harn- und Geschlechts apparates) findet man den nervösen Harndrang nicht selten bei Personen, welche einen angestrengten Nachtdienst zu versehen haben, oder auch bei Individuen, welche nebst angestrengter geistiger Thätigkeit eine überaus verantwortliche Stellung einnehmen, so bei Cassieren, Secretären u. dgl.;

d) Ebenso sehen wir häufigen Urindrang auftreten bei plötzlichen Erschütterungen des Gesammtnervensystems, z. B. bei großem Schreck, Schmerz, Trauer; nach unerwarteten großen Verlusten an Hab und Gut, wie solche bei unglücklichen Börsenspeculanten zuweilen einzutreten pflegen;

e) Chronische Gehirn- und Rückenmarksleiden können zuweilen während sehr langer Zeit beinahe als einziges Prodromalsymptom Neurosen des Urogenitalsystems zeigen. Die unmittelbare Einwirkung des Central-Nervensystems auf den Harnapparat können wir schon bei Kindern beobachten, wenn dieselben aus Furcht vor der drohenden Strafe den Harn unwillkürlich in die Kleider abgehen lassen.

5. Weitaus das größte Contingent aber aller Fälle von reizbarer Blase liefern die localen Veränderungen der Schleimhaut der Urethra, besonders aber der Pars prostatica urethr. und des Blasenhalses.

Schon in der Einleitung haben wir bemerkt, daß die Schleimhaut des Blasenhalses der Sitz einer exquisiten Sensibilität sei, und daß von da der Impuls ausgehe, welcher die für den physiologischen Act der Harnentleerung nothwendigen coordinirten Bewegungen veranlaßt.

Der Blasenhals ist also weitaus der empfindlichste Theil der Blase, und es ist klar, daß Alles, was diesen Theil des Organs reizt oder stachelt, die Sensibilität desselben auf einen unnatürlichen Grad erhöht und die häufigen Harnentleerungen bewirkt, welche die „irritable bladder" auszeichnen.

Schon eine leichte, schnell vorübergehende vesiculäre Hyperämie des Blasenhalses — der sogenannte Biertripper — bewirkt stundenlang einen beinahe fortwährenden Urindrang. Derselbe Effect kann hervorgerufen werden durch eine einmalige, besonders heftige und langdauernde geschlechtliche Aufregung vor dem Coitus.

Ebenso bedingen ganz leichte, chronisch-entzündliche Reizungen, deren Existenz nur durch eine wiederholte, äußerst sorgfältige Untersuchung festzustellen ist, einen oft Jahre lang dauernden peinlichen Urindrang — die reizbare Blase.

Wie entsteht nun ein solcher chronisch-entzündlicher Reizzustand?

Die schädlichste Wirkung üben in dieser Beziehung die Onanie, der Coitus incompletus und die gonorrhoische Urethritis.

Durch die Masturbation werden oft schon in frühester Jugend, oder aber doch meist in der Entwicklungszeit in Folge Jahre langer und in einem unentwickelten und wenig resistenzfähigen Urogenitalapparat gesetzter Reize chronische Hyperämien und Reizzustände, ja selbst chronische Catarrhe der Urethra, besonders aber der Pars prostatica derselben und des Caput gallinaginis, geschaffen, welche eine allgemein erhöhte Reflexerregbarkeit — Neurasthenie — erzeugen; ähnlich wie dies bei Frauen durch Gebärmutterleiden geschieht.

Pflanzt sich ein solch chronisch-entzündlicher Zustand bis auf den Blasenhals fort, so haben wir die reizbare Blase; deshalb hat auch das alte Sprichwort „Castus raro mingit" mit verschiedenen Ausnahmen natürlich seine volle Berechtigung.

Ausdrücklich bemerken wir hier, daß die Affection des prostatischen Theiles der Harnröhre an und für sich noch keine reizbare Blase bedingt, sondern nur die Disposition dazu schafft; sei es nun, daß durch sie eine allgemein erhöhte Reflexerregbarkeit, Neurasthenie, bewirkt wird; sei es, daß sie jene Zustände hervorruft, bei welchen die geringsten, bei anderen Menschen indifferenten Ursachen, z. B. Genuß von Kaffee, Bier, Wein, kalten Speisen, Verdruß etc. einen krankhaften Urindrang bedingen.

Eine nicht kleine Zahl von Fällen von chronischer Entzündung der Pars prostat. urethr. haben wir beobachtet, wo keine irritable bladder existirte. Letztere — wir wiederholen es noch einmal — entsteht nur dann, wenn die genannte chronische Hyperämie oder der Catarrh sich auf den Blasenhals fortpflanzen, was eben sehr leicht geschehen kann. Die reizbare Blase beruht also in diesen Fällen nicht auf einer nervösen Affection, sie ist keine nervous bladder, sondern ihr pathologisch-anatomisches Substrat ist eine, wenn auch noch so geringfügige und schwer zu entdeckende Schleimhautaffection des Blasenhalses.

Die gleichen pathologisch-anatomischen Verhältnisse in der Pars prost. urethr. und im Blasenhals werden durch den Coitus incompletus oder reservatus geschaffen, wenn solcher sehr häufig prakticirt wird. Wir möchten diese Ursache in Bezug auf Häufigkeit unmittelbar nach der Onanie rangiren. Daß sie weniger oft schadet als letztere, liegt darin, daß sie nicht so nach Belieben häufig prakticirt werden kann wie diese, und ferner, daß das Urogenitalsystem sich gewöhnlich zu dieser Zeit in einem ausgebildeten, resistenzfähigeren Zustande befindet.

Die gonorrhoische Urethritis nimmt hier in Bezug auf Schädlichkeit erst den 3. Rang ein.

Ein Tripper mit normalem Verlaufe fängt an der Mündung der Harnröhre an und endet am Sphincter urethrae, dem willkürlichen Schlußapparat der Harnröhre. Es besteht derselbe aus Bündeln quergestreifter Muskelfasern, welche die ganze Pars membranacea urethrae röhrenförmig umschließen und sich im Leben in elastischer Spannung befinden. Wird der Tripper chronisch und überschreitet den Compressor, so wird gewöhnlich in erster Linie die Prostata in Mitleidenschaft gezogen, und so entstehen ebenfalls die oben beschriebenen Zustände.

6. Aber auch Entzündungen der Schleimhaut der Pars cavernosa der Harnröhre bewirken auf reflectorischem Wege häufigen Urindrang. Nach Prof. TH. WEBER sind es besonders in der Fossa navicularis localisirte Reizungen, die nicht selten Harnzwang bewirken. Auch bei Tripper besteht anfänglich, so lange die Entzündung auf die Fossa navicularis beschränkt ist, Harnzwang. Wir selbst haben Fälle beobachtet, wo beim Bougiren das Instrument innerhalb der Fossa navicularis sich befand und jedesmal sehr heftigen Harndrang verursachte. Aber auch einfache, glandulär infiltrative Formen der Urethr. anter. können reizbare Blasen hervorrufen.

7. Präputial-Affectionen werden ebenfalls als Ursache chronischer Harnblasenreizung angeführt. Wir selbst haben einen außerordentlich typischen und beweisenden Fall beobachtet, wo nach Operation einer Phimose die reizbare Blase sofort verschwand. Im Uebrigen dürften diese Fälle sehr selten sein.

8. Veränderungen des Urins selbst, sogenannter scharfer Urin, haben wir schon beim weiblichen Geschlecht als Ursache der Blasenreizung angeführt. Die Veränderungen des Urins können sehr verschiedener Natur sein. Schon einfache, ziemlich starke Concentration oder Verdünnung können häufigen Urindrang herbeiführen. Auch Ueberladung des Harns mit Uraten und einfach stark saurer Urin machen denselben Effect. Ebenso stark alkalischer Harn oder Ueberladung desselben mit Erdphosphaten (Phosphaturie).

9. Der Einfluß gewisser Getränke und Arzneimittel.

10. Einwirkungen der Temperatur. Wir sehen Fälle, wo Patienten auf einfaches Kaltfühlen am Körper sofort Urindrang bekommen, ebenso auf kalte Füße oder kalte Hände oder beim Eintauchen der Hände in kaltes Wasser. Sogar eine kalte Nasendouche bewirkte bei einem Collegen sofortigen unwiderstehlichen Urindrang.

Der unzweifelhafte Einfluß von gewissen Getränken und kalter Temperatur scheint aber trotzdem nur ein gelegentlicher zu sein. Es wirken diese Ursachen meist nur in prädisponirten Fällen, d. h. da, wo ganz leichte Hyperämien oder Reizungen des Blasenhalses existiren, welche aber bei günstigen diätetischen und äußeren Verhältnissen wenig Symptome verursachen.

11. Nach BLAKE WHITE sehen wir häufig bei Maschinisten der Locomotiven eine reizbare Blase. Die Ursache bilden die fortlaufenden, durch die Thätigkeit der Maschine mitgetheilten Vibrationen, welche durch den üblichen Sitz der Maschinisten noch verstärkt werden. Letztere sitzen nämlich gewöhnlich rittlings auf einem schmalen Sitz, welcher lediglich auf das Perineum drückt und die Erschütterungen von der Maschine auf den perinealen Theil der Urethra und den Blasenhals überträgt. Auf diese Weise kommt es bald zu einem Reizzustand des Sphincter, welcher sich in häufigem Harndrang äußert.

(Schluß folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

HEGAR (Freiburg i. B.): Diagnose der frühesten Schwangerschaftsperiode.

Der Verf. bespricht zunächst die wichtigsten Erscheinungen, welche bis jetzt zur Diagnose der frühesten Schwangerschaftszeit verwendet wurden („D. med. Woch.", 1895, Nr. 35).

Die an einzelnen Körperstellen auftretenden Pigmentirungen können wohl nur einen gewissen Verdacht wecken, obgleich sie bei Blondinen oft überaus scharf gegenüber dem sonst hellen Teint hervortreten. Der Vomitus matutinus muß schon höher taxirt werden. Magenkrankheiten, Nierenleiden, consensuell nervöse Reizungen, welche vorzugsweise von den Sexualorganen ausgehen, lassen sich meist ausschließen. Das Ausbleiben der Periode hat umso größeren Werth, je regelmäßiger diese vorher eingetreten war. Chlorose, Tuberculose, acute Krankheiten und ihre Folgen, Vergiftungen (Morphin) lassen sich hier oft leicht als Ursachen ausschließen; ebenso Wechsel des Wohnorts. Schwieriger ist dies mit den Gemüthsaffecten, da gerade die Furcht oder der Wunsch, schwanger zu sein, hier eine große Rolle spielen. Die blaue Färbung der Vulva, der Scheidenschleimhaut, der Portio vaginalis haben mit Recht eine ganz besondere Beachtung erfahren, doch sind hier mannigfache Ursachen zu berücksichtigen: Herzfehler, Lebercirrhose, comprimirende Geschwülste, endlich jene Erschlaffung und Atrophie der Gewebe, an welchen Chlorose, Anämie, Erschöpfung durch chronische oder acute Krankheiten, ein durch unpassende Kleidung, schwere körperliche Arbeit, anhaltend gesteigerter Druck die Schuld tragen; häufiger werden diese Zustände noch durch vorausgegangene Schwangerschaften herbeigeführt. Allerdings wird die venöse Hyperämie ungemein stark, wenn zu den genannten Zuständen Schwangerschaft hinzutritt. Bei Mehrschwangeren sehen wir daher die blaue Färbung im Allgemeinen viel intensiver ausgebildet, als bei Erstschwangeren. Bei letzteren bieten die Veränderungen des Scheidentheils noch wichtige Erkennungszeichen. Die Portio vaginalis verliert ihre ausgesprochen abgeplattete conische Form, der Muttermund erhält eine runde Gestalt und in ihm befindet sich ein grauweißer, fest anhaftender Schleimpfropf, welcher sich von dem normalen glasigen Secret des Cervicalcanals scharf unterscheidet. Bei Mehrgebärenden bieten Veränderungen an der Portio und des Secretes allerdings wenig Anhaltspunkte. Die diagnostisch werthvollsten Zeichen bietet der Uteruskörper. Sein Breitendurchmesser ist sehr bald vergrößert. Noch auffälliger aber ist die Zunahme des Sagittaldurchmessers. Während früher an der Vorderfläche des Organs der Hals gewöhnlich in einen mehr oder weniger flachen Bogen übergeht, springt dieses jetzt winkelig vom Hals ab und bietet eine bauchige Vorwölbung dar. Dies kann freilich auch durch pathologische Processe bedingt sein; allein zu dieser eigenthümlichen Form tritt noch die weich-elastische Consistenz, welche bei jenen Erkrankungen sonst nie beobachtet wird. Endlich gehört noch zu den Frühsymptomen der Schwangerschaft das Circulationsgeräusch, das aber auch noch durch verschiedene pathologische Processe, wie Fibrome, Tumoren des Eierstockes, veranlaßt sein kann.

Bei richtiger Verwerthung all dieser Zeichen gelingt es oft, die Schwangerschaft der ersten Monate mit Gewißheit oder wenigstens mit größter Wahrscheinlichkeit zu diagnosticiren. Freilich werden wir auch zuweilen, besonders bei Complicationen, im Stiche gelassen.

Zu diesen Frühsymptomen der Schwangerschaft fügt nun H. zwei weitere, welche die Diagnose der Schwangerschaft mit voller Sicherheit stellen lassen. Das eine nennt er die Compressibilität des Uteruskörpers. Der Nachweis derselben wird dadurch geliefert, daß bei dem ja gewöhnlich nach vorn gelagerten Uteruskörper der Zeigefinger der einen Hand in das vordere Scheidengewölbe eingeführt wird, während die Finger der anderen Hand über den Fundus hinüber gegen den unteren Theil der vorderen Wand vordringen. Die Finger suchen nun einander entgegenzukommen. Ist der Uterus retrovertirt, so geht der eine Finger in's hintere Scheidengewölbe, die andere Hand dringt zum unteren Theil der vorderen Wand. Auch vom Mastdarm aus gelingt der Nachweis,

wenn der Finger über den Sphincter tertius hinaufgeführt wird. Der mediale Theil des Uterus ist am meisten zusammendrückbar, während die Seitengegenden mehr Widerstand leisten. Zuweilen glaubt man eine nur kartenblattdicke Gewebsschichte zwischen den Fingern zu haben, ein andermal erscheint diese 4—5 Mm. dick. Sehr auffallend ist der Unterschied zwischen dem sich derb anzufühlenden Hals gegenüber dem oberhalb des Isthmus beginnenden nachgiebigen Gewebe, welches, wenn zusammengedrückt, sich in die Breite legt, wie ein entfalteter Fächer. Die Compressibilität läßt sich in größerem oder geringerem Grade selbst in der Mitte des Corpus uteri nachweisen. Die durch den Druck bedingte Raumverminderung muß durch Dehnung der Wand an anderen der Compression nicht ausgesetzten Stellen wieder ausgeglichen werden. Die Uteruswand kann daher nicht starr sein; sie kann sich aber auch nicht in einem hohen Grad der Spannung befinden, weil sie sonst größeren Widerstand leistete oder zerrisse.

Ein zweites von H. aufgefundenes Phänomen, welches für die Diagnose der Schwangerschaft von gleich großem Werthe sein dürfte, setzt dieselben physikalischen Bedingungen voraus und bestätigt das eben Gesagte. Wenn nämlich der im Scheidengewölbe befindliche Finger dem von den Bauchdecken aus herabgeführten Finger mit Druck auf den Uterus entgegengedrängt wird, gelingt es leicht, eine **künstliche Falte** aus der Uteruswand zu bilden. Diese Faltenbildung hat H. allerdings erst in etwas späterer Zeit, wenigstens noch nicht in den ersten 2 Monaten, nachzuweisen Gelegenheit gehabt.

Diese diagnostischen Hilfsmittel haben allerdings auch ihre **Schattenseiten**. Wenn die Experimente gewaltthätig und wiederholt angestellt werden, lauft man Gefahr, durch Riß der Eihäute oder Blutungen an der Eiperipherie eine **Fehlgeburt** herbeizuführen. Am ehesten ist Fehlgeburt zu erwarten bei Compression in der Mitte des Uteruskörpers. Nach H. gibt es wohl kein sichereres und weniger gefährliches Mittel zur Herbeiführung des künstlichen Aborts. Ein Mißbrauch zu verbrecherischer Abtreibung ist sehr nahe gelegt, da auch die Entdeckung und der Nachweis der dolosen Handlung nur schwer möglich ist.

Die neuen Zeichen sieht H. als äußerst zuverlässig an. Sie sind als sichere, in dem althergebrachten Sinne dieses Ausdrucks, zu bezeichnen, insoferne sie direct durch das Ei bedingt werden. Sie haben aber auch noch den Vorzug, daß die Zustände, welche etwas Aehnliches vorzutäuschen vermögen, wenig zahlreich und dabei leicht zu erkennen sind. Ba.

BEUMER und **PEIPER** (Greifswald): **Zur Vaccine-Immunität.**

Wenn auch die Schutzwirkung der Vaccine über allen Zweifel erhaben ist, so sind doch die bisherigen Forschungen über das eigentliche Wesen der Vaccine resultatlos geblieben. Auch die vom Standpunkt der Blutserumtheorie ausgehenden neueren Arbeiten haben keine positiven oder wenigstens widersprechenden Resultate geliefert. Auch die beiden Autoren suchten die Frage „Befinden sich im Blute geimpfter Kälber Schutzstoffe, die, auf andere übertragen, diesen Immunität verleihen?“ experimentell zu lösen („Berl. klin. Woch.“, 1895, Nr. 34). Die zu diesem Zwecke am Kalbe ausgeführten 5 Versuche haben nun gelehrt, daß im Blute, bezw. Blutserum geimpfter Kälber sich keine Schutzstoffe befinden, die, auf andere Kälber übertragen, diesen Immunität zu geben vermögen, oder es sind wenigstens diese Schutzstoffe in solch geringer Menge vorhanden, daß deren praktische Verwendung ausgeschlossen erscheint. s—s.

C. STEINMETZ: **Beitrag zur Behandlung inficirter Wunden mit feuchten Verbänden.**

In der bacteriologischen Abtheilung des Laboratoriums der medicinischen Klinik zu Straßburg hat ST. Thierversuche am Kaninchen, denen er in künstlich beigebrachte Schnittwunden Culturen von Staphylococcus pyogenes aureus einspritzte, angestellt, um die Wirkung der antiseptischen feuchten Verbände auf inficirte Wunden zu studiren. Was dabei wirken könnte, wäre einmal das Antisepticum und zum Anderen die feuchte Wärme. Das Ergebniß dieser Versuche („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, 41. Band, Heft 1—3) war ein recht ungünstiges; denn bei mehrtägiger Anwendung erwiesen sich solche Verbände deutlich schädlich, „indem Eiterungsprocesse, die, wenn man sie sich selbst überließ und nur vor einer Infection von außen schützte, die Neigung hatten, local zu bleiben, eine geringe Ausdehnung anzunehmen und auszuheilen, sich unter dem Einflusse der feuchten Wärme weiter ausbreiteten und einen schwereren Charakter annahmen (Nekrose)“. Auf gesunde Gewebe wirkt die feuchte Wärme nicht schädlich. Bei an und für sich **geringfügigen** Eiterungsprocessen kann der schädliche Einfluß des feuchten Verbandes kaum erkennbar sein, wenn man durch täglichen Verbandwechsel dafür Sorge trägt, daß keine Stagnation der Secrete unter dem Verbande eintritt.

Wenn ST. auf Grund dieser Versuche den feuchten Verband verwirft und die scheinbar günstige Wirkung desselben auf den dabei üblichen täglichen Verbandwechsel, der die Zurückhaltung der Secrete verhindert, zurückführen will, so bemerkt ihm Ref., daß er feuchte Verbände bei Panaritien und bei Phlegmonen 3 und 4 Tage liegen läßt und dennoch so günstige und niemals ausbleibende Erfolge dabei seit Jahren gehabt hat, daß theoretische Bedenken ihm nicht genügen können, das praktisch Erprobte und Bewährte aufzugeben. Da müssen wohl die Bedingungen intra vitam hominis andere sein, als beim Thierexperimente, und vor Allem wird es auf die Art des Verbandes ankommen! Ref. legt nicht, wie ST., auf die Wunde eine feuchte Gazecompresse und darüber Guttaperchapapier, sondern legt in die Wunde hinein einen feuchten Gazestreifen als Drainage, darüber die feuchte Gazecompresse, über diese feuchte Watte und erst über diese Guttaperchapapier, so daß durch die Drainage die Secrete in die aufsaugungsfähige Watte hineingeleitet werden; durch 2 oder 3 solcher Verbände ist aus dem schlimmsten Panaritium u. dgl. eine reine, frischrothe und granulirende Wundhöhle geworden, die nun unter trockener Wundbehandlung tadellos rasch und für den Pat. beschwerdelos heilt. R. L.

Mikroskopie und Chemie am Krankenbette. Von **Dr. Hermann Lenhartz**, Professor der Medicin und Krankenhausdirector in Hamburg. Zweite, vermehrte Aufl. Berlin 1895, Julius Springer.

Der vorliegende Leitfaden hat sich bereits in der ersten Auflage so viele Freunde erworben, daß die um mehr als zwei Bogen erneute, zweite Auflage kaum einer neuerlichen Einführung bedarf. Das Buch leistet Alles, was es verspricht; es ist den Studirenden und dem Arzte ein verläßlicher Rathgeber bei der Untersuchung der Secrete und Excrete und zeichnet sich dadurch aus, daß es überall die diagnostische Bedeutung der Untersuchung berücksichtigt. Freilich wird der eine oder der andere Arzt eine ihm liebgewordene Probe vermissen, so die HUPPERT'sche Gallenfarbstoffprobe, die WEBER'sche Blutfarbstoffprobe, die OBERMEYER'sche Indicanprobe u. A. Einige quantitative Bestimmungen, wie die der Harnsäure und des Harnstoffs, wären dem praktischen Arzte wohl sehr erwünscht und mögen in einer nächsten Auflage ihren Platz finden. Vielleicht wäre es auch möglich, den bacteriologischen Abschnitt durch Einfügung von Darstellungen der wichtigsten Reagensglasculturen und charakteristischen Wuchsformen auf der Platte zu ergänzen. W.

Experimentelle Untersuchungen mit der Pseudotuberculose, besonders am Auge. Von **Dr. J. Deyl**, Docent für Augenheilkunde in Prag. 1894. Académie des sciences de l'Empereur François Joseph I.

DEYL hat bei seinen Impfversuchen mit menschlicher Tuberculose auch Experimente mit der Pseudotuberculose zum Vergleich vorgenommen und ist zu folgenden Resultaten gekommen: Durch Einreiben der Bacillen der PFEIFFER'schen Pseudotuberculose in die Conjunctiva von Kaninchenaugen erzeugt man in 4—5 Tagen eine heftige Entzündung mit Bildung von Knötchen, die rasch in Geschwüre sich umwandeln und in 14 Tagen heilen. Die Thiere gehen nicht zu Grunde. Werden die Bacillen in die Vorderkammer gebracht, so entsteht rasch eine Entzündung mit Pseudomembranen und flockenförmigen Exsudaten und von hier eine Dissemination von Knötchen in die anderen Organe mit gewöhnlich letalem Ende der Thiere. Die Aehnlichkeit mit der wahren Tuberculose besteht

nur bei makroskopischer Besichtigung; bei mikroskopischer Untersuchung ist der Unterschied ganz auffallend, indem in den Knötchen statt epitheloiden und Riesenzellen nur Coagulationsnekrose gefunden wird. Klinisch charakteristisch ist die schnelle acute locale Wirkung mit eitrig-fibrinösen Ausscheidungen. KÖNIGSTEIN.

Die physikalische und medicamentöse Behandlung der Magen- und Darmerkrankungen. Von **Dr. Carl Wegele** in Königsborn (Westphalen). Jena 1895, Gustav Fischer.

Auf die vor 2 Jahren erschienene Schrift WEGELE's „Die diätetische Behandlung der Magen- und Darmerkrankungen" folgt nun gleichsam als zweiter Theil einer Therapie der Verdauungskrankheiten eine zusammenhängende Darstellung aller jener therapeutischen Maßnahmen, welche bei der Behandlung von Verdauungsstörungen neben der Diät in Betracht kommen. Der erste Abschnitt dieses Buches bespricht die allgemeine Therapie der Verdauungskrankheiten in ziemlich erschöpfender Weise, der zweite Theil führt die wichtigsten Erkrankungen des Verdauungstractes vor und stellt sowohl auf Grund der in der Literatur mitgetheilten Behandlungsresultate als auch auf Grund eigener Erfahrung die Therapie der einzelnen Verdauungskrankheiten dar. Das klar und dem praktischen Bedürfnisse entsprechend geschriebene Buch wird sich zweifelsohne rasch die Gunst der Aerzte erringen, deren Interessen auch die Einfügung einer Auswahl von Receptformeln entgegenkommt.

w.

Feuilleton.

Wachhallucinationen.

Ein paradoxer Kopf, der seinen Gedanken eine absonderliche Form zu geben pflegte, meinte, daß der Apfel vom Baume der Erkenntniß ohne Nutzen für die Menschheit gepflückt worden sei; die Menschen hätten nicht die Gabe der Erkenntniß, sondern nur die der Wahrnehmung übernommen. Und nun kommen englische Psychologen gar mit der Behauptung, daß bei jedem elften Menschen Trugwahrnehmungen auftreten. Sie empfehlen, bei der Verwerthung der Sinnesperceptionen sehr vorsichtig zu sein und unsere Wahrnehmungen nicht schlechthin als wahr hinzunehmen.

In jener Zeit, da man die geistig Alienirten als gottberührt mit einer gewissen ehrfurchtsvollen Scheu betrachtete, da konnten die Trugwahrnehmungen blühen, und gar manches Ereigniß von weitgehender Bedeutung ist auf eine Hallucination zurückzuführen. Drusus wurde von seinem Zuge über den Rhein durch eine riesenhafte Erscheinung abgehalten, und Attila unterließ den Angriff auf Rom, weil ihm die Erscheinung eines priesterlich gekleideten Greises gezückten Schwertes mit dem Tode drohte.

Es ist noch nicht lange her, daß man jeden Hallucinanten in die Reihe der psychisch Abnormen zählen wollte; man vergaß dabei, daß dann sehr bedeutende Männer, an deren geistiger Gesundheit wohl sonst nicht zu zweifeln wäre, auch als psychisch abnorm angesehen werden müßten. So hätte ein SOKRATES, der von einer inneren Stimme, dem Daimonion, Warnungen zu erhalten behauptete, das Recht verwirkt, unter die geistig Gesunden zu gehören, und ein Brutus, der Cäsar's Geist zu sehen glaubte, würde unnachsichtlich dem Irrenhause verfallen.

Es gibt gewiß Trugwahrnehmungen, welche noch in die physiologische Breite fallen, und es liegt gleichmäßig im Interesse der Psychologie wie in dem der Psychiatrie, daß man das Gebiet der physiologischen Trugwahrnehmungen von den pathologischen Sinnesperceptionen zu trennen versuche. Auf Anregung von GURNEY hat der Pariser internationale Congreß für Physiopsychologie im Jahre 1889 eine Umfrage nach Wachhallucinationen im gesunden Zustande veranlaßt, um die Ergebnisse der Umfrage in statistischer Weise zu verwerthen. Dank der Thätigkeit der „Society for Psychical Research" konnten bereits drei Jahre später, im Jahre 1892, am Londoner internationalen Congresse für Experimentalpsychologie umfassende Tabellen „über die Art und Häufigkeit des Auftretens von Hallucinationen bei gesunden Personen" vertheilt werden. Gleichzeitig mit der englischen Umfrage wurde eine ähnliche Sammelforschung in Amerika von W. JAMES, in Frankreich von L. MARILLIER und in Deutschland von der Münchener Section der „Gesellschaft für psychologische Forschung" eingeleitet.

Zum Zweck der Sammelforschung wurden Fragebogen ausgesendet, deren Hauptfrage lautete: „Haben Sie jemals bei guter Gesundheit und in vollkommen wachem Zustande die deutliche Empfindung gehabt, ein menschliches Wesen zu sehen oder von ihm berührt zu werden, eine Stimme zu hören oder ein Geräusch zu vernehmen, welches Sie die Anwesenheit von Menschen muthmaßen ließ, obgleich Niemand anwesend war?"

Auf diese Frage sind im Ganzen 27.329 Antworten eingelaufen, von denen 3271, also 12%, ein Ja brachten. Auf Grund dieses Materials hat EDMUND PARISH[1]) in einer von der Gesellschaft für psychologische Forschung herausgegebenen Schrift eine schöne monographische Bearbeitung der Trugwahrnehmungen geliefert, in welcher er mit Heranziehung zahlreicher Literaturangaben die Trugwahrnehmung als ein Phänomen der gestörten Association erklärt, welches an sich nicht krankhaft sei und in gleicher Weise bei Gesunden wie bei Kranken vorkommen könne.

Die englischen Tabellen unterscheiden unter den bei Gesunden vorkommenden Trugwahrnehmungen die Hallucinationen im Wachbewußtsein und die Hallucinationen im Grenzgebiete des Wachbewußtseins und des Schlafzustandes (borderland hallucinations). Es scheint aber, daß beide Arten von Hallucinationen zusammenfallen, da auch die im Wachbewußtsein auftretenden Trugwahrnehmungen eine gewisse Aenderung der gewohnten Geistesthätigkeit und das Vorhandensein auslösender Momente voraussetzen.

Wenn DICKENS sich von einem Theekessel schöne Geschichten und der berühmte VOLKMANN-LEANDER sich von französischen Caminen prächtige Märchen erzählen läßt, so ist es die Wirkung äußerer Reize, wie sie sich in classischer Weise in dem bekannten Bericht eines Kranken ausspricht: „Jeder einzelne Baum wird bei meiner Annäherung selbst bei stillem Wetter zu einigem Rauschen und Ertönenlassen von Worten und Redensarten gebracht. Die Wagen und Fuhrwerke knarren und ertönen auf ganz eigenthümliche Weise und liefern Erzählungen. Die Schweine grunzen Namen und Erzählungen, sowie Verwunderungsbezeugungen; die Hunde schimpfen und bellen Vorwürfe, Hähne und Hühner und selbst Gänse schnattern Namen und Bruchstücke von Referaten."

Sicherlich hängt eine große Zahl von Trugwahrnehmungen mit Affecten und Stimmungen zusammen. Der Wanderer sieht zur Nachtzeit im Walde jeden Baumstumpf für einen Wegelagerer an, und der junge Jäger hört in jedem Geräusche den Tritt des heranschleichenden Wildes. Die Hallucinationen des Kindes in Goethe's „Erlkönig" wird Jeder für krankhaft ansehen, aber wer wird daran zweifen, daß der Verliebte in Schiller's „Erwartung" geistig gesund ist, und doch hört er im Wehen des Windes das Klirren des Pförtchens, im leisen Rauschen der Wellen flüsternde Stimmen und im Niederfallen einer Frucht das Herannahen der Geliebten. Der Traurige und der Aengstliche, der Mißtrauische und der Zornige sehen andererseits in jeder Bewegung der Umgebung eine Verhöhnung, eine Drohung oder eine Beleidigung.

Von eigenthümlichem Interesse sind die Nachrichten, welche in der Literatur über die als „Krystallvisionen" auftretenden Wachhallucinationen niedergelegt sind. Man läßt, um die „Krystallvisionen" hervorzurufen, das Auge unverwandt auf einem glänzenden Körper, einem schwarz eingerahmten Brennglase oder einem Glase Wasser ruhen und sucht dabei alle Gedanken und jede Erwartungsspannung zu bannen. Bei vielen Leuten treten nun nach kurzer Zeit Trugwahrnehmungen bekannter Gesichter und bekannter Gegenstände auf, und es kann uns nicht Wunder nehmen, daß auf diese

[1]) EDMUND PARISH, Ueber die Trugwahrnehmung (Hallucination und Illusion) mit besonderer Berücksichtigung der internationalen Enquête über Wachhallucinationen bei Gesunden. Leipzig 1894, Ambros Abel.

Krystallvisionen bereits in den ältesten Zeiten Prophezeiungen gegründet wurden. LANE erzählt, daß diese Art der Wahrsagerei im heutigen Egypten gepflegt werde, und es ist bekannt, daß in ähnlicher Weise die ungarischen Zigeuner aus Gehörshallucinationen wahrsagen, indem sie in Muscheln der Stimme des Luftgeistes lauschen.

Die englische Gesellschaft „Society for Psychical Research“, welche sich um die Erforschung der psychischen Phänomene in eifriger Weise bemüht, hat neuerliche Versuche über diese Art von Hallucinationen veranlaßt und theilt mit, daß in Griechenland neben der eigentlichen Krystallomantik noch andere Arten zur Erzeugung der Visionen dienten. Zu Patrae senkte man im Tempel des Demeter einen Spiegel bis zur leisen Berührung der Wasserfläche einer heiligen Quelle herab und weissagte aus den an ihm beobachteten Visionen. An anderen Orten vertrat ein mit Wasser oder mit einer Mischung von Oel und Wein gefülltes Gefäß die Stelle des Krystalls, und hieher gehört auch der Becher Joseph's, aus dem er in Egypten trank und mit dem er weissagte. Auch im deutschen Märchen ist der Zauberspiegel eine oft wiederkehrende Erscheinung, und in der Mitte des 16. Jahrhunderts war der Engländer Dee durch seine Krystallprophezeiungen an Fürstenhöfen sehr berühmt.

Die Reproduction eines scheinbar entschwundenen Gesichtseindruckes wird durch folgendes, von den englischen Experimentatoren berichtetes Beispiel illustrirt: „Ich hatte aus Unaufmerksamkeit einen Brief vernichtet, ohne die Adresse meines Correspondenten aufzubewahren. Ich wußte zwar die Grafschaft und mit Hilfe der Karte gelang es mir, auch den Namen der Stadt wieder aufzufinden. Aber ich hatte keinen Anhaltspunkt für das Haus und die Straße, bis es mir einfiel, einmal zu probiren, ob ich mir mittelst des Krystalls wirklich etwas Entschwundenes in's Gedächtniß zurückrufen könne. Ein kurzes Hineinschauen lieferte mir „H . . . . . . house“ (das Wort vollständig, in grauen Buchstaben auf weißem Grund). Da ich nichts Besseres wußte, riskirte ich es, den Brief an die so eigenartig erlangte Adresse abzusenden. Nach Verlauf von 1 bis 2 Tagen erhielt ich die Antwort mit dem grauen Aufdruck, H . . . . . . house.“

Nicht selten beziehen sich die im Krystall auftretenden Trugwahrnehmungen auf die Krankheit oder den Tod von bekannten Personen. Der englische Experimentator führt eine derartige Beobachtung darauf zurück, daß er am vorhergegangenen Tage beim Lesen einer Zeitung gestört worden war, welche die betreffende Todesanzeige brachte; er glaubt, daß der Gesichtseindruck der Buchstaben stattgefunden habe, aber nicht appercipirt worden und als Hallucination wieder aufgetreten sei. Neben diesen Erinnerungsbildern wollen Einige unter den Krystallisationen auch „telepathische“ (wahrsagende) Hallucinationen finden, und die englische Sammelforschung über Wachhallucinationen bei Gesunden bringt unter 372 Berichten über Erscheinungen lebender Personen 67 Wahrnehmungen (18%), in denen die Erscheinung zeitlich mit dem Tode der in der Erscheinung erkannten Person zusammengefallen sei. Auch die Münchener Sammlung bringt unter 11 Fällen von Coïncidenz der Wahrnehmung mit einem wichtigen Ereignisse 5 Beobachtungen, in denen die Erscheinung mit dem Tode der gesehenen Personen coïncidirte. Aus derartigen Angaben, welche aus sehr intelligenten Kreisen herrühren, wird es klar, daß der Spiritismus in den höheren Classen festen Fuß fassen konnte. Es ist geradezu merkwürdig, daß die Bearbeiter der englischen Tabellen, welche sonst mit großer Kritik zu Werke gingen, in dieser Hinsicht diese Sorgfalt außer Acht ließen. Ganz abgesehen von der Möglichkeit eines Zufalles, ist es bei dem häufig zu beobachtenden Streben der Menschen, wichtige Ereignisse in enge Beziehung zu bringen, leicht zu erklären, daß das ungewohnte Auftreten einer Hallucination mit dem Tode einer nahestehenden Person verknüpft wurde.

Wenn irgendwo, so sind bei dem Affecte, der durch den Eintritt des Todes gesetzt wird, Erinnerungstäuschungen möglich, und es geht nicht an, auf Grund von Zahlen ein Gesetz aufstellen zu wollen, welches dem gesunden Menschenverstande Hohn spricht. Wenn auf Grund von eifriger Forschung etwa die Telepathie in die Psychologie Einzug halten sollte, dann wäre wohl Vernunft Unsinn und Wohlthat Plage geworden, und man hätte Grund, mit Faust zu klagen: „Wie mir dem Kopf nicht alle Hoffnung schwindet, der immerfort an schalem Zeuge klebt, mit gier'ger Hand nach Schätzen gräbt und froh ist, wenn er Regenwürmer findet!“

Fe.

Kleine Mittheilungen.

— Dr. A. NICOLAIER hat bereits gelegentlich einer früheren Mittheilung auf das **Urotropin** (Hexmethylentetramin, welches aus Formaldehyd und Ammoniak entsteht) aufmerksam gemacht, ein Mittel, welches in den Harn übergeht und diesem harnsäurelösende Wirkung verleiht. Nach den weiteren Versuchen, über welche N. in der „D. med. Woch.“ (1895, Nr. 34) berichtet, scheint nun dieses Mittel für die Behandlung der harnsauren Steine ganz besonders geeignet zu sein. Gibt man nämlich einem Erwachsenen, dessen Urin bei Bruttemperatur harnsaure Concremente selbst bei mehrtägiger Einwirkung nicht löst, genügend große Dosen dieses Mittels, so zeigt sich, daß dann in dem Urin bei 37° C. die Lösung der eingebrachten harnsauren Steine schon im Laufe der ersten 24 Stunden beginnt und allmälig bis zur Auflösung des Concrementes fortschreitet. Schon früher hatte N. gezeigt, daß Dosen bis zu 6 Grm. pro die von Erwachsenen ohne Nebenwirkungen gebraucht werden können, daß unter dem Einfluß des Mittels die Diurese sich vermehrt, Harnsäure, bezw. Uratsedimente, die vorher in reichlicher Menge aus dem Urin ausfielen, nicht mehr zur Ausscheidung kommen, und daß das Verschwinden dieser Sedimente nicht etwa nur Folge der vermehrten Diurese ist, sondern als Wirkung dieses Mittels auf die Harnsäure, bezw. auf ihre Salze gedeutet werden muß. Die weiteren Versuche haben nun noch ergeben, daß die Vermehrung der Diurese in manchen Fällen ausbleiben kann, und ferner, daß, obwohl Tagesdosen von 8 und auch 10 Grm. von Erwachsenen vertragen werden, doch bei Fortgebrauch so hoher Dosen gelegentlich unangenehme Nebenwirkungen (Gefühl von Brennen in der Blasengegend, vermehrter Harndrang, rothe Blutkörperchen im Urin) eintreten können. Bei Tagesdosen unter 2 Grm. wurde indeß selbst bei längerem Gebrauche niemals Derartiges beobachtet. Es wurde deshalb in letzter Zeit als Tagesdosis 1—1½ Grm. (auf einmal des Morgens in Wasser gelöst) verabreicht. Auch hier zeigte der Urin stets harnsäurelösende Eigenschaften. Die mit diesen Gaben bei Patienten, welche an Harnsteinen litten, angestellten Versuche haben bisher recht günstige Resultate ergeben. Die fernere Beobachtung, daß nach Anwendung des Urotropins der Harn bei 37° C. die Entwicklung von Mikroorganismen, wie der Bacterien der ammoniakalischen Harngährung und des Bacterium coli commune, zu hemmen vermag, legte den Gedanken nahe, das Mittel auch bei bacteriellen Erkrankungen der Harnwege zu verwerthen. In 2 Fällen von Cystitis, bei welchen der Harn stark ammoniakalisch war, wurde in der That das Mittel rasch wirksam gefunden. Es ergab sich, daß das Urotropin die ammoniakalische Harngährung in der Blase hintanhalten, und daß diese Wirkung schon bei kleinen Tagesdosen (0·5—1·5 Grm.) eintreten kann. N. glaubt, daß die Anwendung des Urotropins bei den erwähnten Krankheiten einen nicht unwesentlichen Fortschritt in ihrer Behandlung bedeutet.

— **Die hypnotische Wirkung der Chloralose** hat Doctor L. HASKOVEC, Assistent der psychiatrischen Klinik in Prag, in 82 Fällen geprüft („Berl. klin Woch.“, 1895, Nr. 33). In Dosen von 0·2—0·4 Grm. wirkt das Mittel bei Nerven- und Geisteskrankheiten als Sedativum, in Dosen von 0·5—1·0 Grm. als Hypnoticum. Es wirkt auf die Centren des Gehirns und nicht auf die Medulla und das Rückenmark. Der Schlaf tritt ½—1 Stunde nach der Einnahme des Mittels ein und dauert 3—7 Stunden je nach der Größe der Dosis, nach der Erkrankung und dem Alter der Pat.; es ist nothwendig, immer mit kleinen Dosen 0·2—0·4 Grm. zu beginnen. Die Anwendung der Chloralose als Hypnoticum ist zu empfehlen bei Maniakalischen, besonders bei jugendlichen Pat., dann bei Epileptikern und Alkoholisten. Bei alten Leuten und bei Pat. mit einer organischen Gehirnkrankheit empfiehlt sich die Anwendung des Mittels nicht, denn es kommt bei diesen Pat. nach einmaliger

großer oder wiederholter kleiner Dosis (Accumulation) zu Vergiftungserscheinungen; es treten während des Schlafes oder beim Erwachen Convulsionen ein, die sich auf einzelne Muskelgruppen beschränken oder auf den ganzen Körper sich ausbreiten können. In einigen Fällen waren die Convulsionen sogar so stark, daß unfreiwillige Urinentleerung und Defäcation eintrat; in einem Fall wurde verstärkte Speichelsecretion bemerkt. Die Respiration wird durch Chloralose nicht beeinflußt; der Puls wird 4 Stunden nach der Einnahme des Mittels gespannter und um 4—6 Schläge in der Minute beschleunigt; auch die Temperatur steigt um 0·2°. Bei einem Pat. mit Mitralisinsufficienz und Stenose hatte die Chloralose jedoch keine ungünstige Wirkung. Der Urin zeigte nie eine Veränderung. Die Pat. gewöhnen sich an das Mittel, es tritt auch Accumulation ein, in der Weise, daß in Fällen, wo zur Erzielung von Schlaf zuerst 0·8 Grm. nöthig war, später 0·1—0·5 Grm. genügte. Der Vorlauf der Krankheit wird durch Chloralose nicht beeinflußt. Das Mittel wird zweckmäßig nicht in Form von Pulvern verabreicht, da es dann nicht so schnell wirkt und der Schlaf nicht so lange anhält, sondern man gibt es in folgender Form:

Rp. Chloralose	0·2—0·8
Cumarini	0·01
Saccharini	0·2
Aq. dest. fervidae	100·0

In dieser Form ist der unangenehme Geschmack der Chloralose gut verdeckt. Ueber 1 Grm. soll nicht gegeben werden.

— Remy in Nancy empfiehlt **Ammonium succinicum bei krampfartiger Wehenthätigkeit während der Geburt** („Arch. de Tocologie" und „Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 35). Die Anwendung des bernsteinsauren Ammoniaks empfiehlt sich sowohl bei allgemeinen schmerzhaften Krampfwehen, als auch bei partiellen, z. B. spastischen Contractionen des inneren Muttermundes. In einem Falle von Contraction des inneren Muttermundes während der Nachgeburtsperiode mit Incarceration der Placenta sah R. die Lösung des Krampfes in kürzester Zeit nach Einverleibung zweier Dosen zu Stande kommen. Die Darreichung geschieht in einer Lösung von 1·0 Ammonium succinicum auf 140 Wasser, wovon in viertelstündigen Pausen je 1 Eßlöffel bis zur Beseitigung der krampfhaften Contractionen gegeben wird.

— Von mehreren Autoren wurde bereits über die günstige Wirkung der subcutanen Pilocarpininjectionen bei Nephritis berichtet. Da dieselben aber nicht ganz gefahrlos sind und da seitens französischer Autoren die externe Application von Arzneimitteln, besonders Alkaloiden, immer mehr Verwendung findet, empfiehlt H. Mollière („Lyon méd.", 1895, Nr. 15) die **externe Application von Pilocarpin zur Behandlung der Nephritis.** Zu diesem Zwecke wird der ganze Rumpf des Kranken mit folgender Salbe eingerieben.

Rp. Pilocarpin. nitr.	0·05—0·1
Vaselini	100·0
S. Salbe.	

Darüber wird eine Schichte Watte und Wachsleinwand gelegt und das Ganze mit einer Binde befestigt. Der Verband wird am nächsten Tage in gleicher Weise erneuert. Mit diesem Verfahren hat M. 50 Fälle von Nephritis behandelt, und zwar mit dem Erfolge, daß das subjective Befinden der Kranken durch diese Einpackungen ausnahmslos gebessert, bestehende Dyspnoe gemildert wurde, daß in den meisten Fällen reichliche Diaphorese, aber keine Salivation, ferner eine erhebliche Steigerung der Diurese eintrat, und daß endlich der Eiweißgehalt des Urins sank und bei acuten Nephritiden rasch verschwand. Um einen Effect zu erzielen, d. h. um bestehende Oedeme und andere schwere Symptome zum Schwinden zu bringen, bedarf es in manchen Fällen nur einer 2—3tägigen, in anderen jedoch einer 10—15tägigen Anwendung des Verfahrens. Die besten Resultate wurden bei den acuten Fällen erreicht, doch leistet das Verfahren auch bei den chronischen Formen gute Dienste. Contraindicirt ist das Verfahren bei Urämie.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

II. Internationaler Congreß für Thalassotherapie.

Gehalten zu Ostende, 27.—31. August 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Calot (Berck-sur-Mer): Die Prognose der Coxitis und des Malum Potti in Berck-sur-Mer.

Vortr. hat im Verlaufe der letzten 2 Jahre 207 Spitalsfälle von Coxitis behandelt, darunter 93 suppurative Formen. Diese beträchtliche Zahl von suppurativen Fällen erklärt sich dadurch, daß in die Spitäler von Berck nur Zahlende aufgenommen werden, und daß aus diesem Grunde nur solche Fälle in's Krankenhaus geschickt werden, welche nicht mehr in häuslicher Pflege bleiben können. Trotz dieser ungünstigen Bedingungen starben nur 5 = 2·9%, während Lannelongue in Paris eine Mortalität von 20% beobachtet. Für das Pott'sche Uebel ist das Verhältniß ungefähr das gleiche: 25% Mortalität in Paris nach Bergeron, 3 Todesfälle von 140 in Berck. Von 107 Fällen von Tumor albus des Knies sind sämmtliche geheilt. Die 93 Fälle von vereiterter Coxitis erforderten 5mal die Resection und fast alle sind mit gutem functionellen Resultat ausgeheilt. Beim Malum Potti kann man die Gibbusbildung wenn nicht corrigiren, so doch in ihrer Entwicklung entschieden aufhalten. Alle diese bemerkenswerthen Resultate lassen sich nur durch das Zusammenwirken der Behandlung an der See, eines weisen, nicht zu zaghaften, aber auch nicht zu kühnen chirurgischen Vorgehens und einer absoluten Antisepsis erreichen. Denn in der Zeit, da die Spitalsleitung in Berck in den Händen eines Internisten war, war die Mortalitätsziffer bei Coxitis und Malum Potti eine viel höhere, nämlich 15%. Der strengen Antisepsis ist wohl auch der Umstand zu danken, daß in den letzten 2 Jahren unter 500 Fällen von offener Tuberculose kein einziger Fall von Visceraltuberculose vorkam. Zusammenfassend bemerkt C., daß die Prognose dieser beiden Uebel, der eitrigen Coxitis und des Malum Potti, gründlich modificirt wird für jene Kinder, welche an die Meeresküste geschickt werden, nachdem eine sachgemäße chirurgische Behandlung daselbst unter 100 Fällen 98 Heilungen erzielt.

Discussion.

Felizet möchte bei den coxofemoralen Tuberculosen ein größeres Gewicht auf die frühzeitige chirurgische Behandlung legen; die Statistiken sprechen für dieselbe.

Calot weist auf die Nachtheile hin, welche aus der Operation in der Periode des Wachsthums resultiren: Hinken, Verkürzungen, Störungen in der Statik des Körpers.

Casse verhält sich den Resectionen gegenüber gleichfalls reservirt. Doch soll die Resection ausgeführt werden bei Tuberculose des Acetabulums, deren Diagnose durch die Rectaluntersuchung gestellt werden kann, und bei Osteomyelitis des Caput und Collum femoris. Die der Resection folgenden Difformitäten sind nicht so schwer, wenn man nach der Operation für eine vollständige Extension mit Abduction und Rotation nach außen sorgt.

Déchamps behandelt alle seine Coxitiden mit Resection und erzielt eine Mortalität von nur 2%.

Felix (Brüssel): Die therapeutische Verwerthbarkeit des gewärmten Meerwassers.

Gewärmtes Meerwasser kann die besten therapeutischen Dienste leisten bei schwächlichen Kindern und bei anämischen, nervösen Personen, bei welchen die Kaltwasserbehandlung contraindicirt oder schädlich ist. Das warme Meerwasser gibt ferner gute Erfolge bei latenter Tuberculose im ersten Stadium, bei chronischen Affectionen, wie Scrophulose, Polyadenitis, Arthritis deformans in analoger Weise wie bei Schwächlichen und Neurasthenikern. Endlich erweisen sich warme Seebäder (34—38°) nützlich bei Fettsucht und den damit zusammenhängenden Herzaffectionen.

Max (Brüssel): Rachitis und Seecur.

Die Seecur erweist sich als die beste präventive Behandlung der Rachitis. Vor Allem gelingt eine rationelle Ernährung der bedrohten Kinder an der Meeresküste leichter als in den großen Populationscentren. Ferners lehrt die Erfahrung, daß die Ver-

krümmungen der Knochen zurückgeben, wenn man die Kinder früh genug an die Meeresküste bringt.

CASSE (Middelkerke): **Die Lungenphthise an der Meeresküste.**

Nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens kommen bei der Behandlung der Lungentuberculose 3 Punkte in Betracht:

1. Den Kranken der Infection zu entziehen;
2. soweit es in unserer Macht steht, den Erscheinungen der Tuberculose palliativ zu begegnen;
3. den Culturboden umzustimmen.

Was den ersten Punkt betrifft, ist es wichtig, daß der Kranke die Stadt, wo stets Gelegenheit zur Mikrobenanhäufung gegeben ist, verläßt. An der Küste ist die Luft rein von Mikroben und die Möglichkeit einer neuerlichen Infection sehr schwierig, da nachgewiesenermaßen an der Küste, speciell an der belgischen Küste, Tuberculose nur höchst selten vorkommt. Zur palliativen Behandlung der Erscheinungen der Tuberculose kann man sich an der Küste ebenso der gebräuchlichen Mittel (Creosot, Eisen, Arsen, Opiate) bedienen wie anderwärts. Gewisse Fälle befinden sich allerdings nicht wohl an der Meeresküste; es sind dies kachektische und fiebernde Phthisiker. Hingegen bildet die Hämoptoe keine Contraindication. Wenigstens hat C. keinen Fall gesehen, in welchem die Hämoptoe am Meere begonnen hätte. Wenn man als Nachtheile des Aufenthaltes am Meere die Stürme und das Sandwehen angeführt habe, so könne der Kranke leicht dagegen geschützt werden, ohne das Athmen in freier Luft entbehren zu müssen; übrigens kommen diese Factoren kaum in Betracht gegenüber den Vortheilen der Seecur: Reinheit, Dichte, Temperatur der Luft, Leichtigkeit der Ventilation, günstige hygienische Bedingungen, welche das Individuum im Allgemeinen anregen, Circulation und Stoffwechsel erhöhen, die allgemeine Ernährung erleichtern, die Resistenz gegen schädliche Einflüsse stärken und endlich eine Umstimmung des Organismus bewirken, welche für die Mikroorganismen durch Aenderung des Nährbodens ungünstigere Lebensbedingungen schafft. Wenn auch der Werth klimatischer Curorte anerkannt werden muß, so eignet sich doch vor Allem der Aufenthalt an der See für die von Tuberculose Bedrohten, besonders für Kinder.

Discussion.

Friedrich (Dresden) bemerkt, daß sowie für die belgische Küste, auch für die deutsche und holländische Nordseeküste die Seltenheit der Tuberculose statistisch festgestellt sei. Dasselbe gelte von Helgoland. Hämoptyse bilde in der That keine Contraindication.

Houzel (Boulogne-sur-Mer) bemerkt, daß man die besten Resultate des Aufenthaltes am Meere bei den chronischen Formen der Tuberculose zu erwarten habe, während sich die übrigen Formen weniger eignen. Z.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XVI.

SCHLEICH (Berlin): **Der Siedepunkt der Narcotica und die Körpertemperatur.**

In der Ueberzeugung, daß man in der Narkosenfrage nicht auf dem Wege des Chemismus (reinere Darstellung, neue Mittel), sondern viel eher durch Beobachtung der Physik der Narkose weiter kommt, hat Redner zunächst die Frage der schnellsten Ausscheidung eines eingeathmeten Narcoticums studirt und dabei gefunden, daß eine narkotische Substanz um so schneller allein durch die Respiration den Körper zu verlassen vermag, je mehr ihr Verdunstungsmaximum (Siedepunkt) mit der Körpertemperatur (Kernwärme des Körpers) übereinstimmt. Die Lunge vermag von einer Substanz, welche, wie das Chloroform, bei 65° siedet, nur so viel in gegebener Zeit zu eliminiren, als dem Verdunstungsquotienten bei der Körpertemperatur entspricht, d. h. vom Chloroform im günstigsten Falle nur so viel, als in einer gleichen Zeiteinheit bei 38° C. verdunsten würde. Die eingeathmete Menge wird also bei der Exspiration nur zum geringen Theile evacuirt, der Ueberschuß verbleibt im Organismus und wächst dauernd bei erneuerter Inspiration des Narcoticums.

Daher kann eine Ueberdosirung bei hochsiedenden Aethern nur durch Inanspruchnahme auch anderer parenchymatöser Organe (Leber, Niere, Darm, Magen, Haut) verhütet werden.

Bei Narcoticis von niedrigerem Siedepunkt als die Körpertemperatur findet sich die Gefahr der momentanen Ueberdosirung so gut wie ausgeschlossen, weil bei der Exspiration fast genau so viel evacuirt, als durch Inspiration chemisch gebunden wird. Mit dem bei 34° siedenden Aether wird deshalb nur in Folge Retention von CO_2 eine Narkose erzielt. Mittel von einem Siedepunkt nahe der Körpertemperatur, wie z. B. das Bromäthyl (Siedepunkt 38°), geben ganz kurze, wenig intensive Schlafwirkung, selbst bei Dosenvermehrung, weil physikalisch die Exspiration fast den gesammten Betrag inspirirter Gase herausbefördert.

Auf Grund dieser Studien zur Narkose beschritt Redner sehr erfolgreich einen anderen Weg der Anpassung des Siedepunktes, bezw. des Verdunstungsmaximums des Narcoticums an die Körpertemperatur. Unter Benutzung des im Aether Petrolei vorhandenen Pentan (Mischung von Hexan und Pentan), unter Benutzung der relativen chemischen Indifferenz dieses Narcoticums ergab sich eine Möglichkeit, das Chloroform ohne Aenderung seiner Schlafwirkung zu verdünnen. Gemische aus Aether Petrolei und Chloroform geben ganz ähnliche Narkosen wie unter Chloroform allein. Zur Ermöglichung der Ausscheidung dieser beiden hochsiedenden Aether im Sinne des Verdunstungsmaximums bei 38° Körpertemperatur wurde aber dem Gemische so viel Aether sulf. zugesetzt, daß eine Siedepunktsverschiebung, eine Temperirung des Gemisches auf die Körpertemperatur stattfinden konnte, und dadurch war es möglich, einerseits mit minimalen Dosen Chloroform beliebig oberflächliche oder tiefe Narkosen zu erzielen, d. h. den Weg einer individualisirenden Narkotisirungsmethode zu beschreiten, andererseits trotz Chloroformwirkung die Evacuation des Gemenges allein durch die Lungen zu garantiren. Kurzdauernde Operationen ermöglichten jetzt eine andere Behandlung der Kranken als langdauernde, Fiebernde ließen sich anders behandeln als Collabirte, Kinder anders als Greise. Keine Contraindication. Bei 5 Herzkranken, 7 Phthisikern, 2 Bronchopneumonischen, 8 Bronchitischen etc. verlief die derart modificirte tiefe Narkose ohne irgend eine Störung. So lange die Lunge gut functionirt, erscheint ein plötzlicher Tod auf dem Operationstische ausgeschlossen, denn die Athmung ermöglicht die Vermeidung einer Ueberdosirung, und ihre Ueberwachung läßt das Herannahen einer Gefahr durch stürmische Vermehrung und Vertiefung des Respirationstypus erkennen.

S. unterscheidet drei Mischungen:

Verdunstungsmaximum 38° C. I. Mischung		Verdunstungsmaximum 40° C. II. Mischung		Verdunstungsmaximum 42° C. III. Mischung	
Aether Petrolei	5·0	Aether Petrolei	5·0	Aether Petrolei	15·0
Chloroform	15·0	Chloroform	15·0	Chloroform	30·0
Aether sulf.	60·0	Aether sulf.	50·0	Aether sulf.	80·0

Die Mischung I verwendet S. für Kinder, Anämische, Chlorotische, Lungen- und Herzleidende bei normaler Temperatur (37·5° im After). Bei Fiebernden verschiebt sich die Anwendung je nach der Höhe der Temperatur. Bei subnormaler Temperatur muß durch Zusatz von Aether sulf. die Herabdrückung des Verdunstungsmaximums im gegebenen Falle erreicht werden.

Mischung I wird außerdem bei kurzdauernden Operationen sonst gesunder Menschen verwendet (Incision, Ecrasement etc.). Die Narkose ist dann so flach, daß Abnehmen der Maske und einige Athemzüge ohne Narcoticum das Erwachen überraschend schnell vermitteln.

Mischung II gibt bei normalen Individuen Narkosen von mittlerer Dauer ohne absolute Reflexaufhebung. Sehr schnelles Erwachen.

Mischung III ist entweder bei hohen Fiebergraden zu Narkosen von mittlerer Dauer oder sonst zu lange währenden Narkosen zu verwenden. Durch die Athmung allein ist die Narkose zu überwachen. S. verwendet eine eigens construirte Maske.

Discussion.

Rosenberg (Berlin) empfiehlt das Cocaïn zur Herabminderung der Gefahren der allgemeinen Narkose.

Rehn (Frankfurt a. M.) verweist auf die Gefahren der Aethernarkose bei Gaslicht durch Bildung von Acetylen und Vermehrung der Kohlensäure der Luft um das Zehnfache.

Collratz (Essen) betont die große Gefahr der Narkose für Diabetiker.

Trendelenburg (Bonn) hat mit dem DRESER'schen Apparat bei 30 Narkosen einen ausgezeichneten Verlauf beobachtet, Verringerung von Hustenreiz und Speichelabsonderung.

Landau (Berlin) hat bei mehr als 2000 Narkosen die WANSCHER'sche Maske mit Erfolg angewendet; man erlebt mit dieser niemals unangenehme Ueberraschungen, wenn man sie bei der Narkose gelegentlich 1—2 Minuten lang fortläßt. —r.

Aus den Pariser Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Société de Chirurgie.

Sitzung vom 31. Juli 1895.

Zur Behandlung der Appendicitis.

REYNIER hat in 16 Fällen von Appendicitis operirt, wovon 3 starben. In allen Fällen wurde Eiter gefunden, was wohl für die Berechtigung des chirurgischen Eingriffes spricht. Der Einwurf, daß derartige Fälle auch ohne Operation heilen können, ist vollkommen richtig. R. selbst hat im Alter von 17 Jahren eine Appendicitis mit allgemeinen peritonealen Reizerscheinungen durchgemacht, welche mit Durchbruch des Abscesses in das Coecum endete. Seit jener Zeit sind 26 Jahre vergangen, ohne daß sich von dieser Seite die geringsten Beschwerden einstellten. Die Operation selbst soll sich darauf beschränken, den Eiter zu entleeren, und nicht die Gefahr, in der sich der Kranke befindet, zu erhöhen. Als Incisionsstelle eignet sich für die meisten Fälle die Gegend der rechten Fossa iliaca. Was den Zeitpunkt der Operation betrifft, glaubt R., daß ein in den ersten Stunden vorgenommener Eingriff nur das Peritoneum einer allgemeinen Reaction aussetzt, während ein Zuwarten durch 2 oder 3 Tage den Adhäsionen Zeit gewährt, sich zu bilden und dem Pat. die Möglichkeit, sich zu erholen.

SCHWARTZ hat bei recidivirender Appendicitis 13mal und stets mit günstigem Erfolge operirt. Bei acuter und subacuter Appendicitis hat SCH. 15mal intervenirt, und zwar 5mal in Fällen mit allgemeiner Peritonitis; davon sind 4 gestorben, 1 geheilt. In 9 Fällen handelte es sich um abgekapselte Appendicitis, welche alle geheilt wurden. In 1 Falle endlich wurde kein Eiter gefunden; es wurde eine Jodoformdrainage gemacht. Der Kranke, der vorher mehrere heftige Anfälle gehabt hatte, blieb seit der Operation frei von Recidive.

RECLUS: Die Operationen wegen recidivirender Appendicitis sind in der Regel von Heilung gefolgt. Bei allgemeiner Peritonitis wird man wohl nicht auf so günstige Resultate zählen dürfen, wie sie manche Statistiken, besonders die von TUFFIER, aufweisen. Ja, man wird in den Fällen, in welchen Heilung erfolgte, fragen dürfen, ob es sich wirklich um eine allgemeine Peritonitis gehandelt hat. Bei der localisirten Form soll man eingreifen, sobald man ein Exsudat constatirt hat, ohne eine Eventration zu fürchten, die übrigens leicht vermieden wird, wenn man die Incision möglichst nahe dem POUPART'schen Bande macht. Bei der Operation soll man immer nach dem Wurmfortsatz fahnden, nicht um ihn zu entfernen, sondern um Abscesse, welche in seinem Niveau vorkommen können, zu eröffnen.

TUFFIER bemerkt bezüglich der von RECLUS angezweifelten Heilungen, die man in den Fällen von allgemeiner Peritonitis erreichen kann, daß er hieher Fälle rechnete, bei welchen sich Röthung und von Pseudomembranen bedeckte Därme im freien Peritonealraum fanden.

JALAGUIER hat 71 Fälle von Appendicitis oder Typhlitis beobachtet, wovon 33 mit allgemeiner Peritonitis. Unter diesen letzteren wurden 22 laparotomirt, wodurch 4 Heilungen erreicht wurden. Bei 12 dieser Kranken handelte es sich um jene septisch-diffuse Form, welche fast mit voller Sicherheit tödtet; alle diese Fälle endeten auch mit dem Tode. In 10 weiteren Fällen bestand Peritonitis mit Adhäsionen; davon lieferten 4 einen operativen Erfolg. Ch.

Notizen.

Wien, 14. September 1895.

(Wiener medicinische Facultät.) Der soeben zur Ausgabe gelangte Lectionskatalog für das Wintersemester 1895/96 kündigt 269 Vorlesungen und Curse an, welche von 29 ordentlichen, 38 außerordentlichen Professoren und 85 Privatdocenten und Assistenten abgehalten werden. Die angekündigten Vorlesungen etc. vertheilen sich auf die einzelnen Disciplinen wie folgt:

Disciplin	Vorlesungen	O. Prof.	A. o. Prof.	Privatdoc. u. Assist.
Geschichte d. Medicin . . .	2	1	—	—
Anatomie	10	2	2	—
Physiologie	12	2	2	1
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	17	2	4	4
Heilmittellehre	6	1	—	2
Innere Medicin	62	4	7	26
Chirurgie	49	2	9	14
Ohrenheilkunde	11	2	1	3
Augenheilkunde	23	2	2	6
Gynäkologie u. Pädiatrie . .	32	4	5	15
Hautkrankheiten u. Syphilis .	18	2	2	9
Psychiatrie	8	2	2	2
Staatsarzneikunde u. Hygiene	9	2	1	1
Ang. med. Chemie	9	1	1	1
Veterinärkunde	1	—	—	1
Summe . . .	269	29	38	85

Die Facultät war im Sommersemester 1895 von 2213 Hörern (1480 ordentlichen, 351 außerordentlichen und 382 Frequentanten) besucht. Während seit Jahren die medicinische Facultät mehr als die Hälfte der Gesammtzahl der Studirenden unserer Hochschule umfaßte, betrug dieselbe im abgelaufenen Semester blos 40·5% der letzteren. Die Zahl der Mediciner hat gegenüber dem Sommersemester 1894 eine abermalige, nicht unerhebliche Abnahme erfahren, welche theils auf Rechnung der ordentlichen Hörer, deren Zahl um 104 abgenommen hat, theils auf Rechnung der Frequentanten (— 139) zu setzen ist. Bezüglich der Landes- und Staatsangehörigkeit der Hörer zeigen die statistischen Angaben des Kataloges keinerlei Veränderungen im Vergleiche mit den Vorjahren.

(Wiener Aerztekammer.) Der Vorstand der Wiener Kammer hat in seiner dieswöchentlichen Sitzung beschlossen, gegen jene Aerzte des Kammersprengels, welche trotz der bekannten Beschlüsse der Kammer betreffs der ärztlichen Reclame nach wie vor annonciren, das ehrenräthliche Verfahren einzuleiten.

(Aerztekammer-Tag.) Dem diesjährigen, Anfangs October in Brünn abzuhaltenden zweiten österreichischen Aerztekammer-Tage werden folgende Gegenstände zur Berathung vorliegen: 1. Die Honorirung der Aerzte bei den Lebensversicherungs-Gesellschaften. — 2. Die Postportofrage, eventuell im Verkehr mit den Behörden. — 3. Gemeinsame Schritte gegen die Curpfuscherei. — 4. Gemeinsame Eingabe an das Justiz-Ministerium, betreffend die Anweisung der k. k. Gerichtsbehörden, den österreichischen Aerztekammern (wie dies in Ansehung der Advocaten- und Notariatskammer der Fall ist) von jeder gegen einen Arzt anhängigen gerichtlichen Untersuchung und von dem Ausgange derselben Mittheilung zu machen. — 5. Antrag auf Aenderung der Geschäftsordnung, dahingehend, daß jede der beiden (deutschen und czechischen) Sectionen der böhmischen Aerztekammer je einen Delegirten zum Aerztekammer-Tage zu entsenden habe. — 6. Antrag auf Einladung der Abgeordneten aus dem ärztlichen Stande, nach dem Beispiele der Abgeordneten aus dem Stande der Techniker, zu einem eigenen parlamentarischen Club behufs Wahrung der ärztlichen Berufsinteressen zusammenzutreten.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Privatdocent an der Wiener Universität, Dr. FRIEDRICH DIMMER, ist zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Universität Innsbruck ernannt worden. — Den Privatdocenten für Chirurgie, beziehungsweise

für Zahnheilkunde an der Universität Graz, Dr. LUDWIG EBNER und Dr. ANTON BLEICHSTEINER, ist der Titel „außerordentlicher Universitäts-Professor" verliehen worden. — Der Privatdocent für Physiologie an der Universität Jena, Dr. MAX VERWORN, ist zum a. o. Professor ernannt worden. — Dr. AXENFELD hat sich als Privatdocent für Augenheilkunde an der Universität Marburg i. H. habilitirt.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) Wegen Umbau des Hauses I., Rothenthurmstraße 23 befindet sich die Kanzlei des Collegiums, der Witwen- und Waisen-Societät, des Unterstützungs- und Pensions-Institutes vom 1. October d. J. an im Societätshause, III., Ungargasse 8 (Münzgasse 1).

(Encyclopädische Jahrbücher.) Während die dritte Auflage von EULENBURG's Real-Encyclopädie ihren raschen Fortgang nimmt, erscheinen die sowohl selbstständig, wie auch als Supplementbände zur zweiten Auflage dieses Werkes herausgegebenen Encyclopädischen Jahrbücher, deren fünfter Jahrgang uns vorliegt. Dem Programme EULENBURG's getreu, in diesen Bänden die Fortschritte auf dem Gebiete der Heilkunde durch bewährte Referenten zu verzeichnen, bringt auch der diesjährige Band treffliche Monographien über wichtige Abschnitte medicinischen Wissens und scientifischer Forschung in lexikalischer Anordnung. Wir heben aus dem reichen Inhalt des Werkes die Artikel Abdominaltyphus (FÜRBRINGER), Akromegalie (EULENBURG), Arsenausschläge und Arsenvergiftung (HUSEMANN), Basedow'sche Krankheit (BUSCHAN), Cystoskopie (L. CASPER), Darm (ROSENHEIM), Dyspepsia uterina (KISCH), Eiweiß- und Fettansatz (MUNK), Empfindung (ZIEHEN), Endocarditis (O. ROSENBACH), Enuresis (MENDELSOHN), Fracturverbände (WOLZENDORFF), Gehirntumoren (L. BRUNS), Gravidität (KLEINWÄCHTER), Harn (LOEBISCH), Hereditäre Syphilis (v. DÜRING), Highmorshöhle (B. BAGINSKY), Kinderlähmung (SEELIGMÜLLER), Massenernährung (MUNK), Mechanotherapie (A. BUM), Missed labour (KLEINWÄCHTER), Myoclonie (UNVERRICHT), Oesophagoskopie (ROSENHEIM), Polymyositis (UNVERRICHT), Psorospermosis cutanea (SCHWIMMER), Rettungswesen (G. MEYER), Rückenmarkstumoren (L. BRUNS), Samenblasen (REHFISCH), Serumtherapie (WASSERMANN), Sprachstörungen (GUTZMANN), Suggestion (v. SCHRENCK-NOTZING), Zwerchfellphänomen (LITTEN) hervor, welchen sich zahlreichere kleinere Artikel, zumal pharmakologischen und toxikologischen Inhalts aus der Feder von LOEBISCH, HUSEMANN u. A. anreihen. Die große Zahl der Subscribenten der Jahrbücher wird den jüngsten Jahrgang, dessen Ausstattung auf der Höhe des Werkes steht, mit Befriedigung in Empfang nehmen.

(Cholera-Nachrichten.) In der abgelaufenen Woche sind in Galizien 22 Personen an Cholera erkrankt und 11 Personen gestorben. Die Seuche besteht derzeit in den Bezirken Tarnopol, Brody und Rohatyn. Die Gesammtzahl der seit 23. August constatirten Erkrankungsfälle an Cholera beträgt 35, jene der Todesfälle 20 (= 57%). — Die aus Tarnopol zu den Truppen oder Anstalten des Wiener Corpsbereiches einrückende Mannschaft wird über Anordnung des 2. Corpscommandos einer fünftägigen ärztlichen Ueberwachung unterzogen werden.

(Statistik.) Vom 1. bis inclusive 7. September 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5483 Personen behandelt. Hievon wurden 1159 entlassen; 115 sind gestorben (9·02% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 53, egyptischer Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 16, Dysenterie 4, Blattern —, Varicellen 6, Scharlach 69, Masern 41, Keuchhusten 93, Wundrothlauf 20, Wochenbettfieber 7, Parot. epid. 1, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 621 Personen gestorben (+ 61 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Gossensaß (Tirol) der Wiener Arzt Dr. GUSTAV HORNUNG, im 42. Lebensjahre; in Basel der Professor für gerichtliche Medicin, Dr. SURY, 45 Jahre alt, und der Professor der Physiologie, Dr MIESCHER; in London der hervorragende Internist am St. Thomas-Hospital, Dr. JOHN SYER BRISTOWE.

(Auszeichnung.) Von der Jury der Nordböhmischen Industrie- und Gewerbe-Ausstellung in Teplitz wurde der Firma J. Paul Liebe in Tetschen a. d. Elbe und Dresden die goldene Medaille zuerkannt mit der ausdrücklichen Motivirung „für ihre anerkannt bewährten Fabrikate". Bei der gleichzeitigen Ausstellung von Erzeugnissen für Kinderpflege, -Ernährung und -Erziehung in Dresden wurde derselben Firma die höchste Auszeichnung durch die silberne Medaille zu Theil.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Offene Correspondenz der Redaction und Administration.

Herrn Dr. Z. H. in Chr. Das Scharlachexanthem wird durch die Serumbehandlung nicht alterirt. Die Scharlachdiphtherie besitzt in der That sehr häufig gangränösen Charakter, der auch bei der Serumbehandlung die Prognose trübt.

„ Dr. L. F. in Triest. Ohne specielle Meldung.

„ Dr. J. N. in Berlin. Dankend acceptirt. Möglichste Knappheit erbeten.

„ Dr. N—g in Baden-Baden. Für diese Zwecke geben Einzelne den KRUKENBERG'schen Apparaten mit Recht den Vorzug.

Fräulein Dr. A. R. in Genf. Mit Vergnügen.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der Einbanddecken sind folgende: für die „Med. Presse" 1 fl. 15 kr. (2 Mark); „Wiener Klinik": 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart": 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

ANZEIGEN.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Arzt für den sanitären Ueberwachungs- und Desinfectionsdienst in Suez und bei den Mosesquellen in Egypten. Jahresgehalt anfänglich 8000 Francs, steigt bis 12.000 Francs. Bewerber um diese Stelle haben an Nachweisungen beizubringen: 1. das von einer Universität oder vom Staate ausgestellte Diplom; 2. ein Zeugniß über zurückgelegte bacteriologische Studien; 3. anderweitige Nachweisungen über specielle Kenntnisse auf dem Gebiete der Epidemiologie; 4. ein ärztliches Zeugniß über gesunde Körperconstitution; 5. das ausdrückliche Erklären, im Falle der Verleihung der Stelle innerhalb eines Monats nach der amtlichen Verständigung von der Ernennung sich zum Dienstantritt nach Egypten zu begeben. Aerzte, welche auf dem Gebiete der Bacteriologie und Epidemiologie besondere Studien aufzuweisen vermögen, erhalten den Vorzug. Gesuche bis 15. October an die „Administration quarantenaire" in Alexandrien.

K. k. Bezirksarztesstelle mit den Bezügen der X. Rangsclasse für Böhmen. Gesuche bis 20. September an das k. k. Statthalterei-Präsidium.

In der Gemeinde Freihermersdorf (Schlesien) ist die Arztesstelle, mit welcher ein Einkommen von 860 fl. verbunden ist, zu besetzen. Gesuche bis 20. September an den Gemeindevorstand Freihermersdorf.

K. k. Bezirksarztesstelle II. Cl., bezw. Sanitätsassistentenstelle für Galizien. Gesuche bis 30. September an das k. k. Statthalterei-Präsidium in Lemberg.

Assistent für die k. k. Hebammenlehranstalt in Salzburg. Jährliches Adjutum 300 fl. aus dem Studienfonde nebst 50 fl. Quartiergeld, ferner eine Adjutumstangente von 500 fl. nebst 50 fl. Quartiergeld aus dem Landesgebärfonde. Gesuche bis 20. September an das Directorat.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstrasse 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Nr. 38. Sonntag den 22. September 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860. Redigirt von **Dr. Anton Bum.** Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbecken-Ausspülungen per vias naturales.

Von **Dr. Leopold Casper**, Privatdocent an der Universität Berlin. *)

Die Pyelitis ist eine Krankheit, in deren Behandlung sich die internen Mediciner und die Chirurgen seit jeher getheilt haben. Soweit sie eine Erkrankung ist, die ihrer ätiologischen Natur und ihrer Ausdehnung nach durch innere und hygienische Maßnahmen der Heilung zugeführt werden kann, ist sie Gegenstand der inneren Medicin; bedingt ihr ursächliches Moment oder ihr Fortgeschrittensein ein operatives Vorgehen, so ist sie Domaine der Chirurgie. Wenn ich mir nun erlaube, ein neues therapeutisches Verfahren dieser Abtheilung zu unterbreiten, so geschieht es, weil ich glaube, durch dieses die Krankheit zu einem gewissen Theil der internen Medicin zurückerobert zu haben. Ich hoffe, daß durch dasselbe eine Reihe von Pyelitisfällen, die früher unfehlbar dem Messer verfallen waren, auf unblutigem Wege werden geheilt werden können. Es ist eine Methode, die jeder Arzt anwenden kann, der mit der Technik der modernen Cystoskopie vertraut ist.

Etwa 25 Jahre ist es her, seit Gustav Simon zum erstenmale bei der Frau die Harnleiter katheterisirt hat. Von dieser Zeit an hat man nicht geruht; man hat unaufhörlich nach Methoden gestrebt, die es ermöglichen sollten, den Harn jeder Niere gesondert aufzufangen.

Ich darf die Geschichte dieser Frage, die ja in letzterer Zeit so vielfach erörtert worden ist, übergehen und begnüge mich hervorzuheben, daß die technische Seite der Frage gelöst ist. Wir sind mit Hilfe der Cystoskopie im Stande, in jedem Falle, in dem wir die Ureterenmündungen sehen, sowohl beim Manne, wie beim Weibe einen Katheter in dieselben hineinzubringen. War das erreicht, so lag der Gedanke nicht fern, die Methode, die ursprünglich nur diagnostischen Zwecken dienen sollte, auch für die Therapie nutzbar zu machen. Ausgesprochen wurde diese Idee von mehreren Autoren, ausgeführt hat sie zuerst bei der Frau Howard A. Kelly, wie er in einer Arbeit, überschrieben: „Gonorrhoeal Pyelitis and Pyo-Ureter cured by irrigation", berichtet.

Ich übe den Harnleiter-Katheterismus seit December vorigen Jahres und erlaube mir heute, Ihnen über 2 Pyelitisfälle zu berichten, in denen ich durch Instillation, bezüglich Ausspülung des Nierenbeckens und der Ureteren ungeahnten Erfolg erzielt habe.

Der erste Fall stellt eine Pyelitis subacuta gonorrhoica dar. Er betrifft den 34jähr. Kaufmann K., einen Mann von mittlerer Größe, kräftiger Statur, starkem Knochenbau, der von gesunden Eltern stammt, seiner Militärpflicht genügte und sich guter Gesundheit erfreute, bis er im November 1893 eine Gonorrhoe acquirirte. Dieselbe war im Januar 1894 geheilt.

Im August desselben Jahres constatirte sein Hausarzt von Neuem eine Gonorrhoe und Cystitis leichten Grades, welche er mit dünnen Argentumspülungen erfolgreich behandelte; es wurden 8 Spülungen in einem Zeitraum von 4 Wochen gemacht. Dieselben hatten eine so günstige Wirkung, daß der Patient, der frei von Beschwerden war, sich gesund fühlte und gegen den Willen seines Hausarztes aus der Behandlung fortblieb.

Anfangs December suchte er denselben jedoch wieder auf, da sich sein Leiden in verschlimmertem Maße wieder eingestellt hatte.

Dr. Danelius hatte die Güte, ihn mir zuzuführen, und ich verzeichnete folgenden Befund:

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für innere Medicin der 67. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck am 17. September 1895.

Der Kranke hat heftige Schmerzen beim Harnen, die am Ende der Harnentleerung sich gewaltig steigern und auch nach derselben längere Zeit andauern. Dieser Schmerz sitzt fast ausschließlich in der Spitze des Penis und ist so stark, daß der Kranke alle möglichen Manipulationen macht, um ihn zu lindern. Es besteht ausgeprägter Tenesmus sowohl der Blase, als des Darmes. Der Pat. muß alle Viertelstunden harnen, wobei durch krampfhaftes Pressen ein regelrechter Prolaps der Rectalschleimhaut eintritt. Die Krämpfezustände der Blase sucht Pat. zu mindern, indem er längere Zeit in gekrümmter, hockender Stellung verbleibt. Er berichtet, daß öfters Blut mit dem Urin komme, und zwar fast immer am Ende der Miction.

Unter diesen qualvollen Leiden hat der Allgemeinzustand sehr gelitten, der Appetit ist mäßig, der Schlaf durch das häufige Harnbedürfniß, das auch während der Nacht anhält, gestört; Stuhl erfolgt täglich 2—3mal, oft unwillkürlich während des Pressens beim Wasserlassen. Herz, Lunge, Leber lassen keine Abnormitäten erkennen; es besteht weder Fieber, noch Erbrechen. An dem Orificium cutaneum ist Ausfluß nicht wahrnehmbar.

Die Prostata ist normal, die Harnröhre durchgängig. Der Harn, in zwei Portionen aufgefangen, ist in beiden trübe, dick, von Stücken durchsetzt, reagirt sauer, enthält große Mengen Pus, wenig Albumen; rothe Blutzellen, große polymorphe Blasen, geschwänzte und birnförmige Epithelien, Bacterien und Coccen verschiedener Art, aber keine Tuberkelbacillen und keine Cylinder; auch wurden Diplococcen, die sich sicher als Gonococcen verificiren ließen, nicht gefunden. Die Cystoskopie wurde versucht, war aber wegen der geringen Ausdehnbarkeit der Blase, die kaum 30 Ccm. Flüssigkeit vertrug, nicht ausführbar.

Ich stellte die Diagnose: Cystitis colli gonorrhoica und verordnete Spülungen der Urethra und des Blasenhalses mit Argentum nitricum-Lösungen, dazu reichliches Trinken, Narcotica und Salicylsäure. Diese Maßnahmen waren von geringem und nur vorübergehendem Erfolge. Der Kranke litt sehr stark und nahm zusehends ab. Er wurde deshalb am 30. Januar dieses Jahres in die Klinik aufgenommen, ein Verweilkatheter eingelegt und stündlich Spülungen der Blase mit Borsäurelösung, jeden zweiten Tag eine solche mit Höllensteinsolution vorgenommen. Man konnte nie mehr als 40 Ccm. Flüssigkeit einspritzen, sonst entstand ein heftiger, nach der linken Nierengegend ausstrahlender Schmerz. Das Befinden besserte sich und war erträglich, so lange der Katheter lag. Es geschah dies 8 Tage lang. Von dem Tage an, wo ich den Katheter entfernte, traten die vorher gekennzeichneten Beschwerden wieder auf. Ich versuchte nun zweiprocentige Argentum nitricum-Instillationen nach GUYON sowohl in den Blasenhals, als auch in die Urethra posterior, innerlich diluirende Getränke, Salol, Kal. chloric. und Balsamica hintereinander. Da auch dieses ohne Erfolg blieb und der Kranke inzwischen sehr heruntergekommen war — er hatte etwa 25 Pfund verloren — griff ich wieder zum Verweilkatheter, der schon einmal Linderung gebracht hatte. Diese blieb auch nicht aus; mit dem Entfernen der Sonde à demeure aber traten die wüthenden krampfartigen Schmerzen wieder ein. Der Eitergehalt des Harnes war sehr stark, Albumen war mehr, als der Eitermenge entsprechend, vorhanden, rothe Blutzellen fehlten selten. Die Blase vertrug höchstens 40 Ccm. eingespritzter Flüssigkeit, dem entsprachen auch die Mengen des jedesmal spontan gelassenen Harnes. Die Gesammtmenge in 24 Stunden betrug durchschnittlich 2 Liter. Es bestand kein Fieber.

Auf Grund dieses Verlaufes und der Erfolglosigkeit der sonst bei gonorrhoischer Cystitis selten im Stich lassenden Therapie, der großen Eiter- und Albumenmenge, den immer ausgeprägter auftretenden, nach der linken Nierengegend ausstrahlenden Schmerzen glaubte ich annehmen zu dürfen, daß der gonorrhoische entzündliche Proceß durch den linken Ureter in das Nierenbecken aufgestiegen sei.

Um die Diagnose sicherzustellen, wurde Patient am 3. März unter Assistenz der Herren Collegen DANELIUS und RIES narcotisirt und bei einer Füllung der Blase von nur 60 Ccm. der linke Ureter ohne jede Schwierigkeit katheterisirt. Es entleert sich eine dicke, weiße Masse, die nicht wie Harn, sondern wie reiner Eiter aussieht. Thatsächlich besteht sie zum großen Theil aus Rundzellen, darunter befinden sich vereinzelte rothe Blutkörperchen und Blutschollen. Bei diesem Ergebniß der Untersuchung beschloß ich, den Katheter zur Drainage liegen zu lassen, schob denselben, der 57 Cm. lang war, ohne auf Schwierigkeiten zu stoßen, soweit vor, daß nur 7 Cm. aus dem Metallinstrument heraussahen, und entfernte das letztere. Der Harn tropfte aus dem dünnen Katheter, der bis zum Nierenbecken reichte, ab, und behielt annähernd das Aussehen, das er zu Beginn gehabt hatte.

Nach dem Erwachen war der Kranke frei von Schmerz und klagte nur über ein stechendes unbehagliches Gefühl im Membrum. Er wurde angewiesen, beim Harnen den Katheter vorsichtig festzuhalten. Morphiuminjection.

4. März. Patient fieberfrei. Pausen der Harnentleerung $^3/_4$ Stunden. Der krampfartige Schmerz am Ende des Harnens etwas geringer. Der Blasenharn eiterig, trübe; der linke Nierenharn sieht besser aus als Tags zuvor, ist aber noch stark trübe, mit hohem eiterigem Bodensatz.

Es werden nun durch den Ureterkatheter 15 Ccm. 3procentiger Borsäurelösung in das Nierenbecken eingespritzt, ohne irgend welchen Schmerz zu verursachen. Nach Abfluß derselben spritzen wir zweimal 15 Ccm. 1proc. Argentum nitricum-Lösung in einer Zwischenpause von 10 Minuten in das Pelvis renum, wonach ein leichtes Brennen entsteht, dessen Ort der Kranke nicht genau angeben kann. Appetit befriedigend, Allgemeinbefinden besser als gestern. Der Nierenbeckenverweilkatheter bleibt liegen; Abends normale Temperatur.

5. März. Kein Fieber. Befinden besser, Schmerzen beim Harnen geringer. Harnpausen 1 Stunde, der Blasenharn blutig und eiterig, der linke Nierenharn trübe, aber weniger Sediment aufweisend als am vorhergehenden Tage.

Es werden zunächst Borsäure, dann 20 Ccm. 1proc. Höllensteinlösung in das Nierenbecken gespritzt, wobei ein krampfartiger Schmerz entsteht, der sich besonders in der Spitze des Penis markirt. Die eingespritzte Flüssigkeit tropft mit einem Niederschlag von Chlorsilber ab; bei Druck auf die linke Nierengegend verdichten sich die Tropfen zu einem Strahl.

Verweilkatheter bleibt liegen. Temperatur Abends normal.

6. März. Kein Fieber, Befinden besser, Harnpause $1^1/_2$ Stunden. Tenesmus alvi bedeutend verringert. Blasenharn trübe, eiterig, der linke Ureterharn sieht erheblich besser aus, die Pusmenge ist viel geringer. Es wird Bor- und darauf 10 Grm. einer 2proc. Höllensteinlösung in das Nierenbecken gespritzt, und es werden weitere 5 Grm. des Silbersalzes längs des ganzen Ureters während des Herausziehens des Katheters instillirt. Starker Schmerz an der Spitze des Gliedes und Tenesmus, Abends normale Temperatur.

7. März. Wohlbefinden, fieberfrei. Tenesmus der Blase und des Darmes hat nachgelassen. Harnpausen $1^1/_2$ Stunden. Urin sieht wesentlich besser aus, als ihn Arzt und Patient seit 4 Monaten gesehen haben.

Der Kranke hat ein stechendes Gefühl im Penis. Spülung der Blase mit Argentum nitricum 1 : 500.

8. März. Patient fieberfrei, befindet sich besser. Schmerzen geringer. Harnentleerung $1^1/_2$stündlich. Zunge feucht, nicht belegt, Harnmenge 2 Liter, etwas trüber als am 7. März;

Albumen wesentlich weniger als am Anfange. Argentumspülung der Blase 1 : 1000.

9. März. Temperatur normal. Allgemeinbefinden gut. Schmerzen nach dem Uriniren wesentlich mäßiger als früher; Harn leicht getrübt.

11. März. Wohlbefinden bis auf Stechen im Gliede beim Uriniren. Tenesmus alvi fast verschwunden. Der Harn nur ganz leicht trübe. Patient trinkt täglich 2—3 Flaschen Wildunger Brunnen, Thee aus Folia Bucco und Oleum Terebinthin.

13. März. Patient hält den Urin 2 Stunden; derselbe ist leicht trübe. Die Trübung besteht aus Pus.

14. März. Nachdem der Zustand noch immer nicht ganz befriedigend war, so beschloß ich, in der Annahme, es könnte der ascendirende Proceß die rechte Seite ergriffen haben, auch die rechte Niere zu untersuchen. Katheterismus gelingt leicht und entleert Harn von ganz geringer Trübung, welche auf Anwesenheit von sehr reichlichen Rundzellen beruht.

10 Ccm. 2proc. Argentum nitricum-Lösung werden in das Nierenbecken gespritzt, 5 Ccm. im Ureter in seiner ganzen Länge instillirt, Katheter wird sogleich entfernt.

Sehr starke Schmerzen nach dem Erwachen, Abends kein Fieber.

15. März. Harn trüber als zuvor und blutig.

16. März. Harn klarer, Schmerzen geringer. Patient hält den Harn 2 Stunden.

19. März. Allgemeinbefinden gut, Appetit vortrefflich, Zunge feucht, Harn in seinem oberen Theil ganz klar, auf dem Boden ein Sediment, das aus weißen und wenig rothen Blutzellen, Epithelien und Bacterien besteht. Albumengehalt minimal, entsprechend der Menge des Eiters. Der Kranke harnt 150 Grm. auf einmal in Pausen von je $2^1/_2$ Stunden. In der Nacht vom 18. zum 19. hat Patient nur 3mal Wasser gelassen: früher auf der Höhe der Krankheit geschah das 10—12mal. Borsäurespülung der Blase.

21. März. Status idem. Bor- und Argentumspülungen der Blase.

22. März. Der Patient erwachte leider mit einer Epididymitis, die offenbar auf die zahlreichen Katheterismen zurückzuführen ist Eisumschläge; Temperatur 38·8.

23. März. Temperatur 37·5, Compressivverband für den Hoden. Befinden befriedigend, Harnbeschwerden gering. In den folgenden Wochen wurde jede locale Behandlung ausgesetzt, innerlich Diluentien und Balsamica verabreicht.

20. April. Der Kranke fühlt sich wohl, urinirt alle 3 Stunden. Der Harn enthält minimale Mengen Pus und etwas Schleim. Albumen nur in Spuren nachweisbar. Es werden nun wöchentlich 3mal Ausspülung der Blase, abwechselnd mit Bor- und dünnen Argentumlösungen verordnet.

2. Mai. Patient ist ganz schmerzfrei, hält den Harn 3—4 Stunden, derselbe ist völlig klar. Beim Centrifugiren fällt ein geringes, aus Rundzellen und Epithelien bestehendes Sediment aus.

Mitte Mai reist Patient nach Wildungen und gebraucht eine Trinkcur.

15. Juni. Nach der Rückkehr finde ich den Kranken völlig wohl, ohne Schmerzen und Beschwerden. Der Harn ist klar, hat einen kaum nennenswerthen Gehalt an Rundzellen und Schleim. Patient hat 20 Pfund zugenommen, harnt 4—5mal täglich, Nachts gar nicht. Albumen ist nicht mehr nachweisbar. Der Kranke wird als geheilt entlassen.

(Schluß folgt.)

Aus der chirurg. Abtheilung des Prof. J. Hofmokl der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung.

Casuistische Mittheilungen.

Von **Dr. Rudolf Ullmann**, Abtheilungsassistent.

III. Eine Dermoidcyste des linken Ovarium von seltener Größe. Entfernung durch Laparotomie — Heilung.

Pat. Th. N., 53 Jahre alt, verheiratet, Bäuerin, wurde am 19. März l. J. auf die Abtheilung aufgenommen.

Sie gibt bei ihrer Aufnahme an, daß sie seit ungefähr einem Jahre ein allmäliges Größerwerden ihres Bauches merke, jedoch habe sie davon niemals irgend welche Beschwerden gehabt; erst in den letzten 14 Tagen hätte sich eine leichte Schmerzhaftigkeit im linken Hypogastrium eingestellt. Der Appetit sei stets gut, Verdauung, Harn- und Stuhlentleerung in keiner Weise gestört gewesen. Eine Abnahme des Ernährungszustandes sei nicht erfolgt.

Sonst will die Kranke stets gesund gewesen sein. Sie hat dreimal entbunden, zuletzt vor 24 Jahren. Erste Menses traten mit 18 Jahren ein; die Menses waren stets regelmäßig, cessiren seit 3 Jahren. Stärkere Meno- oder Metrorrhagien bestanden angeblich nie.

Die Untersuchung ergab: Mittelgroße, mittelkräftige, mäßig gut genährte Pat. Die Temperatur ist normal. Die peripheren Arterien sind etwas rigide; der Puls ist regelmäßig, etwas schnellend, von normaler Frequenz. An den Beinen bestehen keine Oedeme.

Das Abdomen erscheint in der Rückenlage der Kranken kugelförmig aufgetrieben, jedoch nicht ganz gleichmäßig, denn die linke Hälfte prominirt etwas mehr als die rechte. Die Haut ist glänzend, stark gespannt, kann jedoch überall noch in Falten abgehoben werden und läßt ein Netz von erweiterten Venen durchscheinen. Der Nabel erscheint fast verstrichen.

Bei der Percussion findet sich absolute Dämpfung in der linken Bauchhälfte, und zwar bis in die abhängigsten Partien; nach oben und rechts hin begrenzt sich dieselbe mit einer convexen Linie, welche links am Rippenbogen, entsprechend dem äußeren Rectusrande, beginnt, die Medianlinie handbreit unter dem Processus xiphoideus schneidet, dann, im Bogen nach abwärts sich wendend, etwa $1^1/_2$ Hände breit von der Mittellinie entfernt, zum rechten POUPART'schen Bande zieht. Der übrige Theil des Abdomens gibt hellen Schall. An diesen Dämpfungsverhältnissen ändert sich bei Lagewechsel fast nichts; eine freie Flüssigkeit im Abdomen ist nicht nachweisbar.

Palpirt man nun, so findet man entsprechend dem leeren Schalle eine pralle, elastische Resistenz, welche sich deutlich von dem übrigen, mehr weichen Theile des Abdomens abgrenzen läßt; Höcker oder umschriebene Geschwülste kann man nirgends entdecken.

Die Untersuchung des Genitales ergibt, daß der Uterus etwas höher steht und nach vorne gedrängt ist; seine Länge beträgt, mit der Sonde gemessen, 2·5 Zoll; eine bimanuelle Untersuchung ist unmöglich. Das hintere Scheidengewölbe erscheint durch eine derb elastische, jedoch nicht abgrenzbare Geschwulst vorgewölbt.

Der Herz- und Lungenbefund ist normal, das Zwerchfell ist nicht hinaufgedrängt. Der Harn ist sauer, enthält weder Albumen, noch Zucker.

Diagnose: Cystoma ovarii sinistri.

26. März 1895 Laparotomie. Narkose mit der Mischung von Chloroform, Aether und Alkohol.

Schnitt in der Linea alba, 12 Cm. lang. Nach Durchtrennung der Bauchdecken und Spaltung des Peritoneum stößt man sofort auf eine glatte, bläulichgrün durchscheinende Cystenwandung. Dieselbe wird mit einem dicken Troicar punctirt und es entleeren sich 8 Liter einer dunkelgrünen, schmutzigen Flüssigkeit; an deren Oberfläche sammelt sich beim Stehen eine ziemlich dicke Schichte gelben, flüssigen Fettes, untermengt mit dem charakteristischen gelben Brei von Epidermisschollen und Cholestearin der Dermoide. Die Punctionsöffnung der Cyste wird unterbunden und sodann die nun beträchtlich verkleinerte Cyste durch

die Bauchwunde vorgewälzt, wobei nur links oben eine velamentöse Adhäsion mit der vorderen Bauchwand durchtrennt werden mußte. Hierauf wird der handbreite und etwa 1/2 Cm. dicke Stiel, der vom linken Ligamentum latum ausgeht und von mehreren über rabenfederkieldicken Venen durchzogen ist, durch drei in einander greifende Seidenligaturen abgebunden, mit dem Paquelin durchtrennt und in die Bauchhöhle versenkt. Schluß der Bauchwunde durch Etagennähte mit Seidenknopfnähten, Drainage durch den unteren Wundwinkel.

Der Heilungsverlauf war ein idealer. Das subjective Befinden war, abgesehen von leichten Schmerzen am 1. Tage, andauernd gut; die Temperatur überschritt nie die Norm, Auftreibung des Bauches und Erbrechen traten nicht auf. Der Harn wurde die ersten Tage mit dem Katheter genommen, der erste Stuhlgang am 4. Tage durch ein Glycerinklysma erzielt. Am 5. Tage Entfernung des Drainrohres, am 10. der Nähte. Anfangs der 4. Woche wird die Kranke geheilt entlassen.

Die exstirpirte Cyste wog, die durch die Punction entleerte Flüssigkeit mitgerechnet, 16 Kgrm. Sie bestand zum größten Theile aus einer einkämmerigen Cyste, in welcher sich nebst dem bereits erwähnten flüssigen Inhalt noch große Klumpen von, durch gelben Fettbrei innig verfilzten Haaren fanden. Der noch immer ziemlich große übrige Theil der Geschwulst zeigte den Bau eines multiloculären, glandulären Ovarialcystomes.

Es lag demnach eine Combination beider Arten von Cysten vor. Dieser Befund ist übrigens nicht allzuselten, und in ihm dürfte auch, wenigstens für den vorliegenden Fall, nach der Ansicht des Prosectors, Prof. Paltauf, die Erklärung für die abnorme Größe und den abnormen Inhalt der Dermoidcyste zu suchen sein. Es war nämlich, ganz analog dem Vorgange beim Wachsthum reiner glandulärer Cystome, auch hier bei dem Größerwerden der Geschwulst zu einer Dehiscenz der Scheidewand zwischen Dermoid und einzelnen Cysten des Cystomes gekommen. Es wäre demnach der abnorme Inhalt auf Rechnung der beiden mit einander verschmolzenen, heterogenen Cysten zu setzen, während das abnorme Größenwachsthum auf den dem glandulären Cystom entnommenen Antheil der Wandung zurückzuführen wäre.

Schließlich sei es mir an dieser Stelle gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Hofmokl, für die gütige Ueberlassung der Fälle bestens zu danken.

Ein Fall
von
Exfoliation der Cochlea, des Vestibulum und des Canalis semicircularis.

Mitgetheilt von **Dr. M. A. Goldstein** in St. Louis (Un. St.).

(Schluß.)

Was uns an diesem Falle am meisten interessirt und auch am wichtigsten ist, ist das Vorhandensein von Gehörsempfindung an der afficirten Seite nach Entfernung der Cochlea und der tiefgelegenen Theile der Pars petrosa.

Vollständig bewußt der Schwierigkeiten und Verantwortlichkeit, eine solche Behauptung aufzustellen und zu beweisen, stellte ich natürlich die sorgfältigsten und feinsten Proben an, um mich von der Richtigkeit meiner Schlüsse zu überzeugen. Die größte Schwierigkeit bestand im Ausschluß des gesunden Ohres bei den Gehörproben. Die Proben, deren ich mich am meisten bediente, waren die von Dennert und Lucae, und zwar mit Modificationen. Um den Grad des Hörvermögens in dem afficirten Ohre bei einseitiger Taubheit zu bestimmen, wird das gesunde Ohr zugestopft, der Tonquelle zugewandt und die Proben dann angestellt, wobei das kranke Ohr abwechselnd geöffnet und verstopft wird. Sollte sich ein Unterschied im Gehör nachweisen lassen, so muß dieser das kranke Ohr betreffen.

Eine feinere Modification dieser Probe ist von Burnett angegeben worden. Der Pat. hat sein krankes Ohr dem Untersucher zugewandt. Das gesunde Ohr wird zugestopft. Dann wird das Hörvermögen des kranken Ohres geprüft. Sobald man an der Grenze des Hörvermögens im kranken Ohre angelangt ist, wird auch dieses Ohr zugestopft. Sollte nun nach Verschluß des kranken Ohres kein Unterschied in der Stärke des Hörvermögens zu bemerken sein, so läßt sich der Schluß ziehen, daß das vorhandene Hörvermögen nicht der Leitung durch den Meatus audit. ext. des kranken Ohres zuzuschreiben ist. In solchem Falle ist der Ton auf dem Wege durch das gesunde Ohr zum Gehöre gelangt. Stellt sich dagegen nach Zustopfung des kranken Ohres ein Unvermögen, Töne zu vernehmen, ein, so läßt sich wiederum schließen, das der Unterschied im Hörvermögen dem kranken Ohre zugeschrieben werden muß. Dies führt uns zu folgendem Endschlusse: „Was gerade so gut mit offenem und zugestopftem afficirten Ohre — das gesunde Ohr ist während der Probe verschlossen — gehört werden kann, muß vom besseren Ohre bei Kopfleitung vernommen sein; dagegen muß das, was nur mit dem schlechten Ohre empfunden werden kann, bei Verstopfen des gesunden Ohres als von dem schlechten Ohre gehört angenommen werden.“

Es könnte nun die Frage aufgeworfen werden: Warum kann der Ton nicht zum kranken Ohr durch den Kopf geleitet werden, wenn es mit dem guten Ohr geschieht, das zugestopft und der Tonquelle abgewandt ist? Die Antwort würde sein, daß ein Ohr, welches, sei es zugestopft oder nicht, an einem durch den Meatus canal. audit. fortgepflanzten Ton keinen Unterschied bemerken kann, auch nicht fein genug ist, einen Ton zu empfinden, der durch den Kopf fortgepflanzt ist.

In unserem Falle wurden Gehörproben für Knochenleitung vermittelst Stimmgabel verworfen, da sie nicht so empfindlich zu sein schienen, als Proben durch Luftleitung. Ferner, da wir es mit einem exfoliirten Labyrinth zu thun hatten, war die Stimmgabel in Bezug auf Knochenleitung ohne jeden Werth.

Folgende Tabelle gibt den Erfolg der Hörproben.

Tonquelle	Gehörvermögen beide Ohren geschlossen	Gutes Ohr geschlossen, krankes Our offen
Laute Sprache	300 Cm.	900 Cm.
Flüstersprache	30 „	90 „
150 Centimeter Uhr	5 „	15 „
Politzer's Akumeter, vom Pat. als laute Uhr bezeichnet	15 „	35 „
Galton-Pfeife hoch	30 „	60 „
Unterschied bemerkt zwischen C, vierfach gestrichener C-Stimmgabel	8 „	35 „
Ton eines Harmoniums, Unterschied bemerkt zwischen C 3. Octave und C 5. Octave	35 „	90 „

Während der Ausführung einer jeden Prüfung waren die Augen des Pat. verbunden und die Ohren mit dem Zeigefinger eines erfahrenen Assistenten verstopft.

In Anbetracht der Jugend des Pat. und der Möglichkeit falscher Angaben wurde die Probe oft und in verschiedener Weise wiederholt, doch erwies sich der Erfolg doppelt werthvoll, als die Angaben jedesmal genau waren.

Das nächste von Wichtigkeit in klinischer Beziehung, was sich an diesem Pat. zeigte, war die Erhaltung des Gleichgewichtes. Wie oben erwähnt, konnte der Patient eine Stunde nach der Operation nach Hause gehen, ohne eine Spur von Schwächung des Gleichgewichtes zu zeigen. Alle Untersuchungen in Bezug auf das Gleichgewicht, bei geschlossenen Augen, unter starken Geräuschen u. s. w. ergaben keine Störung. Sein Gang war gerade und fest, Gleichgewichtsvermögen bis in's Kleinste bewahrt.

Nicht ohne großes Interesse ist die Rolle, die der Tuberkelbacillus in der Entwicklung dieses Falles spielt. Schon im Beginn der Krankheit konnte der Bacillus im Eiter

entdeckt werden, ohne daß eine objective Untersuchung des Thorax ein Zeichen von Phthisis ergab. Die freie Verbindung des Ohres mit dem Pharynx, das öftere Schlucken des mit dem Tuberkelbacillus inficirten Eiterausflusses; die Gastro-Intestinal-Störungen, der unaufhörliche Husten, starke Auswurf, Fieber, Vergrößerung der Hauptdrüsen, schnelle Abmagerung, starkes Schwächegefühl und schließlich das Ergriffensein der ganzen Lunge, Bacillus im Sputum, alles dies weist auf die schnelle Entwicklung des tuberculösen Processes hin. Der Schluß dürfte wohl nicht trügerisch sein, daß die allgemeine Tuberculose von einem localisirten Herde im Ohre ausging.

Was meine Stellung zu diesem Falle betrifft, so weit ich meine Schlüsse aus den sorgfältigen Prüfungen und klinischen Erscheinungen ziehen kann, so bin ich mir wohl bewußt, daß ich eine wichtige Frage berühre, und daß durch die erhaltenen Resultate ein neues Gesichtsfeld in der Theorie der Schallempfindung und der complicirten Functionen des Labyrinthes eröffnet werden kann.

Es ist nicht meine Absicht, die An- oder Unannehmbarkeit dieser Theorien zu erörtern, die sich im Anschluß an unseren Fall ergeben, sondern bei Erwähnung dieser Serie von Thatsachen einen Fingerzeig zu geben, daß Ungenauigkeiten in der allgemein anerkannten Schallempfindungstheorie und der Function des Canal. semicircul. in Bezug auf den Gleichgewichtssinn bestehen.

Obductionsbefund.

Unglücklicher Weise war eine vollständige Section nicht erlaubt. Das rechte Os temporale wurde entfernt und dann die Krankheitsstelle untersucht. Der trockene antiseptische Verband, der 10 Tage vorher angelegt war, wurde entfernt und zeigte sich trocken und rein. Die Regio post-auricularis zeigte nur eine mäßige Depression in Vergleich zu einem so ausgedehnten nekrotischen Proceß. Die Fistel war beinahe geschlossen, so daß kaum eine Sonde eingeführt werden konnte.

Die Untersuchung des erkrankten Os temporale nach seiner Entfernung bestätigte die Beschreibung der abgestoßenen Area. Einschließend den Canal. audit. extern. und mastoid. war die Squama erhalten; die nekrotische Zone besaß einen Radius von ungefähr $2^1/_2$ Cm. mit unregelmäßig scharf abgegrenztem Rande. Nehmen wir dies als die Basis eines langen, spitzzulaufenden Canales, so war die Axe ungefähr 7 Cm. lang nach einwärts, abwärts und rückwärts gerichtet, mit der Spitze an der Tuba Eustachii endend.

Diese spitzzulaufende Fistel, durch welche die Sequester entfernt worden waren, war mit zahlreichen festen, feinen Granulationen angefüllt. Alle Spuren des knöchernen Can. audit. ext. und Cavum tympani waren verschwunden. Nur die obere Wand und ein Theil der hinteren Partie des Can. audit. intern. war noch von der Petrosa vorhanden. Der Abschnitt des Nervus auditorius, der in der Tiefe dieses Canales lag, zeigte sich bei mikroskopischer Untersuchung in Farbe und Beschaffenheit normal.

Nach Entfernung des Os temp. wurde die dargelegte Höhle untersucht, und zwar mit besonderer Berücksichtigung der angrenzenden Theile des Craniums. An dem Perioste zeigten sich zahlreiche Erosionen und Unregelmäßigkeiten, doch war die Dura mater überall unversehrt. Bei einer so allgemeinen, schnell entwickelten Tuberculose hätte man wohl mit Recht eine Meningitis tuberculosa erwarten dürfen. Doch eine noch so sorgfältige Examination ergab absolut kein Zeichen einer derartigen Erkrankung.

Bemerkenswerth bleibt es immerhin, daß in einem Falle von Tuberculosis miliaris, ausgehend von einer langdauernden Otitis media suppurativa tuberculosa und einer so ausgedehnten Nekrose, durch welche der größte Theil des Schläfelappens lateral und der anliegende Abschnitt der Carotis interna direct der Infectionsstelle ausgesetzt war, keine Gehörscomplication zu verzeichnen war.

Mittheilungen aus der Praxis.

Zur Anwendung des Ferropyrins.

Von **Dr. Hans Degle** in Kindberg.

In Nummer 7 (1895) dieser Blätter war ein Bericht des Dr. W. CUBASCH über die therapeutische Anwendung des Ferropyrins enthalten, der mich veranlaßte, mit diesem Arzneikörper Versuche anzustellen, zumal mir die Verbindung eines leicht resorbirbaren Eisenmittels mit einem Antineuralgicum schon lange als ein frommer Wunsch vorgeschwebt hatte. Weiß ja doch jeder Arzt, wie oft die hartnäckigsten Neuralgien auf dem Boden von Blutarmuth und Chlorose, von Unterernährung und anderen Schwächezuständen entstehen.

Ich habe nun das Ferropyrin seit einigen Monaten in allen passenden Fällen angewendet, und es freut mich, die Angaben des angezogenen Artikels in Betreff der Behebung mangelhafter Blutbeschaffenheit und deren Gefolge vollinhaltlich bestätigen zu können. Anämische oder chlorotische Zustände ließen sich durch dieses Mittel gerade so beheben wie durch andere leicht resorbirbare Eisenmittel, und glaube ich, daß das Ferropyrin vor anderen Eisenmitteln höchstens den Vortheil der geringen Dosirung voraus hat. Besonders aber werthvoll für den Arzt und dem neuen Mittel eine auszeichnende Stelle unter allen Eisenmitteln verleihend, ist die prompte und rasche Wirkung auf solche mit Neuralgien complicirte Fälle. Kopfschmerz, einseitig oder beiderseitig, Neuralgien der verschiedensten Art, namentlich die so häufigen und lästigen Intercostalneuralgien, schwanden oder wurden doch wenigstens um ein Bedeutendes in wenigen Tagen gebessert, um bei consequenter Anwendung nicht wiederzukehren. Dieser Umstand allein schon spricht sehr für dieses neue Mittel, denn der Patient wartet ja gerne und leicht auf die Wiederkehr seiner völligen Gesundheit, wenn sie auch wochenlang auf sich warten läßt, wenn nur die quälendsten Erscheinungen behoben sind. Einen störenden Einfluß auf die Verdauung oder Magenbeschwerden konnte ich nie beobachten, ja im Gegentheil, die Verbindung des Ferropyrins mit Salzsäure und Pepsin, eine, wie es scheint, besonders glückliche Combination, behob in überraschend kurzer Zeit die bei erwähnten Zuständen so häufigen dyspeptischen Beschwerden und die so oft den ganzen Erfolg einer unternommenen Eisentherapie in Frage stellende Appetitlosigkeit.

Da ich der Ansicht huldige, Darmerkrankungen nur durch strenge Diät, durch Fortschaffung angehäufter Zersetzungsproducte und möglichste Desinficirung des Darminhaltes zu bekämpfen, habe ich dieses Mittel in solchen Fällen nicht in Anwendung gezogen und muß mich daher in dieser Hinsicht der Abgabe einer Meinung enthalten. In einem Falle von chronischer Urethritis habe ich das Mittel angewendet, allein leider mit dem mir von vorneherein wahrscheinlichen Erfolge aller kleinen Injectionen in diesem Stadium, mit negativem.

Daß aber auch Neuralgien, die nicht auf anämischer Basis beruhen, durch Ferropyrin günstig beeinflußt werden, lehrte mich ein erst vor Kurzem behandelter Fall von Ischias bei einem 60jähr., kräftigen, wohlgenährten Manne, den ich wochenlang mit Elektricität, Antipyrin, Phenacetin etc. behandelte, und der erst auf Ferropyringebrauch rasch und dauernd heilte.

Was die Dosirung anbelangt, so habe ich mich in der Regel einer etwas höheren Dose bedient, als sie von Dr. CUBASCH angegeben, besonders dann, wenn es mir darum zu thun war, bestehende Neuralgien zu bessern. Ich verschrieb dann gewöhnlich 1 bis $1^1/_2$ Grm. auf 200 Grm. Wasser, 3mal des Tages 1 Eßlöffel voll zu nehmen. Ein nicht außer Acht zu lassender Factor bei Anwendung des Ferropyrins liegt einerseits in der daraus resultirenden Billigkeit, auch ein Umstand, der mich besonders für das Mittel einnahm, nachdem es im Gegensatze zu den sonstigen neu auftauchenden Mitteln bei billigem Preise mehr leistet als die anderen enorm theueren.

Mein Schlußurtheil über das Ferropyrin fasse ich aber in Folgendem zusammen: Das gedachte Mittel ist wieder einmal eines jener

neu auftauchenden Mittel, welches sich in unserem Arzneischatze gewiß einbürgern wird, und es verdient dasselbe eine ausgedehnte Anwendung, da es einen mehr als ephemeren Werth hat.

Revue.

Tod und Gesundheitsschädigung durch Elektricität

Literatur: H. L. JONES (London): Die letalen Wirkungen elektrischer Ströme. („British med. Journ.", 1895, Nr. 2 u. 3.) — DÜRCK (München): Zur Casuistik des Blitzschlages nebst Bemerkungen über den Tod durch Elektricität. („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 31.) — Ueber erste Hilfe bei Unfällen durch Elektricität. („Pharm. Centralbl.", 1895, Nr. 8.)

Die große Verbreitung des elektrischen Lichtes in den letzten Jahren hat einzelne Todesfälle bei Arbeitern in elektrischen Betrieben sowie bei Personen veranlaßt, die zufällig mit Leitungen hochgespannter Ströme (1000 Volts und darüber) in Berührung kamen. Die Beantwortung der Frage, auf welche Weise der elektrische Strom tödtlich wirkt, ist daher sowohl bezüglich der Prophylaxe, als auch in Betreff der Behandlung solcher Fälle von großem Interesse. D'ARSONVAL hat behauptet, daß der Tod nicht durch Herzlähmung, sondern durch Lähmung der Respiration eintritt, und hat sogar erklärt, daß seiner Meinung nach die in Amerika durch Elektricität hingerichteten Verbrecher erst während der Obduction (!) gestorben seien, daß der Schreck sie nur betäubt habe und sie durch künstliche Athmung hätten wieder belebt werden können. Andere Autoren sind seinem Beispiele gefolgt.

Gegen diese Ansicht polemisirt JONES und bemerkt, daß in einigen dieser Unglücksfälle künstliche Athmung vergeblich angewandt worden ist, und daß bei den Sectionen der durch den elektrischen Strom hingerichteten Verbrecher das Herz nicht mehr pulsirend angetroffen worden ist, obgleich die Section unmittelbar nach der Hinrichtung gemacht wurde.

Die Untersuchung der Leichen solcher durch Elektricität Getödteter gibt oft geringen Aufschluß über die Art des Todes. Gewöhnlich findet man einige Merkmale von Verbrennungen an dem Theile, welcher mit dem Leitungsdraht in Berührung kam, oder dem Eintrittspunkt des elektrischen Stromes; man sollte aber stets den ganzen Körper nach anderen Brandstellen untersuchen, und zwar am Austrittspunkt des Stromes, wo der Strom von dem Pat. in die Erde oder auf einen anderen Conductor übergeleitet wurde. Hat die Fortleitung nach der Erde hin stattgefunden, so verläßt der Strom den Körper gewöhnlich bei den Füßen; diese also sowohl wie die Sohlen der Schuhe sollten immer untersucht werden. Sind die Schuhe und Strümpfe feucht, so findet man häufig keine Brandflecke an den Füßen, selbst wenn ein Strom von tödtlicher Stärke durch den Körper gegangen ist. Die Schwere der Brandwunden kann eher als Maßstab für die Dauer des Contactes als für die Stärke des tödtlichen Schlages angesehen werden.

In den Sectionsberichten werden öfter Congestionen und Blutextravasationen oder interne Hämorrhagien als durch den elektrischen Schlag verursacht erwähnt und die damit verbundene Steigerung des Blutdruckes hervorgehoben. Diese sind an sich selbst nicht die Todesursache. Als Todesursache ist Herzlähmung anzunehmen.

DÜRCK berichtet über einen Fall von Blitzschlag, einen Feldarbeiter betreffend, der, vom Blitze an der Stirn getroffen, sofort todt umsank, ohne einen Laut von sich zu geben. Die Section ergab deutlich zackige Blitzfiguren auf Brust und Bauch. Ueber dem linken Tuber frontale eine dunkel gefärbte Impression der Haut; Augenbrauen, Bart- und Schamhaare angesengt. Ueber der linken Hirnhemisphäre, und zwar im Bereich des ganzen Scheitellappens, des hinteren oberen Theiles des Stirnlappens und der zwei oberen Windungen des Schläfelappens sind die weichen Meningen von einer diffusen, sehr dunkelrothen, fast schwärzlichen Blutung durchsetzt; die Gehirnsubstanz selbst zeigt eine äußerst weiche Consistenz. Aus den Vorhöfen des Herzens entleert sich sehr reichliches, vollkommen flüssiges, fast schwarzes Blut, ohne die geringste Beimischung von Gerinnseln. Die Abdominalorgane sämmtlich hyperämisch. — Die auffallende, ganz abnorme Weichheit der Substanz des Centralnervensystems führt D. auf eine specifische Wirkung des Blitzstrahles zurück; es handelte sich dabei offenbar um eine Lockerung des gegenseitigen Zusammenhanges der kleinsten Elementartheilchen durch den ungeheuer hochgespannten elektrischen Strom. Während früher äußerst mystische Vorstellungen betreffs des Todes durch Blitzschlag obwalteten, hat STRICKER im Jahre 1861 im Ganzen 27 Fälle kritisch gesichtet; seine Schlüsse gehen dahin, daß die Verbrennung alle Grade zeigen kann, und daß von allgemeinen Erscheinungen rascher Eintritt der Fäulniß, beträchtliche Erweiterung der Pupillen und Blutungen aus Nase und Mund zu bemerken sind. Auf Grund einer erschöpfenden Zusammenstellung der neueren einschlägigen Literatur kommt D. zu dem Schlusse, daß der elektrische Strom von genügend starker Spannung das Leben durch vorübergehende oder dauernde Lähmung der Athmungs- oder Herzbewegungscentren schädigen oder vernichten kann. Als anatomischen Ausdruck dieser Einwirkung findet man regelmäßig verlangsamte, resp. aufgehobene Gerinnungsfähigkeit des Blutes, meistens circumscripte oder ausgedehnte Gefäßzerreißungen auf dem Durchgangswege des elektrischen Stromes, manchmal Zertrümmerungen einzelner besonders betroffener Organtheile, gewöhnlich Brandwunden an den Ein- und Austrittsstellen des Stromes. Die „Blitzfiguren" bedürfen noch einer exacten Erklärung.

In Nr. 34 d. Bl. wurde der wesentliche Inhalt eines Vortrages wiedergegeben, den Prof. KRATTER (Graz) über den Tod durch Elektricität gehalten hat, und in welchem er auf Grundlage von Thierversuchen empfiehlt, durch Elektricität Verunglückte wie in Erstickungsgefahr befindliche Menschen zu behandeln. Im Anschlusse an diesen Vortrag sei eine Mittheilung reproducirt, welche genaue, auch technisch bemerkenswerthe Vorschriften über die erste Hilfeleistung bei Personen enthält, die mit elektrischen Drähten in gefährliche Berührung gekommen sind. Die Vorschriften lauten:

1. Man unterbreche sofort den elektrischen Strom, wenn ein solches Mittel nahe zur Hand ist und man damit umzugehen versteht.

2. Ist dies nicht der Fall, so hüte man sich, den Körper des Verglückten mit der Hand zu berühren. Wenn Gummihandschuhe nicht da sind, so ziehe man ihn an seinen Rockschößen aus den Drähten. Oder man falte seinen eigenen Rock oder eine trockene Decke in zwei oder drei dicke Lagen zusammen und benutze dies zum Anfassen des Körpers, um ihn herauszuziehen.

3. Wenn es unmöglich ist, den Verunglückten aus den Drähten herauszuziehen, so hebe man mit bedeckten Händen den Theil des Körpers des Verunglückten in die Höhe, der mit der Erde oder einem der Pole in Berührung steht. Dadurch wird der elektrische Strom unterbrochen und es wird gewöhnlich möglich, den Körper herauszuziehen.

4. Wenn dies Alles nicht gelingen sollte, so mache man aus trockenem Tuche noch ein anderes Kissen, das man dann unter den Theil des Körpers schiebt, der auf dem Boden liegt. Dann fahre man fort, den Körper aus den Drähten, wie vorerwähnt zu befreien.

5. Ist der Körper vom elektrischen Draht befreit, so entferne man am Halse alle Bekleidung und behandle den Verletzten wie einen Ertrunkenen. Man öffne den Mund des Verunglückten und erfasse dessen Zunge mit den Fingern, die mit einem Taschentuche bedeckt werden sollen. Dann ziehe man die Zunge nach vorn und lasse sie allmälig wieder zurückgehen. Dies wiederhole man etwa 16mal in der Minute. Man achte darauf, daß die Wurzel der Zunge mit in Thätigkeit kommt, daß also das Herausziehen der Zunge gründlich geschieht.

6. Man wehre alle Versuche der Umstehenden ab, dem Verunglückten Alkoholica oder dergleichen einzuflößen. a.

Referate und literarische Anzeigen.

CZERNY (Heidelberg): **Ueber Heilversuche bei malignen Geschwülsten mit Erysipeltoxinen.**

Eine Sichtung der einschlägigen Literatur von THIERSCH bis EMMERICH und SCHOLL, die Behandlung von Neoplasmen mit parenchymatösen Injectionen betreffend, ergab, daß einzig und allein die von CZERNY durch THOLEN empfohlene Injection von Tct. Fowleri bei

Lymphosarkomen „eine gewisse praktische Bedeutung" erlangt hat. Bezüglich der zuerst von BUSCH gemachten Beobachtung, daß Sarkome manchmal unter dem Einfluß von Erysipel zum Schwinden kommen, liegt eine Statistik von P. BRUNS vor, nach welcher sich die curative Wirkung des Erysipels zuweilen bei Lupus, scrophulösen Drüsen, Nasenpolypen und Narbenkeloiden geltend machte; bei Carcinomen aber wurde höchstens eine Besserung, keine Heilung beobachtet. Bis auf zwei Fälle, bei welchen ein günstiger Einfluß des Erysipels auf Carcinom (der Mamma) nicht geleugnet werden konnte, hat CZERNY häufig beobachtet, daß das zufällige Erysipel ganz ohne Einfluß auf den Verlauf des Krebses geblieben ist, ja in manchen Fällen sogar ein rascheres Wachsthum desselben veranlaßt hat.

Da EMMERICH und SCHOLL ihre Methode „nicht genau angegeben haben" und das von ihnen in den Handel gebrachte Serum (Blutserum von mit Erysipel injicirten Thieren) „offenbar ungenügend sterilisirt und ungleichmäßig in der Herstellung ist", stand Cz. („Münch. med. Wochenschr." 1895, Nr. 36) von der Prüfung dieses Serums ab und nahm dieselbe mit (nach COLEY) drei Wochen lang in Bouillon gezüchteten Erysipelculturen vor. Dieselben wurden mit Prodigiosus versetzt und wiederholt und so lange bei 58° C. sterilisirt, bis sie sich vollkommen steril erwiesen.

Die Flüssigkeit ist von hellgelber Farbe und durch die getödteten Bacterienleiber leicht getrübt. Sie ist in hohem Grade toxisch und erzeugt bei empfindlichen Menschen, namentlich wenn sie in die Geschwulst selbst injicirt wird, schon bei zwei Theilstrichen hohes Fieber, bei stärkeren Dosen (höchstens fünf Theilstrichen) sehr häufig intensiven Schüttelfrost, dem zweimal Herpes labialis am zweiten Tage folgte, oft Uebelkeiten bis zum Erbrechen und intensives Gefühl von allgemeiner Schwäche und Abgeschlagenheit, seltener von intensivem Schmerz an der Injectionsstelle. Diese zeigt in der Regel gar keine Veränderung und keine locale Entzündung. Bei der Injection entfernt von der Geschwulst war die Reaction geringer und blieb manchmal ganz aus. Nach 2—4 Stunden ist das Fieber vorüber und macht einer Euphorie Platz, welche bei häufiger Wiederholung der Injectionen allmälig durch ein permanentes Unbehagen weniger zu Tage tritt.

Die Versuche wurden an 8 Fällen, je vier Sarcomen und Carcinomen, vorgenommen. Bei letzteren waren bisher keine Veränderungen zu verzeichnen, doch ist die Beobachtungszeit eine zu kurze (3 Monate), um sichere Schlüsse ziehen zu können. Dasselbe gilt von 3 Fällen, Sarcome betreffend. Bemerkenswerth ist nur ein Fall von Rundzellensarcom der Parotisgegend, welches bei einer 35jährigen Frau während der Gravidität aufgetreten und rasch gewachsen war. Nach 18 Einspritzungen von 1—6 Theilstrichen in den Tumor erfolgte erhebliche Verkleinerung desselben und Besserung der secundären Facialislähmung. Wie Cz. ausdrücklich hervorhebt, ist der Fall nicht beweisend, weil es bekannt ist, daß während der Schwangerschaft entstandene Geschwülste nach der Entbindung zuweilen theilweise, selten vollständig zurückgehen. — Ueber die Ergebnisse weiterer Versuche wird seinerzeit berichtet werden.

Im Hinblick auf das große pathologische Interesse der Einspritzung sterilisirter Mischculturen vereinigt Cz. seine bisherigen spärlichen mit COLEY'S viel ausgedehnteren Erfahrungen in folgenden Sätzen:

1. Die sterilisirten, aber nicht filtrirten Mischculturen des Erysipels und Prodigiosus machen bei Injectionen ganz kleiner Mengen rasch ansteigendes Fieber, oft mit Schüttelfrost, Status gastricus, Benommenheit des Kopfes, Delirien, manchmal mit Herpes labialis, fast immer ohne locale Entzündungserscheinungen. Die Intensität hängt von der Individualität, von der injicirten Menge, endlich davon ab, ob die Flüssigkeit in die Gewebsspalten oder in die Blutgefäße eingedrungen ist (REPIN).

2. Die Erscheinungen gehen nach wenigen Stunden zurück ohne dauernde Störungen des Allgemeinbefindens. Nach häufig wiederholten Einspritzungen stellt sich Appetitlosigkeit, Abmagerung, Blutleere, Apathie ein.

3. Die Injectionen können auf sarcomatöse Geschwülste einen specifischen Einfluß ausüben und unter günstigen Umständen die Heilung herbeiführen (COLEY). Die Geschwülste werden serös durchtränkt und welken dann einfach ab, werden also wohl resorbirt, oder es tritt Erweichung, Nekrose und Abstoßung von Geschwulsttheilen ein.

4. Da die Erfolge noch ganz unsicher sind, kann diese Behandlungsmethode die Operation nicht ersetzen, geschweige denn überflüssig machen. Sie hat deshalb vorläufig bei inoperablen oder recidivirenden Geschwülsten ihren Platz, vielleicht wird man auch nach Operationen von Sarcomen, um Recidive zu verhüten, von derselben Gebrauch machen dürfen.

5. Bei Carcinomen scheinen die Injectionen höchstens eine Verlangsamung des Wachsthums, aber keine Heilung herbeizuführen.

B.

TH. SCHÜLER (Berlin): **Brustkrebs, durch das EMMERICH-SCHOLL'sche Erysipelserum geheilt.**

Die von SCH. in „Deutsch. med. Wochenschr." (1895, Nr. 37) publicirte Krankengeschichte lautet:

Frau H., 47 Jahre alt, hat seit 5 Jahren einen Tumor in der rechten Mamma, der zuletzt schnell gewachsen, reichlich faustgroß, steinhart, mit dem Musculus pectoralis major verwachsen war und zeitweise heftige Schmerzen verursachte. In den letzten Monaten war das Wachsthum des Tumors ein sehr schnelles, und die leiseste Berührung verursachte unerträgliche Schmerzen. Der Zustand war so qualvoll, daß die Kranke auf eine Beseitigung der Geschwulst drang. SCH. hatte Pat. bereits vor 3 Jahren behandelt und damals schon die Diagnose auf Carcinom gestellt und die Exstirpation dringend empfohlen. Indeß wurde $2^1/_2$ Jahre lang ein anderer Arzt zu Rathe gezogen, der die Resorption durch innerliche Mittel zu erstreben versprach, bis er zum Schluß auch die Exstirpation empfahl. Nunmehr begab sich Pat. wieder in SCH.'s Behandlung; außer der starken Vergrößerung des Tumors fand er denselben jetzt mit dem Musculus pectoralis major verwachsen und außerdem bedeutende Härte, sowie Schmerzhaftigkeit. SCH. injicirte in $1^1/_2$ Wochen circa 28 Ccm. EMMERICH-SCHOLL'sches Erysipelserum. In den ersten Tagen trat leichte erysipelatöse Röthung und Temperatursteigerung auf 37·9° C. ein; am 10. Tage stellte sich plötzlich Fieber (38° C.), intensive Röthung, große Schmerzhaftigkeit und Fluctuation ein. Eine Incision entleerte reichlich $^1/_4$ Liter Pus bonum et laudabile. Die Eiterung dauerte 8 Tage, worauf der Tumor bis auf eine taubeneigroße, harte, nicht schmerzhafte Stelle verschwunden war; das Fieber hatte nur den einen Tag bestanden; die Wunde schloß sich, und es sickerte noch eine Zeit lang seröse Flüssigkeit aus der Brustwarze. Damit wurde der Rest des Tumors von Tag zu Tag kleiner und weicher. Jetzt ist er nahezu ganz resorbirt, und SCH. „kann mit gutem Gewissen jetzt schreiben, daß er in absehbarer Zeit ganz und gar verschwunden sein wird, ohne daß therapeutisch noch etwas zu geschehen hat" (!). Der gegenwärtige Zustand ist vorzüglich; gar keine Schmerzen, vollkommene Euphorie, Pat. ist wie neugeboren und hat in 2 Wochen circa 14 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Die Frau, welche von allen ihren Verwandten aufgegeben war und sich selbst mit Todesgedanken getragen hatte, ist jetzt ein Bild der Gesundheit. — Für SCH. steht es außer Zweifel, daß die Wissenschaft durch die so heftig angefeindete Einführung des Erysipelserums mit einem rationellen, auf experimenteller Basis begründeten Heilmittel bereichert wurde, welches berufen ist, selbst in hoffnungslosen Fällen von Krebs zum mindesten temporäre Heilung herbeizuführen und die armen Kranken durch Beseitigung namenloser Schmerzen wenigstens auf längere Zeit zu beglücken. Nicht zu unterschätzen sei, daß derartige drastische Erfolge auf den Lebensmuth der Kranken einen außerordentlich günstigen Einfluß ausüben und dadurch indirect die Eßlust, die Ernährung und den Kräftezustand der Kranken hervorragend zu heben vermögen. A.

Organische Chemie für Aerzte in 12 Vorlesungen.

Von **Dr. Felix B. Ahrens**, Privatdocent der Chemie an der Universität zu Breslau. Stuttgart 1894. F. Enke.

Die Ergebnisse der rastlos fortschreitenden Chemie haben in den letzten Jahren einen derartigen Umfang erreicht, daß es dem Arzte durchaus nicht leicht wird, sich ohne geeignete Hilfsmittel

einen klaren Ueberblick über die Fortschritte der organischen Chemie zu verschaffen. Und doch hat die organische Chemie für die Medicin eine außerordentliche Bedeutung, denn es vergeht ja fast kein Tag, wo nicht dem Arzte Kunde von der Entdeckung neuer, physiologisch wirkender Substanzen gemacht wird. Diesen erfreulichen Fortschritt in der Chemie der Arzneimittel verdanken wir hauptsächlich der Erkenntniß, daß die physiologischen Wirkungen der Arzneimittel abhängig sind von der chemischen Constitution. Wenn auch zugegeben werden muß, daß eine Reihe von Substanzen, wie die Toxine und Antitoxine, die berufen sind, in der praktischen Medicin eine hervorragende Rolle zu spielen, bis jetzt noch nicht als chemisch charakterisirte Individuen feststehen, so finden wir andererseits ganze Gruppen von Körpern, die streng wissenschaftlich durchforscht sind und die interessante und für die praktische Medicin wichtige Beziehungen zwischen ihrer chemischen Constitution und ihrer physiologischen Wirkung erkennen lassen.

Verf. hat es sich nun zur Aufgabe gestellt, in knapper Form einen möglichst klaren Ueberblick über die wichtigsten Körperclassen der organischen Chemie zu geben und ist dieser Aufgabe vollkommen gerecht worden. Die Darstellung ist durchwegs übersichtlich und correct und geeignet, das Interesse des Lesers dauernd zu fesseln. Die Knappheit der Darstellung brachte es mit sich, daß Verf. einige den Arzt interessirende Verbindungen, wie die Glycuronsäure, das Indol, Skatol, die Oxybuttersäure, ferner das wichtige Gebiet der Peptone gar nicht erwähnt hat. Auch die Zuckerarten verdienten eine etwas ausführlichere Behandlung, als es der Verf. in seiner IX. Vorlesung gethan hat.

Im Uebrigen können wir das Buch Jedem, der sich einen Ueberblick über das große Gebiet der organischen Chemie aneignen will, auf das Wärmste empfehlen. Dr. ADOLF JOLLES.

Die Grundzüge einer hygienischen Prophylaxe der Ohrentzündungen unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen hygienischen Maßnahmen. Von **Docent Dr. Rudolf Haug**, Leiter der Abtheilung für Ohrenkranke an der kgl. chirurgischen Universitätspoliklinik in München. (Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Docent Dr. HAUG in München. Jena 1895, Gustav Fischer.)

Vor uns liegt das erste Heft einer Sammlung klinischer Vorträge aus den oben bezeichneten Gebieten, welche sich das doppelte Ziel gesteckt hat: eine größere Popularisirung der Otologie und Pharyngo-Rhinologie unter den Aerzten anzubahnen und andererseits den Zusammenhang dieser Specialfächer mit der allgemeinen Medicin durch die gründliche Erörterung verschiedener Fragen klar darzuthun. Dieses Unternehmen verspricht eine klaffende Lücke in der medicinischen Tagesliteratur auszufüllen, und es wird ihm hoffentlich auch gelingen, das Interesse der praktischen Aerzte an der Ohrenheilkunde und der Pharyngo-Rhinologie zu steigern; ein Interesse, das heute leider noch ein sehr geringes ist.

Das Thema, mit welchem der Herausgeber die Reihe der Publicationen eröffnet, war sozusagen von selbst gegeben. Denn so verdienstvoll es ist, Krankheiten zu heilen, als ein noch größeres Verdienst wird es stets gelten, sie verhindert zu haben. HAUG geht von der richtigen Ansicht aus, daß im menschlichen Organismus jeder Theil zum Ganzen streben muß, und daß daher die Pflege eines einzelnen Organes erst dann eine vollkommene genannt werden kann, wenn dabei auch alle übrigen Organe unter ein hygienisches Regime gestellt worden sind. Für den Praktiker erschließt sich da ein segensreiches Feld ärztlicher Bethätigung. Er wird aber auch aus der Lectüre des hier angezeigten Heftes erfahren, welch wichtige Rolle die sorgfältige Instandhaltung der Mundhöhle, des Nasenrachenraumes und des ganzen Respirationstractes in der Prophylaxe der Ohrerkrankungen spielt und wie sie zu bewerkstelligen ist. Die Arbeit enthält des Anregenden und Belehrenden auch sonst eine Menge, und wir können sie daher dem ärztlichen Leserkreise auf's Wärmste empfehlen. EITELBERG.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit. Von **Dr. J. Kraus sen.** in Karlsbad. Zweite Auflage. Berlin, August Hirschwald.

Sehr sachkundig und klar bespricht der Autor das Thema der Gallensteinkrankheit, für welches ihm die Erfahrung über viele tausende hiehergehöriger Fälle zu Gebote steht. Die Morphologie der Gallenconcremente, die Aetiologie, Symptome, Diagnose und Prognose, sowie besonders die Therapie der Krankheit werden eingehend erörtert, und eine sehr interessante Casuistik, welche offenbar nur die Elitefälle aus der Praxis des Verf. enthält, bildet einen werthvollen Anhang zur mehr übersichtlich gehaltenen Darstellung des Stoffes. Besonders bemerkenswerth sind die Fälle mit Complicationen: Nierensteinen, Diabetes, Migräne. G. K.

Optotypy. Von Eduard v. Jäger. Wien u. Leipzig 1895, Franz Deuticke.

Von Prof. SCHÖBL in Prag sind zum Gebrauch für böhmische Aerzte die JÄGER'schen Schriftproben in czechischer Sprache edirt worden. Denselben haften natürlich all die Vortheile an, derenthalben die JÄGER'schen Schriftproben überhaupt allüberall so gerne gebraucht werden. KÖNIGSTEIN.

Feuilleton.

Die 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

Lübeck, 17. September 1895.

„Lubek aller stede schone
Van riker ere dragestu die krone."

Das Lob des Minnesängers ist nicht unverdient. Die einstige Beherrscherin der Ostsee, dies ehemalige Haupt der mächtigen Hansa, heute eine von Neuem aufstrebende freie Handelsstadt, nimmt den Besucher gefangen durch ihre herrliche Lage an der zu Hafenanlagen erweiterten Travemündung, erregt sein Interesse durch die zahlreichen, theils im gothischen, theils im Renaissancestyl gehaltenen Giebelhäuser, und läßt auf Schritt und Tritt die ruhmvolle Vergangenheit wieder aufleben, die Erinnerung an die führende Rolle, die Lübeck im Mittelalter zu spielen berufen war. Das ehrwürdige Rathhaus, die trotzigen Thore, die Reste alter Befestigungen sind Zeugen einstiger Macht, entschwundenen Glanzes. Der Zeit des Kriegsglücks ist die Epoche friedlicher Pflege des Handels und der Künste gefolgt. Prächtige Bauwerke schmücken die Stadt, deren Kirchen den streng gothischen Charakter tragen, und ein freundlich Willkommen winken die Fahnen und Fähnlein den deutschen Naturforschern entgegen, die zum ersten Male auf Lübecks historischem Boden sich vereinen, ein „Erntefest" deutscher Wissenschaft zu begehen.

Auch das Wahrzeichen der alten Hansestadt, das Rathhaus Lübecks, hatte Festschmuck angelegt und seine Pforten weit geöffnet zum Begrüßungsabend der deutschen Gelehrten und ihrer Damen, die von den Geschäftsführern der diesjährigen Versammlung, Senator Dr. BREHMER und dem praktischen Arzte Dr. ESCHENBURG, empfangen wurden. Die weiten Hallen und Keller des Bürgerhauses sahen eine stattliche Versammlung alter und junger Forscher vereint, und in allen Nuancen deutscher Zunge erschallte der Willkommensgruß zu ernstem und fröhlichem Beisammensein.

Die Verhandlungen selbst nahmen mit der ersten allgemeinen Sitzung ihren Anfang, die in der geräumigen Turnhalle abgehalten wurde. Unter den üblichen Begrüßungsreden ragte die Ansprache des derzeitigen Vorsitzenden der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, Prof. WISLICENUS (Leipzig), hervor, aus dessen Worten das Bedauern über den numerischen Rückgang der Gesellschaft klang, der — wie seinerzeit vorausgesagt worden war —

seit ihrer Neuorganisation im Jahre 1891 datirt. So mancher Arzt und Naturforscher begnügt sich damit, einer oder der anderen Versammlung als „Theilnehmer" beizuwohnen, bedenkt sich aber, als „Mitglied" in ein ständiges, mit einer (wenn auch geringen) Steuer verbundenes Verhältniß zu der Gesellschaft zu treten. Vielleicht wird der Hinweis des Redners auf die auch den gelehrten Gesellschaften gebotene Nothwendigkeit, einig zusammenzustehen gegen die Feinde freier Forschung, die Säumigen zur Fahne rufen.

Unter großer Spannung des Parterres von Gelehrten bestieg hierauf Prof. GEORG KLEBS (Basel) die Tribüne, um seinen Vortrag „Ueber einige Probleme aus der Physiologie der Fortpflanzung" zu halten, dessen wesentlichen Inhalt ich im Folgenden wiedergebe.

Die Fortpflanzung als die höchste Lebensthätigkeit jedes Organismus hat seit der frühesten Zeit das lebhafteste Interesse der Naturwissenschaft erregt. Nachdem zuerst die Form, der gröbere Bau der Zeugungsorgane lange allein berücksichtigt worden war, wandte sich die Forschung nach dem Siege der Zellentheorie in der Mitte unseres Jahrhunderts dem feineren inneren Bau der Organe zu. Von den Bestandtheilen der Zellen erschien bald der kleine Zellkern als der wichtigste, und ihm wurde auch nach der Hypothese von O. HARTWIG die wesentliche Rolle bei der Befruchtung zugeschrieben. Die genauere Kenntniß der Formverhältnisse der Fortpflanzungsorgane führte zwar zu sehr lebhaften theoretischen Erörterungen bis in die neueste Zeit, aber nicht zu einem klareren Verständniß der Functionen, so daß auch heute noch die Erscheinungen der Fortpflanzung von tiefem Dunkel umhüllt sind. Der Redner betont, daß man jetzt danach streben müsse, die Probleme der Fortpflanzung mehr mit Hilfe des Experimentes in Angriff zu nehmen, um der bis jetzt noch so kümmerlichen Physiologie der Fortpflanzung neues Leben einzuflößen.

Jede Lebensthätigkeit kann man nur dann erfolgreich physiologisch erforschen, wenn bekannte äußere Kräfte bei ihr thätig sind und diese mit ihren nächsten Wirkungen auf dem Wege chemischer und physikalischer Methoden untersucht werden können. Die Grundfrage, von der die Zukunft der Physiologie der Fortpflanzung abhängt, lautet dahin, ob überhaupt und in welchem Grade äußere Bedingungen die Fortpflanzung beeinflußen. Schon oft ist ausgesprochen worden, daß die treibenden Kräfte der Zeugung allein in der innersten unerklärlichen Natur des Organismus entwickelt werden und daher der Erkenntniß sich entziehen.

Die Hauptaufgabe der KLEBS'schen Ausführungen liegt in dem Nachweis, daß eine ganze Reihe von Fortpflanzungsproblemen einer physiologischen Behandlung fähig sind. Dieser Nachweis gründet sich hauptsächlich auf Versuche, die der Redner in den letzten Jahren angestellt hat. Zwei Arten der Fortpflanzung muß man bei Pflanzen und Thieren unterscheiden: Die ungeschlechtliche, bei der einzelne Keime, jeder für sich, zu neuen Wesen heranwachsen, und die geschlechtliche, bei der zwei Zellen, die weibliche Eizelle und die männliche Spermazelle, verschmelzen, um ein entwicklungsfähiges Product zu liefern. Zunächst beweisen die Versuche des Redners, daß die ungeschlechtliche Fortpflanzung, die bei den niederen Pflanzen, Algen, Pilzen, Moosen, Farnen in überaus großer Mannigfaltigkeit vorkommt, in strenger Abhängigkeit von bestimmten äußeren Bedingungen steht. Die Kenntniß dieser Bedingungen verleiht dem Physiologen die Macht, diese Pflanzen jederzeit nach Belieben zu ihrer ungeschlechtlichen Fortpflanzung zu zwingen; die Versuche gelingen fast mit der Sicherheit eines chemischen oder physikalischen Experimentes. Die verschiedenartigsten äußeren Bedingungen, Licht, Wärme, mannigfaltige organische und anorganische Substanzen u. s. w. spielen dabei eine entscheidende Rolle, und es eröffnen sich dadurch zahlreiche neue Wege für interessante physiologische Forschungen.

Ein noch höheres Interesse beansprucht die geschlechtliche Fortpflanzung, bei der die beiden Geschlechter in der Befruchtung zusammenwirken müssen. In überraschender Weise gelingt es auch hier nachzuweisen, daß die Bildung der Geschlechtsorgane bei niederen Pflanzen nothwendig von charakteristischen Bedingungen der Außenwelt abhängt, so daß auch die geschlechtliche Fortpflanzung willkürlich hervorgerufen oder unterdrückt werden kann. Von den verschiedenartigen Umständen, die für die künstliche Veranlassung des Geschlechtsprocesses große Bedeutung haben, kommen zunächst solche in Betracht, die das Wachsthum hemmen. Denn Zeugung und Wachsthum sind einander entgegengesetzte Processe, von denen immer nur der eine im Organismus herrschen kann, weil jeder die volle Kraftsumme in Anspruch nimmt, die von der Ernährung geliefert wird. Dann muß ferner für die Mehrzahl der niederen Pflanzen helles Licht bei dem Geschlechtsproceß einwirken. In schwachem Licht geht die Ernährung, das Wachsthum vor sich, aber nicht mehr die Bildung der Geschlechtsorgane, so daß die Pflanzen lange Zeit nur in sterilem Zustande sich erhalten lassen. Von sehr großem Interesse ist es, daß nach den Untersuchungen VÖCHTING's auch die Bildung der Blüten bei höheren Pflanzen nur bei heller Beleuchtung erfolgt. So tritt bei dem Vergleich der Blütenpflanze mit den so tief unten stehenden niederen Pflanzen ein überraschend gleiches Verhalten zum Licht hervor, das in specifischer, noch nicht erklärter Weise die geschlechtliche Fortpflanzung bedingt.

Ungeschlechtliche wie geschlechtliche Fortpflanzung bieten demnach in ihrem Verhältniß zur Außenwelt eine Fülle von wichtigen physiologischen Aufgaben dar. Die ungeschlechtliche Fortpflanzung hat besonders für niedere Thiere und Pflanzen große Bedeutung, während bei den höheren Lebewesen die geschlechtliche mehr und mehr in den Vordergrund tritt, bis sie schließlich bei den höchsten Thieren allein herrscht. Man fragt sich, warum die viel complicirtere geschlechtliche Fortpflanzungsweise die viel einfachere, für schnelle Vermehrung wirksamere ungeschlechtliche verdrängt hat. Unwillkürlich möchte man dazu neigen, im geheimnißvollen Zeugungsvorgang der Geschlechter etwas Mystisches, Unfaßbares zu sehen, das mit dem innersten Wesen des Organismus verknüpft ist und nothwendig zum Leben gehört. In der That ist namentlich bei Zoologen die Ansicht verbreitet, daß die geschlechtliche Zeugung eine primäre Grundfunction jedes Organismus sei. Eine Stütze für diese Anschauung geben anscheinend die Versuche von MAUPAS an niederen Thieren, den Infusorien, die nur eine begrenzte Zeit sich ungeschlechtlich fortpflanzen können, allmälig aber greisenhaft degeneriren, wenn nicht von Zeit zu Zeit eine geschlechtliche Befruchtung eintritt, die den Organismen eine neue, verjüngende Kraft verleiht. Aehnliche Ansichten über die Degeneration von Culturpflanzen in Folge langer ungeschlechtlicher Vermehrung sind bereits mehrfach ausgesprochen worden. Der Redner weist nach, daß bei den Infusorien ein specieller Fall vorliege, dem nicht allgemeine Bedeutung zukomme. Niedere Pflanzen lassen sich durch künstliche Unterdrückung des Geschlechtsprocesses jahrelang in frischem, wachsthumsfähigem Zustande erhalten. Die Behauptungen von der Degeneration von Culturpflanzen ruhen auf ganz unsicherem Boden. Pflanzen, wie die Banane, Feige u. s. w., werden seit Jahrtausenden nur ungeschlechtlich und ohne Schaden vermehrt. Ueberhaupt gibt es zahlreiche niedere Organismen, unter ihnen die genau untersuchten Bacterien, die niemals Geschlechtsorgane zeigen. Sogar zahllose höhere Pilze, die Schwämme unserer Wälder, pflanzen sich ungeschlechtlich fort. Aber besonders wichtig ist die Erscheinung der Parthenogenesis, der jungfräulichen Zeugung, bei der eine Geschlechtszelle, meist nur das weibliche Ei, auch ohne Befruchtung entwicklungsfähig ist. Dem Redner gelang es, eine künstliche Parthenogenesis bei niederen Pflanzen hervorzurufen. Man kann den Geschlechtszellen, die mit einander zu verschmelzen pflegen, durch Zusatz von Salzlösung Lust und Fähigkeit zur Vereinigung rauben und sie nöthigen, ohne gegenseitige Befruchtung sich zu entwickeln. Alles dieses spricht dafür, daß die geschlechtliche Fortpflanzung nicht eine allgemeine und nothwendige Function jedes Organismus sei, und daß sie sich aus der ungeschlechtlichen allmälig herausgebildet habe. Immerhin muß die geschlechtliche Zeugung sehr große Vortheile geboten haben, und diese liegen wohl darin, daß durch die Vereinigung von zwei gesonderten, in ihrer Organisation individuell abweichenden Geschlechtszellen die Möglichkeit dafür gegeben ist, daß die elterlichen Eigenschaften bei den Nachkommen in neuen eigenartigen Mischungen auftreten, und dadurch die ersten Anfänge für die Bildung neuer Varietäten gegeben sind. Die geschlechtliche Fortpflanzung hat daher entsprechend der Lehre DAR-

WIN's die wichtigste Rolle bei der Entstehung und Umbildung der Arten gespielt. KLEBS schließt mit dem Hinweis auf das unermeßlich reiche Forschungsgebiet, das der Physiologie der Fortpflanzung offen steht.

Der zweite Vortragende des ersten Tages war BEHRING, sein Thema selbstredend die Heilserum-Frage. Der größte Theil des Vortrages war der kritischen Sichtung der reichen Diphtheriestatistik gewidmet, welche die Literatur der letzten Monate, die Sammelforschung etc. aufweist, eine Statistik, die fast ausnahmslos der Serumbehandlung günstig ist, andererseits aber übereinstimmend zeigt, daß der Genius epidemicus der jüngsten Diphtherie-Epidemien allüberall ein relativ milder war, so daß die Serumtherapie ihrer Feuerprobe noch harrt. BEHRING machte im Uebrigen die bemerkenswerthe Mittheilung, daß es EHRLICH gelungen ist, die einfache Heildosis des Serums in 1 Ccm. Flüssigkeit (bisher bekanntlich 5 Ccm.) zu concentriren und daß die Zeit nicht mehr allzu ferne sei, wo es möglich sein werde, auch den Tetanus, die Cholera und die Tuberculose der Serumbehandlung durch Antitoxine zu unterziehen. „Man sieht — sagte BEHRING — die Serumtherapie hat bei den hier von mir erwähnten Krankheiten, abgesehen von der Bekämpfung der Diphtherie, mehr Hoffnungen als Leistungen für die Praxis aufzuweisen. Wenn man aber berücksichtigt, daß das ganze Menschengeschlecht immer ein paar hundert Jahre gebraucht hat, ehe es ein wirkliches Heilmittel fand, so daß noch immer alle medicamentösen Heilmittel, die dieses Namens würdig sind, alle zusammen sich auf einen Fingernagel aufschreiben lassen, dann wird man mit der Serumtherapie auch schon zufrieden sein können, selbst wenn sie längere Zeit bei dem Diphtherieheilmittel stehen bleiben sollte. Aber daß das nicht der Fall sein wird, dafür bürgt die productive Mitarbeit vieler und ausgezeichneter Kräfte in der ganzen Welt. In dieser Richtung sind die Gegensätze ausgeglichen, die in mancher anderen früher zwischen der KOCH'schen, PASTEUR'schen und PETTENKOFFER'schen Schule bestanden, und den einig zusammenwirkenden Bacteriologen und Hygienikern reichen willig auch die Kliniker und die Vertreter anderer medicinischer Disciplinen die Hand. Ich habe keine Sorge, daß der Gedanke, welcher der antitoxischen Serumtherapie zu Grunde liegt, jemals aus der Medicin verschwinden könnte." Mit einer begeisterten Würdigung der Verdienste ROBERT KOCH's, dessen Tuberculinbehandlung der Ausgangspunkt der Antitoxintherapie gewesen sei, schloß BEHRING seinen sehr beifällig aufgenommenen Vortrag, der als Einleitung zu der heute Nachmittags in der Sitzung der vereinigten Abtheilungen für interne Medicin, Chirurgie und Pädiatrie stattgefundenen Heilserum-Debatte zu betrachten ist, über welche ich vorläufig kurz berichten will.

Das Referat führten HEUBNER (Berlin) und SOLTMANN (Leipzig), zwei Gelehrte, von welchen der eine am diesjährigen Internistencongresse als entschiedener Anhänger der Serumtherapie sich bekannte, während der andere an der Spitze der Skeptiker einherschritt. HEUBNER hob zunächst hervor, daß während des letzten Decenniums in Berlin jährlich 660 Personen an Diphtherie gestorben seien; das Jahr 1894 wies eine Diphtheriemortalität von nur 440 (— 200 gegen die Durchschnittssterblichkeit der letzten 10 Jahre und — 70 gegenüber dem günstigsten Jahre des Decenniums) auf. In Paris sank die Sterblichkeit von 30—145 während 14 Tagen auf 4—27 in der Serumperiode, in London von 3248 auf 2936. Die Wintersterblichkeit an Diphtherie hat in den 5 größten Städten Deutschlands gegenüber früheren Jahren bedeutend abgenommen. Die Ansicht der Skeptiker, daß die Diphtherie eine Abnahme im letzten Jahre gezeigt habe und daß andererseits mehr leichte Fälle in Krankenhäusern aufgenommen werden als in früheren Jahren, weist HEUBNER durch beweisende Zahlen zurück. Nur die kurze Frist der Beobachtungszeit hindere daran, den Schluß zu ziehen, daß die Serumbehandlung eine neue Aera im Verlaufe der Diphtherie herbeigeführt habe. Die eigene Erfahrung HEUBNER's umfasst 220 injicirte Fälle binnen 15 Monaten mit einer Mortalität von 11·4%. Von den 174 Fällen LÖFFLER'scher Diphtherie sind 8·6%, von den mit anderen Leiden complicirten 46 Fällen 21·7% gestorben. Von 110 zwischen dem ersten und dritten Krankheitstage injicirten Fällen sind nur 5·4% letal verlaufen. Die klinischen Resultate sind nach HEUBNER trotz einzelner Mißerfolge (Entwicklung schwerster Diphtherie trotz frühester Serumbehandlung, schwere Recidiven, Tod an Herzschwäche nach Schwinden aller Localsymptome) bei Ausschluß jedweder Localbehandlung sehr befriedigend. Hervorzuheben ist der besonders günstige Verlauf der Diphtherie bei Säuglingen (von 11 Fällen, worunter 6 mit schweren Stenosen, endete nur 1 letal), der Hausinfectionen (18·7% Mortalität) und — was wohl besonders zu betonen ist — zweier ungewöhnlich schwerer Epidemien im März—April und im Juli 1895 (Mortalität 13·4% gegen 45% in Leipzig). Die schon früher beobachtete raschere Abstossung der diphtherischen Belage und Membranen und die günstige Beeinflussung des Fieberverlaufes durch das Serum haben auch in der Folge Platz gegriffen. Die Temperatur fällt rasch, zuweilen fast kritisch ab. Ein ungünstiger Verlauf auf das Auftreten von Nephritis und Lähmungen sei nicht beobachtet worden; überhaupt hält HEUBNER das Serum für durchaus ungefährlich für den menschlichen Organismus. Eine Sichtung der Literatur ergibt unter 80 Autoren 61 Anhänger der Serumtherapie, 16 Skeptiker, 3 entschiedene Gegner derselben. Aus den Berichten (GUINON, MOISSARD, ALFÖLDI) über drei Fälle von tödtlichem Ausgang nach frühzeitiger Serumbehandlung ist nicht mit Sicherheit zu entnehmen, daß es sich um eine Diphtherie gehandelt habe, da der Obductionsbefund fehlt. Die Möglichkeit einer Scharlachdiphtherie sei nicht ausgeschlossen. Der Ansicht SPRINGORMUS' (Magdeburg), welcher das Serum in causalen Zusammenhang mit dem diphtherischen Herztod bringt, tritt HEUBNER entgegen. Die Todesfälle an diphtherischem Herztod sind immer spärlicher geworden. Betreffs der Behandlung ist HEUBNER seinem alten Grundsatz treu geblieben. Die Rachenorgane werden völlig in Ruhe gelassen. Gegen längere Trockenheit im Kehlkopf und in der Trachea wurde Jodnatrium verabreicht; bei gleichzeitiger Herzschwäche Liq. Ammon. anisat.; bei feuchten Rasselgeräuschen über den Lungen Benzol in großen Dosen. Bei Stenosengefahr wurden die von PAULI empfohlenen schweißtreibenden Einwickelungen mit Erfolg angewandt. Bezüglich der Dosirung bemerkt HEUBNER, daß er nach und nach zur Anwendung größerer Dosen (in einem Falle 2500 Antitoxineinheiten (!) mit 0·1 Ac. carbol.) gelangt sei. Er begrüßt die Mittheilung BEHRING's betreffs der Concentrirung des Serums und bedauert dessen Carbolgehalt. In Betreff der Immunisirung verdient HEUBNER's Mittheilung Interesse, daß, als auf seiner Abtheilung einmal nur die Kinder jener Seite des Saales, auf welcher ein Diphtheriefall lag, prophylactisch geschützt wurden, diese frei blieben, während die nicht geimpften Kinder Diphtherie acquirirten. Ref. gelangte zu der Anschauung, daß die Annahme einer specifischen Heilwirkung des Serums an Wahrscheinlichkeit gewinnt.

SOLTMANN findet den Standpunkt der Gegner und Freunde des Serums ziemlich unverändert seit dem April d. J. Die Krankheit Diphtherie ist eine durchaus andere als die im Laboratorium erzeugte Thierdiphtherie. Die Diphtherie ist eine Associationswirkung verschiedener Mikroben, natürlich nie ohne den LÖFFLER'schen Diphtheriebacillus. Die septische Diphtherie und die anderen Formen sind wohl Phasen ein und derselben Krankheit. Auch nach seinen Erfahrungen ist die Mortalität unter der Serumbehandlung eine auffallend geringe geworden. Ganz besonders günstig wirkt das Serum auch auf die intubirten Fälle. S. weist die Behauptungen GOTTSTEINS, es kämen leichtere Fälle in's Krankenhaus, zurück. Mit vielen anderen Autoren hat S. eine schnellere Auslösung der Membranen mit Aufrollung derselben beobachtet, dagegen auch solche Fälle, bei denen die Membranen sich nach der Einspritzung noch weiter ausbreiteten, ja sogar in die tieferen Luftwege hinabstiegen. Die Temperaturcurve fand S. in den meisten Fällen günstig beeinflußt. Der Puls wurde oft bald ruhiger und regelmäßiger. Eine günstige Wirkung auf eine bestehende Nephritis war nicht zu constatiren, ebensowenig auf die postdiphtherischen Lähmungen. S. hebt besonders hervor, daß es Nichts gäbe, was die Serumbehandlung contraindiciren könne. Die Dosirung des Serums nach Immunitätseinheiten pro Kilogramm des Körpers hält S. für nicht statthaft und wünscht hierin eine Aenderung. Ebenso scheint ihm der hohe Carbolgehalt des Serums — 0·5% — gefährlich. Zum Schlusse plaidirt S. für eine locale Behandlung des Rachens (LÖFFLER, STRÜBING)

und verspricht sich davon günstige Resultate. Er warnt davor, alle anderen Behandlungsmethoden gänzlich aufzugeben und räth, zielbewußt weiter zu forschen. Ein Specificum gegen die Diphtherie sei das Serum nicht.

Da Niemand mehr das Wort begehrte, erhob sich BEHRING, um zu erklären, er halte den Carbolsäurezusatz zum Serum als Desinficiens für durchaus nöthig. Die Carbolsäure sei das einzige Desinficiens, welches unter allen Verhältnissen seine desinficirende Kraft beibehält, während z. B. die Metallsalze in eiweißhaltigen Flüssigkeiten an desinficirender Kraft verlieren. Der von ROUX dem Serum zugesetzte Campher sei von ihm bald wieder aufgegeben worden. In Zukunft werde mit der Restringirung der Injectionsmenge auch der Carbolgehalt auf ein Minimum sinken.

Ueber die beiden anderen allgemeinen Sitzungen, soweit sie medicinisches Interesse bieten, sowie über die Aeußerlichkeiten der Lübecker Versammlung werde ich in meinem nächsten Briefe berichten. L. L.

Kleine Mittheilungen.

— Nachdem BING und MARCHAND festgestellt haben, daß das Jodoform seine ausgezeichnete antiseptische Wirksamkeit und seine sonstigen therapeutischen und physiologischen Wirkungen nicht oder doch nicht ausschließlich dem durch Berührung mit dem lebenden Organismus frei werdenden Jod, sondern einerseits seinen löslichen Zersetzungsproducten (organischen Jodverbindungen, die ihrerseits antibacteriell wirken), andererseits den Gewebeveränderungen verdankt, welche unter seinem Einflusse eintreten (BEHRING und DE RUYTER), und v. STUBENRAUCH's eingehende Untersuchungen ergeben haben, daß die antiseptische und antituberculöse Wirkung des Jodoforms nicht auf besondere bactericide Eigenschaften zurückzuführen, sondern als eine Folge der durch Jodoform herbeigeführten Veränderung der Gewebe zu betrachten ist, hat EICHENGRÜN bei seinem Bestreben, ein geruchloses Jodoform darzustellen, den bisherigen Weg der Synthese jodhaltiger organischer Verbindungen verlassen und versucht, den specifischen Geruch des Jodoforms zu beseitigen, ohne das Jodoformmolecül und damit die Wirksamkeit des Jodoforms zu verändern. Das Resultat dieses Versuches ist das **Jodoformin**, eine circa 75% Jodoform enthaltende chemische Verbindung des Jodoforms, welche ein geruchloses, weißes, staubfeines, am Licht sich leicht gelblich färbendes, hiebei aber keine Zersetzung erleidendes Pulver darstellt, das, in den gebräuchlichen Lösungsmitteln unlöslich, zu Emulsionen und Salben verarbeitet und auf Gaze und Watte fixirt werden kann. Bei Berührung mit sauren oder alkalischen Flüssigkeiten spaltet es Jodoform ab, und darauf beruht nach E. („Therap. Monatsh.", September 1895) seine Wirksamkeit, indem durch die fermentative Wirkung des Wundsecretes allmälig Jodoform frei wird, welches durch die Reductionsvorgänge in der Wunde weiter zerlegt wird. — Als Vorzüge des Jodoformins führt E. an: 1. Fehlen jeglicher Reizerscheinung; 2. längere Wirkungsdauer als die des Jodoforms (nach KÖLLIKER ist die auf der Wunde auftretende gelbliche Färbung noch wahrzunehmen, wenn gleichzeitig angewandtes Jodoform nicht mehr zu constatiren ist), 3. stark austrocknende Wirkung. Das Jodoformin verbindet demnach die Wirkung des Dermatols mit den Vorzügen des Jodoforms.

— Dr. PAUL MANASSE berichtet aus dem pathologischen Institut der Universität Straßburg über einen **Fall von Magenstein aus Schellack.** („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 33.) Derselbe betraf einen Tischler, welcher Säufer war, mehreremale mit Magenbeschwerden in Behandlung stand und schließlich im 44. Lebensjahre unter den Erscheinungen einer Lungen- und Bauchfelltuberculose zu Grunde ging. Die Section bestätigte diese Diagnose. Außerdem fand sich aber im Magen neben einem Ulcus chronicum ein eigenartiges Concrement. Der Stein, von cylindrischer Form, war 10 Cm. lang, 5 Cm. breit, 4 Cm. dick, war sehr leicht, wog nur 75 Grm., hatte ein harziges Aussehen und schwarzgrüne Farbe und bestand aus übereinanderliegenden Schalen. Die Untersuchung eines abgelösten Stückchens ergab, daß der Stein aus Schellack bestand. In der That ergab die Anamnese, daß der Pat. seit langer Zeit regelmäßig die zur Politur bestimmte alkoholische Schellacklösung getrunken hatte. Es unterlag somit keinem Zweifel, daß der Schellack sich im Magen niedergeschlagen und hier die Steinbildung veranlaßt hatte. Einen analogen Fall hat CARL FRIEDLÄNDER publicirt. Auch dort handelte es sich um einen Tischler, welcher die Politur getrunken hatte, auch dort war es zur Bildung von Schellacksteinen gekommen, doch waren in jenem Falle multiple Steine, und zwar im Magen und Darm vorhanden, von denen einer Ileus hervorgerufen und so zum letalen Ausgang geführt hatte.

— Die relative Häufigkeit von **Geistesstörungen nach gynäkologischen Operationen** ist ein bis jetzt noch wenig aufgeklärtes Capitel. Manche Gynäkologen mit ausgebreiteter Praxis scheinen selten, wenn überhaupt jemals, Fälle von Geistesstörung nach Hysterectomie gesehen zu haben. BALDY in Philadelphia („Medicine", August 1895) legte der „Am. Gyn. Society" eine Arbeit vor, in welcher er über 2 Fälle eigener Beobachtung berichtet, einen Fall im Gefolge einer Rectocelenoperation und einen Fall nach Oophorectomie. Hiezu bringt er noch 15 Fälle anderer Autoren. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Schwere Geistesstörungen können nach gynäkologischen Operationen entstehen bei Leuten, welche früher geistig nie krank waren und auch hereditär nicht belastet sind. 2. Psychosen sind viel häufiger nach Operationen an den Genitalorganen als nach Operationen an anderen Körpertheilen. 3. Die Operation kann als Ursache der Psychose in Fällen betrachtet werden, in welchen früher geistige Gesundheit vorhanden war. 4. Psychosen, welche erst nach Monaten einsetzen, sind zweifellos nicht durch die chirurgische Intervention bedingt. 5. Psychosen treten auch ein, wenn die Operation sonst eine erfolgreiche war. 6. Das Vorhandensein einer nervösen Disposition sollte einen chirurgischen Eingriff ausschließen, außer in Fällen von absoluter Indication. 7. Psychosen post partum sind häufiger, als allgemein geglaubt wird. Auch Dr. WARTON SINKLER glaubt, daß Psychosen nach Oophorectomien besonders häufig sind. GOODELL, KELLY, PRICE und viele andere bedeutende amerikanische Gynäkologen stimmen darin überein, daß die Uterusadnexe niemals wegen einfacher nervöser Störungen entfernt werden sollten. SINKLER schreibt: „Nach der Operation sind die Pat. nervöser denn zuvor; Geistesstörungen verschiedener Formen, Wahnsinn und Epilepsie sind häufig die Resultate." Im Jahre 1892 berichtete REGNIER in der „Société de Chirurgie" in Paris über einige Fälle von Psychosen bei neurasthenischen Individuen nach Operationen an den Genitalorganen. Er citirt einen Fall, bei welchem 8 Tage nach der Operation einer doppelseitigen Oophorectomie und einer fixirten Retroflexion Hallucinationen und Delirien auftraten, und welcher durch Selbstmord endete.

— Der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von San Francisco stellte Dr. ABRAMS („Medical News", April 1895) den seltenen Fall von **Gastroptosis und Merycismus mit willkürlicher Dislocation des Magens und der Niere** vor. Der Fall betraf einen 20 Jahre alten Neurastheniker, welcher bei den oft wiederholten Versuchen, Gas aus seinem Magen auszutreiben, schließlich eine ganz ungewöhnliche Gewalt über sein Zwerchfell erlangt hatte. Er konnte den Herzspitzenstoß nach Gefallen im 5. oder 7. Intercostalraum erscheinen lassen. Die rechte Niere wurde nachweisbar dislocirt. Der Magen war, wie die Percussion und Gastrodiaphanie nachweisen ließen, herabgesunken und mäßig dilatirt; er konnte willkürlich nach oben und nach unten bis zu einer die Cristae iliacae verbindenden Linie verschoben werden. Es bestand unablässig peristaltische Bewegung des Magens mit Rumination. Der Pat. konnte auf Befehl die Bauchaorta bis zum Verschwinden des Pulses an der Femoralis comprimiren, muthmaßlich an dem Punkte, wo das Gefäß durch das Diaphragma hindurchtritt.

— v. KOSSA (Budapest) berichtet im Arch. f. exp. Path. u. Pharm. („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 35) über interessante Versuche, betreffend die **Resorption von Giften von abgekühlten Körperstellen aus.** Kaninchen, denen man ein Ohr durch kaltes Wasser oder Kältemischung abgekühlt hatte, vertrugen Einspritzung von Strychnin, Cyankalium, Pikrotoxin in diese Stelle in Dosen, denen Controlthiere binnen Kurzem erlagen. Selbst nachträglich, nach 2 Minuten vorgenommene Abkühlung hob die Giftwirkung auf. Besonders auffallend ist, daß auch in der Folge die Kaninchen

völlig gesund bleiben. Daß wirklich nur die Kältewirkung hiebei in Frage kommt, geht daraus hervor, daß zu diesen Versuchen gebrauchte Thiere später mit den gewöhnlichen Dosen getödtet werden konnten. v. B. stellt sich vor, daß die Kälte die Resorption derartig verlangsame, daß immer nur minimale, unschädliche Dosen in den Kreislauf übergehen und rasch wieder ausgeschieden werden, und er hofft von diesen Versuchen auch Heilwirkungen bei gewissen Vergiftungen (z. B. Biß von tollen Hunden, Schlangen etc.).

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse". *)

I.

Abtheilung für Chirurgie.

L. Heusner (Barmen): **Ueber einige neue Verbände an den Extremitäten.**

Vortr. demonstrirt eine Reihe neuer von ihm construirter Verbände, und zwar:

1. Eine Einlagesohle gegen Hallux valgus, welche in der Gegend der großen Zehe eine Serpentinenfeder mit Lederhütchen trägt und mittelst eines um die Knöchelgegend geschlungenen Bandes befestigt wird.

2. Eine einfache Vorrichtung zur Reduction von in der sagittalen Ebene abgewichener Zehen, bestehend in einem um Knöchel und vordere Fußgegend geschlungenen elastischen Fixationsbande, an welchem fingerbreite Schlingen aus Gummiband angenäht werden, welche um den Hals der ausgewichenen Zehe gespannt und je nach Bedarf an der dorsalen oder plantaren Seite angenäht werden.

3. Einen leicht herstellbaren Apparat zur Beseitigung von Strecksteifigkeiten der Finger: Gepolsterter Schnallengurt um die Handgelenksgegend, an dessen volarer Seite mehrere Schlingen aus Gummiband von verschiedener Länge angenäht sind, welche von dem Patienten abwechselnd über die steifen Finger herübergespannt und wieder heruntergenommen werden.

4. Seine Streckschiene aus serpentinenartig gebogenem Stahldraht für Flexionssteifigkeiten von Fingern.

5. Einen Verband zur Beseitigung von Steifigkeiten im Ellbogengelenk, welcher durch die Schwerkraft angehängter Gewichte wirkt: Eine Lewis'sche Blechschiene trägt an der Rückseite eine vierkantige Oese, in welche ein Gewicht von 1—2 Kilo, das auf der Spitze eines viereckigen, in die Oese passenden Stahlstäbchens befestigt ist, eingeschoben wird. Bei Strecksteifigkeiten läßt man das Stäbchen mit dem Gewichte gerade nach hinten vorstehen, bei Flexionssteifigkeiten biegt man es spiralig um die Außenseite zur Vorderfläche des Unterarmes herum.

6. Einen Verband gegen Abbruch des Processus anconaeus, ähnlich dem Hessing'schen Kniescheibenverbande. Das abgebrochene Knochenstückchen wird mit Hilfe eines hufeisenförmig gebogenen, mit Filz unterpolsterten Stahlstäbchens, an dessen Hörnern Gummizügel angeknüpft sind, nach abwärts gezogen. Vom Scheitel des Hufeisens erstreckt sich ein flaches Stahlstäbchen handbreit an der Rückseite des Oberarmes hinauf, welches mittelst circulärem Gummiriemchen festgehalten wird. An der Vorderseite des Unterarmes ist eine Filzplatte befestigt zur Anheftung der das Knochenstück herabziehenden Gummizügel.

7. Einen neuen Verband bei Kniescheibenbrüchen: Die Bruchenden werden gegen einander gezogen mittelst zweier gepolsterter elastischer Riemen, deren Enden kreuzweise gegen die Hinterseite des Beines geführt werden, wo sie an dünnen Stahlstäben, welche auf einer Filzplatte aufgenäht sind, angeknüpft werden. Die Filzplatte umschließt Ober- und Unterschenkel, an welchen sie mittelst Klebemasse und Bindenumwicklung solide befestigt ist, und besitzt an ihrer hinteren Fläche fünf der Länge des Verbandes entsprechende Stäbchen aus Krinolinreifenstahl, welche mit Haftknöpfchen versehen sind. Die vordere Kniegelenksgegend bleibt frei. Um das Hinabrutschen der elastischen Riemen von der Kniescheibe zu verhüten, werden sie mittelst einer Schlinge aus Gummiband nach aufwärts, resp. abwärts gehalten. Zum Schutz gegen Dislocation der Bruchenden ist ein Filzstreifen quer über die Bruchfläche gespannt. Der Verband gestattet eine geringe Flexion im Gelenk und ist für das Umhergehen bestimmt.

8. Einen neuen Verband aus ähnlichem Materiale: Filz und elastischen Stäbchen, zur raschen und bequemen Bandagirung von Vorderarm- und Unterschenkelbrüchen. Die Stäbchen werden auf eine nach Modell geschnittene Filzplatte parallel neben einander befestigt, indem mit der Nähmaschine ein Stück Baumwolle oder Leinenstoff darüber hingenäht wird. Anwicklung um das Glied mittelst nasser Stärkebinden.

9. Seinen neuen Extensionsverband aus Filzstreifen und aufgelöster Heftpflastermasse, letztere nach folgendem Recepte:

Rp. Cerae flavae
Resinae Damarah
Coloph. . . . . aa. 10·0
Terebinth. . . . . 1·0
Aether
Spirit.
Ol. terebinth. . . . . aa. 55·0
Filtra!

Die Flüssigkeit kann in einer verstöpselten Medicinflasche beliebig lange aufbewahrt werden. Mit Hilfe eines eingesetzten Zerstäubungsröhrchens, welches mit dem Munde angeblasen wird, bestäubte der Vortr. den entblößten Arm eines Modellpatienten, legte dann einen handbreiten Filzstreifen, welcher an der Außenseite mit fester Leinwand übernäht ist, an die Extremität und wickelte den Streifen erst mit einer trockenen, dann mit einer nassen Gazebinde fest gegen das Glied an. Die enorme Tragfähigkeit zeigte sich daran, daß einer der Anwesenden sich gleich nach dem Anlegen mit dem Fuß in die Extensionsschlinge stellte, ohne daß der Verband nachgab. Nach dem Abwickeln der Binden läßt sich der Filz mit Leichtigkeit vom Arme abziehen und die geringe Klebrigkeit der Haut mit Seife abwaschen. Druckbrand kommt bei diesen Verbänden nicht leicht vor, Eczeme wurden noch nicht beobachtet; die abgenommenen Filzstreifen lassen sich wieder benutzen.

10. Einen neuen Verband für Schlüsselbeinbrüche, mit dessen Hilfe es gelingt, die emporgehobene, rückwärts gedrängte und extendirte Schulter bis zur Heilung in der angegebenen Stellung zu erhalten, ohne daß Druck oder erhebliche Unbequemlichkeiten entstehen. Eine um die Brust und gesunde Schulter gelegte Umgürtelung als Unterlage für die Extensionsbelastung, eine Umkapselung des Armes aus Stahlstäbchen, Leder und Filz zur Aufnahme des Gegendruckes, und ein zwischen beiden angebrachter Winkelhebel, welcher sich mit dem einen Ende auf einen Fortsatz des Brustgürtels stützt und mit dem anderen die Armkapsel nebst Schulter emporhebt und mittelst Stellriemen fixirt werden kann. Vortr. demonstrirte die prompte Wirkung des Apparates an einem Modellpatienten und erwähnte, daß er bereits eine praktische Erfahrung bei einem Arbeiter mit Schlüsselbeinbruch gemacht habe, bei welchem es ohne Schwierigkeiten gelang, die Schulter während der Heilungsdauer in der erhobenen Stellung zu erhalten. Er hält durch seinen Verband das alte Problem eines leistungsfähigen Schlüsselbeinverbandes für gelöst und stellt weitere Mittheilungen für den nächsten Chirurgencongreß in Aussicht.

Discussion.

Finke (Halberstadt) findet den von Heusner demonstrirten Apparat für Schlüsselbeinfracturen sehr zweckmäßig; doch ist nicht jeder Arzt in der Lage, sich einen solchen anzuschaffen; überdies reicht nach seiner Erfahrung ein zweckmäßig angelegtes dreizipfliges Tuch zum Heben und Zurückziehen der Schulter in den meisten Fällen aus.

Landerer (Stuttgart) glaubt, daß der Verband von Heusner für schwierige Schlüsselbeinbrüche und Luxationen des acromialen Endes zweckmäßig sein wird.

---

*) Mit Benützung des Collectiv-Berichtes der „Fr. Vereinigung d. Deutsch. med. Fachpresse".

v. Mosengeil (Bonn) erwartet, daß Heusner's Apparat besonders für die Fälle, welche durch Druck der Fracturenden oder des entstehenden Callus auf den Venen- und Nervenplexus gefährlich werden können, mehr als irgend eines der vorhandenen Hilfsmittel leisten wird.

HOFFA (Würzburg): **Ueber die Behandlung der nach abgelaufener Coxitis zurückgebliebenen Deformitäten.**

Vortr. bespricht die zur Zeit gebräuchlichen Methoden zur Behandlung coxitischer Deformitäten. Er unterscheidet zwischen unblutigen Verfahren, die einzuschlagen sind, falls noch etwas Beweglichkeit besteht, und blutigen bei völliger Verwachsung der Gelenkenden. Im ersteren Falle stehen uns zur Correction der Deformitäten die Schienenhülsenapparate, die Extensionsmethode und das Verfahren von DOLLINGER zu Gebote; in letzterem Falle haben wir die Wahl zwischen den verschiedenen Methoden der Osteotomie, die wir event. nach vorhergegangener offener Durchschneidung der Weichtheile ausführen. Die Osteotomie gestattet in der Regel, die falsche Stellung des Beines sofort auszugleichen; als Nachtheil bleibt dann aber für die Patienten immer noch die mehr oder weniger erhebliche Verkürzung des Beines zurück. Um frühzeitig auch gegen diese bessernd vorzugehen, hat H. eine neue Methode der Osteotomie ersonnen, die er als Osteotomia subtrochanterica obliqua bezeichnet. Mittelst eines von der Trochanterspitze herabgeführten langen Schnittes werden die Weichtheile auf der Außenseite des Femur bis auf den Knochen eingeschnitten, dann nach beiden Seiten hin abpräparirt. Nun setzt man in die Spitze der Wunde auf den Knochen einen breiten KÖNIG'schen Meißel auf und schlägt mit demselben die Knochen möglichst schief durch, indem man die Richtung nach dem Trochanter minor nimmt. Ist der Knochen durchtrennt, so wird mittelst eines Extensionsapparates ein recht kräftiger Zug an dem Beine ausgeübt. In Folge desselben gleitet dann das periphere Fragment auf der Ebene des centralen herab, und so kann, indem man nachträglich eine starke Gewichtsextension zu Hilfe nimmt, nicht nur die falsche Stellung des Beines, sondern auch die Verkürzung ausgeglichen werden. Leisten die Weichtheile zu starken Widerstand, so empfiehlt es sich, die subcutane Durchschneidung derselben vor Anlegung des Streckverbandes auszuführen. Die schiefe Osteotomie heilt wie ein schiefer Knochenbruch durch festen Callus aus. Die Resultate in den zwei von H. bisher operirten Fällen sind sehr günstige gewesen, indem einmal die Verkürzung um 3, das andere Mal um über 4 Cm. ausgeglichen wurde.

Die Methode eignet sich natürlich auch zum Ausgleich von Verkürzungen des Beines, die aus anderen Ursachen als durch Coxitis entstanden sind. So hat sie der Vortr. mit Erfolg zur Verlängerung des Beines bei angeborener Hüftluxation verwendet.

Discussion.

König (Göttingen): Die schiefe Durchmeißelung ist durch die Technik geboten, indem dieselbe bei Anwendung der breiten Meißel, wenn man die schiefe Richtung wählt, sehr viel leichter ist. Im Sonstigen verwendet K die Methode für alle möglichen Knochen- und Gelenkverkrümmungen. K. möchte indeß derartige Operationen auf die Fälle beschränken, bei welchen sicher nicht mehr bestehende Tuberculose Ursache der Verkrümmung ist. Für diese letzteren Fälle ist die Entfernung der kranken Theile durch Osteotomie oder Resection vorzuziehen.

Landerer (Stuttgart) hat die schräge Osteotomie der Hüftcontractur gleichfalls zweimal gemacht und die Methode in seinem Lehrbuch der Mechanotherapie veröffentlicht. Er hat aber von oben nach unten gemeißelt und kurz unter dem Trochanter major angesetzt. Die Resultate waren vorzüglich, die Verlängerung betrug 3¹/₄ und 4 Cm.; die Patienten waren mit dem Ergebniß sehr zufrieden.

v. Bergmann (Berlin) macht auf die Schwierigkeiten der Extension nach der schiefen Durchmeißelung aufmerksam, soweit es sich um schiefgeheilte Fracturen handelt. Die Verlängerung folgt hier wesentlich aus der Ausgleichung der winkligen Stellung. Indeß ist die Einwirkung des Gewichtszuges auf die mehr oder minder verkürzten Muskeln nicht so groß, als man wünscht, und daher das Resultat der Verlängerung meist ein geringes.

Bidder (Berlin) hegt Bedenken gegen den Vorschlag von HOFFA. Durch die schräge Durchmeißelung des oberen Femurendes wird der Knochen zweifellos verlängert, aber nach seiner Ansicht nicht abducirt. Will man Abduction erzielen, so muß man die Bruchspalte mit zum Klaffen bringen, was kaum erwünscht sein kann. Im Uebrigen stimmt B. KÖNIG zu, daß es am besten ist, in solchen Fällen in der Regel das obliterirte Gelenk selbst, also den ursprünglichen Erkrankungsherd, in Angriff zu nehmen.

Hoffa (Würzburg) hält seine Methode für besser als die von LANDERER, da bei dieser der Schenkel, wenn er herabgezogen wird, sich in Adduction stellt. H. spricht sich, ebenso wie KÖNIG, dafür aus, daß resecirt werden müsse, sobald noch irgend ein krankhafter Proceß im Gelenke nachzuweisen ist.

Abtheilung für innere Medicin.

SCHUBERT (Reinerz): **Die Indicationen zum Aderlaß und seine Bedeutung für die innere Medicin.**

Einleitend gibt Vortr. einen Ueberblick über die Geschichte des Aderlasses, wobei er insbesondere auf die von HUFELAND aufgestellten Indicationen eingeht. In neuester Zeit ist er als therapeutisches Mittel von Oberstabsarzt DYES wieder eingeführt worden, dem gleich empfehlende Mittheilungen von WILHELMI, SCHOLZ und dem Vortr. folgten. Letzterer selbst hat bisher bei 485 Patienten 1200 Aderlässe ausgeführt und hält die Venaesection bei folgenden Krankheitszuständen für nützlich: Von acuten Krankheiten ist vor Allem die Pneumonie zu nennen, alsdann acute Pleuritiden, Bronchitis und Laryngitis, wenn heftige entzündliche Erscheinungen vorhanden sind. Von acuten Herzkrankheiten kommen Endo-, Myo- und Pericarditis in Betracht, von den Hirn- und Rückenmarkserkrankungen geben die acute Gehirnhyperämie, die Meningitis, Myelitis eine Indication für den Aderlaß ab, ferner die acute Nephritis, die acute Gicht, die Influenza, der acute Muskel- und Gelenkrheumatismus. Von den chronischen Krankheiten stehen die Chlorose und die Anämie oben an, ferner die Scrophulosis; mit gutem Erfolg ist der Aderlaß auch bei chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus ausgeführt worden, ferner bei Apoplexie, namentlich bei Vorboten derselben, schließlich auch bei Tabes zur Beseitigung quälender Schmerzen. Vorzüglich wirkt der Aderlaß bei Migräne, Kopfschmerz, Neuralgien, Epilepsie, Eclampsie, Hysterie und Neurasthenie. Zu empfehlen ist er schließlich noch bei Nasen-, Lungen- und Hämorrhoidalblutungen. Ein weiteres sehr dankbares Feld für den Aderlaß sind die chronischen Herzkrankheiten, Stauungen im Circulationsapparat. Der Morbus Brightii eignet sich vorzüglich zur Blutentziehung. Nach SCHUBERT ist er auch bei verschiedenen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, sowie bei Hautkrankheiten von günstiger Wirkung.

Discussion.

Lenhartz (Leipzig) zweifelt daran, ob durch die Mittheilungen des Vortragenden der Aderlaß eine weitere Anwendung in der Praxis sich erobern wird. Besonders nachdrücklicher Einspruch müsse aber gegen die Anwendung des Aderlasses bei Bleichsucht erhoben werden. Dieselbe erscheine geradezu contraindicirt. Mit den bisher uns zu Gebote stehenden Mitteln kommen wir gewöhnlich bei der Chlorose aus. Die seltenen Mißerfolge können uns noch nicht veranlassen, den Aderlaß anzuwenden. Denn es ist bekannt, daß in schweren Fällen von Chlorose das Blut zur Gerinnung neigt und zuweilen zur Bildung von Thrombosen führen. Sinusthrombose kann zum schnellen Tode führen. Oedema pedum und Venenthrombosen an den Unterschenkeln sind bei Chlorotischen nicht selten. Für solche Kranken bildet der Aderlaß eine Gefahr. Es sei deshalb vor der Anwendung desselben bei Chlorose dringend gewarnt.

Joslonek (Wiesenburg) hat in zwei Fällen von Ischias und neuerdings auch bei chlorotischen Mädchen günstige Erfolge vom Aderlaß gesehen

Wilhelmi (Schwerin) empfiehlt den Aderlaß gleichfalls auf Grund zahlreicher praktischer Erfahrungen. Er hat in 7 Jahren 100 Fälle von Bleichsucht und Kopfschmerz damit behandelt. Bisher seien nur theoretische Einwände gegen die Anwendung des Aderlasses geltend gemacht worden.

RUMPF (Hamburg): **Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung und Bildung von Ammoniak.**

Vortr. berichtet über Versuche, zu welchen die Cholera Veranlassung gegeben hat. Es fand sich im Stadium algidum derselben eine relativ und absolut beträchtliche Vermehrung der Ammoniakausscheidung im Harn. Diese Ergebnisse wurden Veranlassung, die Infectionskrankheiten überhaupt auf die Ausscheidung von Stickstoff und Ammoniak zu untersuchen und Controlversuche bei Gesunden und Reconvalescenten anzuschließen. Es wurden untersucht 9 Fälle von Pneumonie mit 184 Untersuchungstagen, 3 Fälle von Typhus mit 84 Untersuchungstagen, 1 Fall von Influenza und 2 Fälle von Polyarthritis mit zusammen 33 Untersuchungstagen. R. fand nun eine beträchtliche Vermehrung der Ammoniakausscheidung, welche sich zum Theil auch noch längere Zeit über den Fieberabfall hinaus erstreckte, wobei es aber nothwendig war, stets eine größere Reihe von Tagen zur Untersuchung heranzuziehen, da einmalige Bestimmungen völlig normale Werthe ergeben können. Im Ganzen fand sich im fieberhaften Stadium eine durchschnittliche tägliche N-Ausscheidung in NH_3 von 1·25 Grm., während als Durchschnittswerth von Normalen und Reconvalescenten 0·6646 Grm. gefunden wurden. Es ergibt sich daraus eine Steigerung der Ammoniakausscheidung um 88%, während eine auf die gleiche Weise angestellte

Untersuchung und Berechnung der Ausscheidung des gesammten Stickstoffs nur eine Steigerung von 13·625 auf 18·416 Grm. = 35% ergab. Es findet also nicht allein eine absolute, sondern auch eine relative Vermehrung des NH_3 statt, welche zu einer Erhöhung des Quotienten führt, in welchem die Ausscheidung des Ammoniakstickstoffs zum Gesammtstickstoff steht. Aus den weiteren Untersuchungsergebnissen ist zu erwähnen, daß weder die Vermehrung des Stickstoffs noch des Ammoniaks in einem bestimmten Verhältniß zur Fieberhöhe stand, daß aber die acute Pneumonie und weiterhin secundäre Infectionen die höchsten Stickstoff- und Ammoniakwerthe im Gefolge hatten. Ein Zurückführen der Ammoniakvermehrung auf Aenderungen der Ernährung glaubt Vortr. auf Grund controlirender Untersuchungen ausschließen zu können. Weiterhin untersuchte R., ob die Vermehrung der Ammoniakausscheidung bei Infectionskrankheiten auf einer Bildung von Ammoniak durch die Infectionserreger beruht. Aber von allen untersuchten Mikroorganismen, wie Cholerabacillen, Pneumococcen, Typhusbacillen, Diphtheriebacillen, Staphylococcen und Streptococcen, wird nur von den letzten beiden sowie von den Cholerabacillen Ammoniak gebildet. Vortr. glaubt deshalb, daß die Vermehrung der Ammoniakausscheidung in den meisten Infectionskrankheiten im Wesentlichen auf schwere Störungen des Stoffwechsels zurückzuführen ist.

Discussion.

Minkowski (Straßburg) erinnert daran, daß bereits HALLERVORDEN eine Vermehrung der Ammoniakausscheidung im Fieberharn nachgewiesen habe. In den Versuchsreihen des Vortr. kann eine vermehrte Ammoniakbildung nicht die vermehrte Ammoniakausscheidung hervorgerufen haben, weil das Ammoniak dann nur als Harnstoff zur Ausscheidung kommen könnte. Die vermehrte Ammoniakausscheidung kann nur eine Folge der Säureüberproduction des Organismus sein. Dafür liegen bereits zahlreiche Beweise vor.

Rumpf glaubt, daß HALLERVORDEN's Mittheilung wesentlich die NH_3-Ausscheidung beim Diabetes betreffe und daß die Einführung von NH_3 in den Körper der Entstehung im Körper durch Mikroorganismen vielleicht nicht gleichgestellt werden kann. Bezüglich der Entstehung der Ammoniakvermehrung durch Säurebildung ist R. für den Diabetes der gleichen Meinung wie H., für die Infectionskrankheiten hält er aber den sicheren Beweis noch nicht für erbracht, ist vielmehr auf Grund eigener Untersuchungen anderer Meinung wie MINKOWSKI. V.

Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie.

NONNE (Hamburg): **Ueber Poliomyelitis anterior chronica als Ursache einer chronisch-progressiven atrophischen Lähmung bei Diabetes mellitus.**

Bei einer 64jährigen Dame, die erblich nicht belastet war, und bei der keine luetischen oder sonstigen chronisch-toxischen Antecedentien vorlagen, entwickelte sich, nachdem bereits circa vier Jahre hindurch ein mittelschwerer Diabetes mellitus bestanden hatte, und nachdem Pat. schon mehrere Jahre hindurch an nervösen Störungen allgemeiner Natur gelitten hatte, im Laufe von circa $1^1/_2$ Jahren eine an den oberen Extremitäten beginnende und auf die unteren Extremitäten fortschreitende, langsam progressive, atrophische Parese der Musculatur — die Intensität der Lähmungen war eine distalwärts abnehmende — mit einer der degenerativen Atrophie zukommenden elektrischen Erregbarkeitsveränderung der Muskeln. Unter Fortdauer des Diabetes mellitus ging Pat., nachdem sich in der letzten Zeit ihres Lebens eine Andeutung von Störung einzelner bulbärer Functionen gezeigt hatte, an einer acuten Lungenaffection zu Grunde. N. hatte intra vitam die Diagnose auf Poliomyelitis anterior chronica gestellt.

Die Section ergab makroskopisch geringe Arteriosklerose der Herzklappen und der Aorta ascendens, hochgradige Arteriosklerose des Tripus Halleri, kleines und derbes Pankreas, Atrophie der vorderen und seitlichen Partien des Rückenmarks.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte:

Mäßige Cirrhose und Atrophie der Pankreasläppchen mit (secundärer) Fettwucherung; Entarteriitis und Periarteriitis der Pankreasgefäße; geringerer Grad von Cirrhose der Nieren, geringer Grad von Fettleber. Im Rückenmark: Im Halstheile fast totaler Schwund der Ganglienzellen der Vorderhörner, diese Atrophie nach dem Lendentheil hin allmälig abnehmend, aber bis in die unteren Partien des Rückenmarks deutlich ausgesprochen; starke — wenngleich geringer als die Atrophie der Zellen — Reduction der markhaltigen Nervenfasern der Vorderhörner sowie der — intra- und extramedullären — vorderen Wurzeln; diffuse und regellose, mehr weniger hochgradige, Faseratrophie in den Vorder- und Seiten- und (in geringerem Grade) in den Hintersträngen des Rückenmarks; mäßige Faserdegeneration im Nerv. medianus und Muskelast vom Nerv. tibialis; an den Muskeln die bei spinalen Amyotrophien oft beschriebene Atrophieform. In der Medulla oblongata konnten keine Anomalien gefunden werden.

Der Fall erscheint bemerkenswerth:

1. Weil durch ihn die wenigen Fälle dieser Form von Poliomyelitis anterior chronica (OPPENHEIM, NONNE, DARKSCHEWITZ, DUTIL und CHARCOT-DÉJÉRINE) vermehrt werden,

2. weil unter allen bisher anerkannten Fällen von Poliomyelitis anterior chronica in diesem Falle allein ein ätiologisches Moment auffindbar ist (Toxe des Diabetes mellitus),

3. weil er lehrt, daß der Diabetes, wie es für die peripheren Nerven seit den Arbeiten von CHARCOT und von BRUNS feststeht, auch das Rückenmark primär in seinen motorischen Partien deletär befallen kann (und zwar in Gestalt einer systematischen Erkrankung),

4. weil er sehr wahrscheinlicher Weise einen Beitrag liefert zu der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Pankreasarteriosklerose und Diabetes mellitus (HOPPE-SEYLER, FLEINER). A.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

SCHATZ: Ueber das enge Becken in Norddeutschland.

Das Normalbecken der Lehrbücher entspricht nicht dem kaukasischen Normalbecken. Die schönen Becken der kaukasischen Rasse sind weniger breit, mehr rund. In Norddeutschland sind solche runde Becken ziemlich häufig, in der Klinik freilich seltener, hier häufiger breite und Riesenbecken. Das enge Becken ist in der Rostocker Klinik selten, nur gegen 9%, und zwar 3% allgemein verengte Becken, $4^1/_2$% platte, nicht rachitische, 1% platte rachitische. Jetzt ist das allgemein verengte Becken in Mecklenburg etwas häufiger in Folge der Einwanderung polnischer Arbeiterinnen.

Die Behandlung betreffend, bemerkt Vortragender: Die künstliche Frühgeburt wurde möglichst beschränkt, weil das Leben des Kindes sehr gefährdet ist; so starben lebend geborene, relativ große Kinder (namentlich von hellblonden Müttern) bald an Atelektase der Lungen. 70% der Kinder kamen trotz Beckenenge reif und ohne Kunsthilfe zur Welt. Am meisten wurde die prophylaktische Wendung geübt; sie ist aber nur für den fertigen Operateur gerechtfertigt, welcher damit mehr als 75% der Kinder lebend entwickelt. Bei Erstgebärenden ist die prophylaktische Wendung im Allgemeinen zu widerrathen. Die besten Resultate geben einfach platte Becken bei der prophylaktischen Wendung. Am besten ist es, wenn möglich, nur bei vollständig erweitertem Muttermund und stehender Blase nach ergiebiger Anwendung des Colpeurynter zu operiren und vorher die äußere Wendung vorzunehmen. Auch wird empfohlen, vor der Wendung oder wenigstens vor der Extraction die eine Hand intrauterin anzuschlingen. Knochenimpressionen des Schädels schaden nicht so viel wie sehr schwierige, hohe Lösungen des ersten Armes. Das Kind geht meist zu Grunde, weil zur schwierigen Armlösung zu lange Zeit gebraucht wird.

Discussion:

Prochownick (Hamburg) stimmt mit SCHATZ bezüglich der Auffassung des Normalbeckens überein. Allgemein verengte Becken finden sich in Norddeutschland mehr bei degenerirten Familien. Das platte Becken ist häufiger bei den ärmeren Volksschichten.

Fehling (Halle) sieht nicht in der Lösung der Arme die Hauptschwierigkeit bei der Extraction, sondern in der Entwicklung des Kopfes; es empfiehlt sich deshalb die Extraction in der WALCHER'schen Hängelage.

Leopold (Dresden): Sachsen ist reich an engen Becken. Die trotzdem so günstigen Resultate der Dresdener Klinik sind auf die Entwicklung des Kopfes in der WALCHER'schen Hängelage zurückzuführen, welche erst nach der Armlösung eingenommen wird. L. ist auch gegen die Wendung bei Erstgebärenden, doch gibt es Fälle, wo man mit Abwarten nicht zum Ziele kommt. Hier ist die Schonung der Fruchtblase das höchste Ziel (Colpeurynter!), damit man bei stehender Blase und völlig erweitertem Muttermunde wenden kann.

Werth (Kiel): Die Rachitis hat in Kiel jährlich abgenommen, wohl in Folge der besseren Ernährungsverhältnisse unter der Arbeiterbevölkerung Schleswig-Holsteins.

Leopold hat relative Zunahme der Rachitis in Sachsen beobachtet. Das allgemein platt-rachitische Becken wird in erschreckender Zahl beobachtet, dann kommt der Häufigkeit nach das allgemein verengte und erst zuletzt das platte Becken, letzteres unter der besseren Bevölkerung.

Fehling: In Halle sind enge Becken seltener als in Leipzig, obgleich die Ernährungsverhältnisse unter der arbeitenden Bevölkerung keine günstigen sind. Allgemein verengte Becken überwiegen unter den engen Becken wohl in Folge der Mischung mit slavischen Stämmen.

Schatz erkennt die Bedeutung der WALCHER'schen Hängelage an, warnt aber vor der Wendung bei Erstgebärenden nochmals. G.

Abtheilung für Unfallheilkunde.

FERD. BÄHR (Hannover): **Zur reflectorischen Atrophie des Quadriceps.**

Im Anschluß an die bisherigen Erklärungen der „arthritischen Muskelatrophie" glaubt B. nicht, daß es sich um ein trophoneurotisches Leiden handelt, sondern um einen reflectorischen Hemmungsvorgang derart, daß jeder motorische Impuls überhaupt aufgehoben oder abgeschwächt wird durch den centripetalen Reiz, ersteres mehr für die im Bereich des Reflexes vor sich gehenden Contractionen, letzteres für die willkürlichen. Die Aufhebung jeglichen motorischen Impulses ist in ihrer Wirkung weit höher zu veranschlagen, als die sog. „Inactivität". Die Atrophie würde besser reflectorische genannt, da sie auch bei anderen in den entsprechenden peripheren Gebieten auftretenden Reizen eintritt, nicht allein dann, wenn das betreffende Gelenk afficirt ist. Die Erhöhung der Reflexe an dem betreffenden Beine ist ein durchaus inconstanter Befund. Die Contractur des Kniegelenkes in halbgebogener Stellung ist nicht durch die von BONNET herangezogene größte Füllung des Gelenkes, sondern durch die der halbgebogenen Stellung entsprechende Ruhelage (WEBER) zu erklären, in welcher Strecker und Beuger und damit das Gelenk am meisten erschlafft sind. Deshalb tritt auch die Contractur vorwiegend bei schmerzhaften Gelenkaffectionen auf und bleibt oft bei erheblich stärkerer Füllung des Gelenkes als die BONNET'sche aus. Therapeutisch empfiehlt es sich, dem atrophirenden Muskel möglichst viel motorische Reize zuzuführen in Form von Elektricität und Gymnastik, neben geeigneter Behandlung des primären Leidens. Den Werth der Massage des Muskels hält B. für zweifelhaft, jedenfalls sind alle kräftigeren Handgriffe von Uebel. Da überhaupt die Schmerzhaftigkeit eine gewisse Rolle spielt, müssen alle Einwirkungen in der schonendsten Weise unter möglichstem Ausschluß sensibler Reize angewendet werden. Die Prognose ist keineswegs immer günstig. Oft gelingt es, die Atrophie aufzuhalten, dieselbe kommt aber bisweilen dennoch in späterer Zeit zur Entwicklung und das „schlappe Knie" ist vielfach ein Zustand, mit welchem wir uns definitiv abfinden müssen. A.

Notizen.

Wien, 21. September 1895.

(Naturforscher-Versammlung in Lübeck.) Das Interesse der abgelaufenen Woche concentrirte sich auf die am 16. d. M. in Lübeck eröffnete 67. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, welcher ein großer Theil der vorliegenden Nummer gewidmet ist. Dank dem Zusammenwirken bewährter Referenten mit den von der „Freien Vereinigung der deutschen Fachpresse" zur Erleichterung der Berichterstattung getroffenen Maßnahmen, sind wir schon heute in der Lage, unseren Lesern ein anschauliches Bild der Verhandlungen der ersten Tage — erfahrungsgemäß der inhaltsreichsten der Festwoche — zu bieten. Wie uns mitgetheilt wird, hat die Betheiligung der Aerzteschaft an der diesjährigen Versammlung die Erwartung der Geschäftsführung nicht vollständig erfüllt und ist hinter den Versammlungen in Halle (1891) und Nürnberg (1893) — ein Vergleich mit der Wiener Versammlung (1894) ist wohl unzulässig — zurückgeblieben. Nach der Cumulirung zahlreicher internationaler und Specialversammlungen in den letzten Jahren ist die ärztliche Welt gegenwärtig congreßmüde geworden. Ein Blick auf die Berichte aus den allgemeinen Sitzungen und den Abtheilungen zeigt aber, daß hiedurch die wissenschaftliche Arbeit der diesjährigen Naturforscher-Versammlung nicht gelitten hat. Zumal die seitens der Wiener Versammlung so glücklich inaugurirte zeitweilige Vereinigung mehrerer Abtheilungen behufs Behandlung gemeinsamer Fragen hat sich auch in Lübeck trefflich bewährt und dürfte somit auch fernerhin beibehalten werden. — Als Vorort pro 1896 ist Frankfurt a. M. in Aussicht genommen.

(Zur Reform der medicinischen Studien- und Prüfungs-Ordnung.) Dem im October d. J. abzuhaltenden II. Aerztekammertage wird seitens der mährischen Kammer der Antrag unterbreitet werden, die Reform der Rigorosenordnung habe vor Allem folgende Forderungen zu erfüllen: 1. Der Gang der medicinischen Studien ist den Hörern der Medicin in den Hauptzügen vorzuschreiben. — 2. Die naturhistorischen Vorprüfungen sind ganz fallen zu lassen. — 3. Das I. Rigorosum ist innerhalb des 5. Semesters abzulegen, widrigenfalls dieses Semester verloren geht. — 4. Bevor die venia practicandi ertheilt wird, hat der Candidat ein Jahr ärztlicher Praxis in einem größeren Spitale nachzuweisen und nach Ablauf derselben einer praktischen Prüfung aus den Hauptfächern der praktischen Medicin unter Beiziehung von prüfungsberechtigten Vertretern der Aerztekammern sich zu unterziehen.

(Aerztliche Gehaltsunterbietung.) Unter den Competenten einer Gemeindearztesstelle in der Bukowina fanden sich zwei, welche in ihren Gesuchen sich anboten, die seitens der Bezirkshauptmannschaft mit einem Jahresgehalte von 600 fl. ausgeschriebene Stelle mit 400 fl. anzunehmen. Diese, die ärztlichen Interessen tief schädigende Unterbietung veranlaßte die Bukowinaer Aerztekammer in ihrer Sitzung vom 7. August d. J. zu dem Beschlusse, in dieser Angelegenheit Erhebungen zu pflegen, gegebenen Falles gegen beide Aerzte ehrenräthlich einzuschreiten und dieselben aufzufordern, ihre diesbezüglichen auf die Gehaltsverminderung bezüglichen Erklärungen zurückzunehmen. Mit Rücksicht auf den sehr bemerkenswerthen Umstand, daß die betreffende Gemeindevertretung auf Grund des geringen Anbotes der beiden Aerzte bei den Oberbehörden sofort um eine Reducirung des gemeindeärztlichen Gehaltes um 200 fl. bittlich eingekommen ist, wurde weiters beschlossen, sowohl an die Landesregierung als auch an den Landesausschuß das Ersuchen zu richten, derartige an sie gerichtete Zumuthungen, einmal fixirte ärztliche Gehalte in Folge Unterbietens herabzusetzen, aus principiellen Gründen abzuweisen.

(Universitäts-Nachrichten.) Dr. JULIUS MANNABERG, Assistent der Klinik NOTHNAGEL, hat sich für interne Medicin, Dr. RICHARD R. BRAUN V. FERNWALD für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Wiener Universität habilitirt.

(Auszeichnung.) Dem Präsidenten der Witwen- und Waisen-Societät des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums, Dr. JULIUS SPITZMÜLLER, ist der Titel eines Regierungsrathes verliehen worden.

(Militärärztliches Officierscorps.) Transferirt wurden: Oberstabsarzt I. Cl. Dr. JOSEF URIEL, Commandant des Garnisons-Spitales Nr. 2, in gleicher Eigenschaft zum Garnisons-Spital Nr. 1 in Wien; Oberstabsarzt II. Cl. Dr. EDUARD GOMBÓCZ-BAYER DE ROGÁCZ, Commandant des Garnisons-Spitales Nr. 21 in Temesvár, in gleicher Eigenschaft zum Garnisons-Spital Nr. 2 in Wien. — Ernannt wurden: Oberstabsarzt II. Cl. Dr. JOHANN ZIELINA, Garnisonschefarzt in Kronstadt, zum Commandanten des Garnisons-Spitals Nr. 21 in Temesvár; Stabsarzt Dr. JONATHAN HAHN, Chefarzt der 7. Infanterie-Truppendivision, zum Garnisonschefarzte in Kronstadt; Regimentsarzt I. Cl. Dr. EMANUEL EMMER, des Infanterie-Regiments Nr. 73, zum Chefarzte der 7. Infanterie-Truppendivision. — In den Ruhestand versetzt wurde der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. HEINRICH SCHLOSSAREK, Commandant des Garnisonsspitales Nr. 1 in Wien, nach dem Ergebnisse der Superarbitrirung als invalid, und demselben bei diesem Anlasse der Orden der Eisernen Krone III. Cl. taxfrei verliehen.

(Das medicinische Institut für Frauen in St. Petersburg.) Mit der soeben erfolgten Ernennung des Staatsrathes Dr. V. ANREP zum Director des medicinischen Frauen-Institutes ist diese Anstalt in's Leben gerufen. Dieselbe ist — wie aus der russischen Hauptstadt berichtet wird — im Wesentlichen dazu bestimmt, für ländliche Bezirke ärztliche Hilfe zu schaffen. In den Landkrankenhäusern stehen den Aerztinnen alle Stellen offen, sonst aber sollen sie sich nur mit der Behandlung von Frauen und Kindern befassen. Im Einzelnen bestimmen die Satzungen: Das medicinische Institut für Frauen hat den Zweck, Personen weiblichen Geschlechtes eine medicinische Fachbildung zugänglich zu machen, die vornehmlich auf die Heilung von Frauen- und Kinder-

krankheiten, sowie auf die Ausübung der Geburtshilfe abzielt. Die klinische Unterweisung übernehmen die Hospital Oberärzte; alle Docenten der Anstalt müssen die nämlichen Fähigkeiten, wie die Universitäts- oder Akademielehrer haben. Es werden nur Christinnen als Hörerinnen angenommen. Von Ausnahmen abgesehen, sollen sie bei der Aufnahme nicht jünger als 20 Jahre und nicht älter als 35 Jahre sein. Ohne weitere Reifeprüfung werden die Abiturientinnen der berechtigten Mädchen-Gymnasien und diejenigen Mädchen und Frauen, welche die höheren Frauencurse in St. Petersburg durchgemacht und dort die Prüfung im Lateinischen bestanden haben, aufgenommen. Von den anderen wird zunächst der Nachweis verlangt, daß sie das Gymnasium ganz mit Erfolg besucht haben, außerdem aber müssen sie sich noch an dem ihrem Wohnorte zunächst gelegenen Knaben-Gymnasium einer Prüfung im Lateinischen unterziehen. Innerhalb der Anstalt und bei den praktischen Arbeiten haben die Hörerinnen Uniform zu tragen. Die einzelnen Lehrfächer sind: Anatomie, Histologie und Entwicklungsgeschichte, Physiologie, allgemeine Pathologie, specielle Pathologie, Therapie, Diagnostik und medicinische Chemie, Physik, Chemie, Mineralogie, Botanik und Zoologie, Arzneimittellehre, Arzneibereitung, Toxikologie, Balneologie und Hydrotherapie, pathologische Anatomie, Geburtshilfe, Gynäkologie, Kinderkrankheiten, Hygiene, Chirurgie und Verbandlehre, operative Geburtshilfe, Haut- und verwandte Krankheiten, Augenheilkunde, Geistes- und Nervenkrankheiten. Die Dauer des Studiums ist auf 5 Jahre berechnet. In Aussicht genommen ist die Begründung einer pharmaceutischen Schule im Anschlusse an das medicinische Fraueninstitut.

(Argon und Helium in Heilquellen.) Am 2. d. M. machte Prof. BOUCHARD in Paris der „Académie des sciences" die bemerkenswerthe Mittheilung, daß in den Schwefelquellen des Pyrenäenbades Cauterets, und zwar in den Gasbläschen der Raillère-Quelle, der spectroskopische Nachweis der neuentdeckten Elemente Helium und Argon gelungen ist. Eine andere Quelle enthält Helium und ein zweites, bisher noch unbekanntes Element. In einer dritten Quelle fand sich Helium allein. Ob den genannten Elementen ein Antheil an der Heilwirkung der Quellen gebührt, ist nicht bekannt.

(Der Aerztestrike in Brüssel.) Brüssel bot in den letzten Wochen das ungewöhnliche Bild eines Aerztestrikes. Die Gründe, die zu diesem Vorgehen veranlaßten, sind, wie der „Münchener med. Wochenschr." berichtet wird, folgende: Es bestehen, wie auch anderorts, in Brüssel eine große Anzahl (95) von Kranken- und Unterstützungscassen, die sich zu einer „Fédération des Mutualistes" zusammengeschlossen haben und deren Mitglieder ca. 12.000 betragen. Dieselben bezahlen für freie ärztliche Behandlung für sich und ihre Familien, also für ca. 50.000 Personen, pro Mitglied 2 Francs Jahresbeitrag. Die Fédération hatte 18 praktische Aerzte und 2 Specialisten engagirt, deren Einkommen von 700—1400 Frcs., je nach der Anzahl der in dem betreffenden Bezirke wohnhaften Mitglieder, rangirte. Das Honorar für Extraleistungen, als Entbindungen 25 Frcs., Impfungen 2—3 Frcs., mußte aus der Tasche der Behandelten erhoben werden; der Betrag für die Einzelleistung wechselt von 20 Cts. bis 1 Frcs. — Auf der anderen Seite haben sich die weitaus meisten Aerzte Brüssels, 430 an der Zahl (von 450 in Brüssel prakticirenden), zu einem „Syndicat médical" zusammengeschlossen und einen gewissen Fond durch regelmäßige Beiträge geschaffen. Die unmittelbare Veranlassung des Streites gab die Aufnahme einer Anzahl Vereine in die Fédération, deren Mitglieder gut situirt und wohl im Stande waren, ein anständiges Honorar zu zahlen. Das Syndicat verlangte deren Entfernung aus der Fédération, dieselbe antwortete damit, daß sie das Salair ihrer angestellten Aerzte erhöhen wolle. Auf die Antwort des Syndicats, daß es nicht darauf abziele, von den hilfsbedürftigen Armen und Arbeitern für ihre Leistungen mehr Geld zu erhalten, sondern sich weigere, wohlhabenden Leuten Dienste für Hungerlöhne zu leisten, verhielt sich die Fédération ablehnend; sie nahm zwar keine besser gestellten Vereine mehr auf, verweigerte aber jede Nachforschung betreffs Constatirung des Einkommens ihrer Mitglieder. Auf das hin legten am 6. Juli l. J. sämmtliche zwanzig angestellten Aerzte ihre Stellen nieder, nachdem die Mitglieder des Syndicats ohne Ausnahme sich verpflichtet hatten, sich nicht um dieselben zu bewerben. Aus Humanitätsgründen jedoch besuchten sie die zur Zeit in ihrer Behandlung befindlichen Kranken unentgeltlich weiter. — Die Fédération versuchte nun neue Aerzte unter großen Anerbietungen heranzuziehen. Deren waren erst 11, später jedoch blos mehr 3; da diese die Arbeit natürlich nicht mehr bewältigen konnten, offerirte die Fédération jedem Arzt pro Consultation 2 Frcs., die von dem Mitglied bezahlt, demselben aber gegen eine vom Arzte (mit Ausnahme der 20 resignirten) unterzeichnete Quittung von der Fédération wieder vergütet werden sollte. Das Syndicat vereitelte diesen Coup dadurch, daß es seinen Mitgliedern, ebenfalls mit Ausnahme jener 20 freiwillig resignirten, verbot, diese Quittung auszustellen, wodurch jene mit der Zeit wieder eine Anzahl ihrer alten Patienten zurückerhielten. — Der Kampf ist noch nicht zu Ende, aber da die Fédération keine neuen Kräfte findet, ist der endliche Sieg der Aerzte sicher, den sie, abgesehen von dem Rechte, in dem sie sich befinden, schon ihres collegialen Verhaltens wegen redlich verdienen. Einigkeit macht stark!

(Cholera-Nachrichten.) In der abgelaufenen Woche sind in Galizien 18 Personen (gegen 22 der Vorwoche) an Cholera erkrankt und 5 gestorben. Die Gesammtzahl der seit 23. August d. J. constatirten Erkrankungsfälle beträgt 53, die Mortalität 50·9%.

(Statistik.) Vom 8. bis inclusive 14. September 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5513 Personen behandelt. Hievon wurden 1199 entlassen; 122 sind gestorben (9·23% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 43, egyptischer Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 19, Scharlach 75, Masern 52, Keuchhusten 114, Wundrothlauf 23, Wochenbettfieber 1, Parot. epid. 1, Influenza —, Rötheln 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 602 Personen gestorben (— 19 gegen die Vorwoche).

Nr. 39. Sonntag den 29. September 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von **Urban & Schwarzenberg in Wien.**

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die mechanische Disposition zur Ozaena.

Von **Dr. M. Saenger** in Magdeburg. *)

In einer im Vorjahre veröffentlichten Arbeit [1]) habe ich festgestellt, beziehungsweise festzustellen gesucht: 1. daß zwischen Ozaena und der regelmäßig bei dieser Krankheit sich findenden abnormen Weite der Nasenhöhlen ein causaler Zusammenhang besteht, und 2. welcher Art dieser Zusammenhang ist. Meine Untersuchungen über diesen Gegenstand hatten zum Theil auch ein therapeutisch verwerthbares Ergebniß gehabt. Mit Rücksicht auf den Ort der Publication besprach ich dieses praktische Resultat meiner Untersuchungen ziemlich ausführlich. Darüber habe ich die theoretische Seite der Frage etwas vernachlässigt. Ich will heute versuchen, das in dieser Beziehung Versäumte nachzuholen.

Daß zwischen abnormer Geräumigkeit des Naseninneren und Ozaena eine causale Beziehung besteht, dafür spricht zunächst die Regelmäßigkeit, mit der jene Anomalie sich bei diesem Leiden findet. Dafür spricht ferner der Umstand, daß, wenn Ozaenakranke ungleich weite Nasenhöhlen haben, Borken und Fötor in der weiteren Nasenhöhle stets in stärkerem Maße vorhanden sind. Dafür spricht schließlich auch die Thatsache, daß, wie ich selbst mehrere Male zu beobachten Gelegenheit hatte, in Nasenhöhlen, die nach Entfernung von Polypen oder durch allzu energische Anwendung der Galvanokaustik sehr weit geworden sind, häufig eine Atrophie der Schleimhaut sich herausbildet.

Was nun die Art der Einwirkung einer abnormen Weite der Nasenhöhlen auf Entstehen und Bestehen der Ozaena betrifft, so ist diese Einwirkung a priori in dreifacher Weise denkbar: 1. durch Beeinflussung der Schnelligkeit der die Nase passirenden respiratorischen Luftströme, 2. durch Beeinflussung der Energie der Verdunstung der auf der Nasenschleimhaut befindlichen Feuchtigkeit, 3. durch Beeinflussung der Intensität der respiratorischen Schwankungen des Luftdruckes in der Nase.

Die Schnelligkeit der respiratorischen Luftströme beim Passiren der Nasenhöhlen steht zur Weite der letzteren in einem umgekehrten Verhältniß. Bei gleicher Energie der Athmung ist sie um so größer, je enger, um so geringer, je weiter dieselben sind. Hierauf fußend, glaubte nun Zaufal die Entstehung der Ozaena in folgender Weise erklären zu können. Da in sehr weiten Nasenhöhlen der Inspirationsstrom, den er als Hauptmotor für die Fortschaffung des Nasensecretes betrachtet, sehr geringe Energie besitze, so komme es in ihnen zu Stagnation und Eintrocknung des Secretes. Indem sich dieses schließlich zersetze, entstehe der charakteristische Fötor der Ozaena.

Um diese Hypothese auf ihre Richtigkeit zu prüfen, verengte Gottstein das Nasenlumen seiner Ozaenakranken durch Einführung von Wattetampons. Der Erfolg war der, daß thatsächlich ein Nachlaß der Krankheitserscheinungen eintrat. Allein Gottstein erkannte bald, daß das von ihm erzielte Resultat weniger durch die Verengung des Nasenlumens als durch den mechanischen Einfluß der der Schleimhaut anliegenden Watte bedingt wurde. Sein hiedurch hervorgerufener Zweifel an der Richtigkeit der Zaufal'schen Hypothese wurde durch die Erwägung verstärkt, daß in Nasenhöhlen, welche durch irgend einen Umstand, z. B. durch Neubildungen, für den Inspirationsstrom, undurchgängig geworden sind, in denen also dieser letztere keinerlei Wirkung auszuüben im Stande ist, trotzdem keineswegs die Erscheinungen der Ozaena gefunden wurden. Daß die Beschaffenheit des Inspirationsstromes keinerlei Einfluß auf Entstehen und Bestehen der Ozaena haben kann, davon vermag man sich übrigens leicht selbst durch folgendes Experiment zu überzeugen:

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Laryngo-Rhinologie der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck.

[1]) Therap. Monatsh. October 1894.

Verschließt man bei einer an dieser Krankheit leidenden Person eines der beiden Nasenlöcher, so findet man nach einiger Zeit — vorausgesetzt, daß die Athmung bei geschlossenem Munde dadurch nicht unmöglich geworden ist — in der von vorn verschlossenen Nasenhöhle nicht nur keine inzwischen stattgefundene Intensitätsvermehrung des Leidens, sondern gerade das Gegentheil davon: Borken und Fötor sind mehr oder weniger verschwunden. Die Schleimhaut zeigt sich röther, feuchter und succulenter als zuvor.

Die an den Wänden eines Raumes befindliche Flüssigkeit verdunstet um so leichter, je größer dieser Raum ist, d. h. je mehr Luft vorhanden ist, welche die verdunstende Flüssigkeit in sich aufzunehmen vermag Hienach müßte die Verdunstung in sehr weiten Nasenhöhlen eine besonders energische sein, was die Eindickung des Secrets, seine Eintrocknung, Zersetzung u. s. w. zur Folge haben würde. Allein der Umstand, daß eine große Geräumigkeit des Naseninneren an sich eine Förderung der Verdunstung in der Nase bedeutet, wird dadurch compensirt, daß ein zweiter Factor, der in engen Nasenhöhlen die Verdunstung in hohem Grade fördert, hier nur in geringer Stärke vorhanden ist: nämlich die Luftbewegung. Wir wissen, daß diese bei großer Weite der Nasenhöhlen eine sehr langsame ist.

Ebenso wie die Schnelligkeit der durchpassirenden Luftströme, steht auch die Intensität der respiratorischen Luftdruckschwankungen zur Weite der Nasenhöhlen in einem umgekehrten Verhältniß. In Folge dessen muß dann die Intensität der respiratorischen Luftdruckschwankungen in sehr weiten Nasenhöhlen eine sehr geringe sein.

Die Richtigkeit dieses Satzes habe ich durch manometrische Versuche bestätigt gefunden. Ich bediente mich bei diesen Versuchen dieses (Demonstration) Manometers. Es ist ein mit Flüssigkeit gefülltes U-förmiges Glasrohr. Statt mit Quecksilber, das wegen seiner Schwere die hier in Betracht kommenden geringen Luftdruckdifferenzen nur undeutlich anzeigen würde, ist es mit Weingeist, das ich durch Pyoctanin gefärbt habe, gefüllt. Der eine Schenkel steht in Verbindung mit einem Gummischlauch, dem wiederum ein dünnes neusilbernes Röhrchen angefügt ist, das, an seinem Ende geschlossen, in der Nähe desselben ein Fenster hat.

Diese von mir gewählte Versuchsanordnung weicht in einigen Punkten von derjenigen ab, welche G. Francke[2]) bei seinen verdienstvollen Untersuchungen über Luftdruck und Luftbewegung in der Nase und ihren Nebenhöhlen anwandte. Trotzdem sind unsere Resultate in Bezug auf den Luftdruck in der Nase im Wesentlichen gleich. Nur in etwas Nebensächlichem bin ich anderer Ansicht als Francke.

Ehe ich hierauf näher eingehe, will ich bemerken, daß ich meine Untersuchungen ganz unabhängig von ihm angestellt habe. Seine Arbeit erschien Anfang 1894. Mehr als 2 Jahre vorher hatte ich in der medicinischen Gesellschaft in Magdeburg einen Vortrag gehalten, in dem ich auf Grund der vorhin angedeuteten Anschauungen über die Luftdruckverhältnisse in abnorm weiten Nasenhöhlen deren Einfluß auf Entstehen und Bestehen der Ozaena erörterte.

Francke führt eine Reihe von Zahlen an, welche die Höhe des Luftdruckes während der einzelnen Respirationsphasen innerhalb der Nasenhöhlen bei verschiedener Weite derselben wiedergeben sollen. Diese Zahlen haben nur relativen Werth. Sie veranschaulichen wohl im Allgemeinen die Abhängigkeit der Luftdruckverhältnisse in der Nase von der Geräumigkeit ihres Inneren in zutreffender Weise. Im Einzelnen geben sie die wirklichen Verhältnisse nicht wieder.

So ist es z. B. richtig, daß in sehr weiten Nasenhöhlen bei der Exspiration der Luftdruck nur eine sehr geringe Höhe erreicht; daß er aber, wie sich aus Francke's Zahlen ergibt, negativ wird, ist schlechterdings undenkbar, denn herrschte auch bei der Exspiration in der Nase ein negativer Luftdruck, so würde ja die Exspirationsluft nicht aus der Nase heraus, sondern vielmehr die unter normalem atmosphärischem Druck stehende Außenluft in die Nase hineinströmen, d. h. es würde beständig Luft in die Athmungswege hinein, keine herausgelangen!

Es ist klar, daß der von Francke in sehr weiten Nasenhöhlen bei der Exspiration gefundene Luftdruck durch einen Fehler seiner Versuchsanordnung bedingt sein muß.

Ein Hauptfehler seiner Versuchsanordnung besteht nun aber darin, daß er an einem Modell experimentirt hat, an einem Modell der Nase und ihrer Nebenhöhlen, das er in luftdichte Verbindung mit seiner Nase oder der einer anderen Versuchsperson gebracht hat.

Nehmen wir selbst an, daß in diesem Nasenmodell, falls es genau dieselben Dimensionen hat, wie die Nase, auch genau dieselben Luftdruckverhältnisse herrschen, wie in dieser, so ist eine Uebereinstimmung der Luftdruckverhältnisse doch unmöglich, wenn die Dimensionen verschieden sind. Stellt z. B. das Modell eine sehr weite Nase dar, so kann die exspiratorische Luftdrucksteigerung in demselben nicht dieselbe Höhe erreichen, wie in der als normal angenommenen Nase, mit der es in Verbindung steht. Stellt andererseits das Modell eine zu enge Nase dar, so wird der Luftdruck bei der Exspiration in ihm wiederum höher steigen, als in der Nase, der es angefügt ist.

Auch ich erhebe nicht den Anspruch, mit Hilfe meiner Versuchsmethode genaue Daten über die Luftdruckverhältnisse in der Nase geben zu können. Denn das von mir in die Nase eingeführte, mit dem Manometer in Verbindung stehende Röhrchen bewirkt, wenn es auch dünn ist, immerhin eine Verengung des Nasenlumens. Bei sehr großer Weite der Nasenhöhlen kommt dies ja wenig in Betracht; umsomehr aber bei normaler oder gar subnormaler Weite. Das Manometer wird in Folge dessen in normal weiten oder engen Nasenhöhlen eine erheblich größere Intensität der respiratorischen Luftdruckschwankungen anzeigen, als der Wirklichkeit entspricht. Ich habe mich daher darauf beschränkt, im Allgemeinen festzustellen, in welchem Verhältniß die Intensität der Luftdruckschwankungen in weiten Nasenhöhlen zu der in engen steht. Ich habe gefunden, daß in sehr weiten Nasenhöhlen diese Schwankungen etwa 5—10mal schwächer sind, als in meiner Nase, die ich als normal betrachte. Während in meiner Nase bei ruhigem Athmen bei der Respiration die Flüssigkeitssäule 7—10 Mm. sinkt, sinkt sie in sehr weiten Nasenhöhlen, wie wir sie bei Ozaena finden, kaum 1—2 Mm. Dasselbe Verhältniß findet sich auch bei der Exspiration.

Wir wissen, daß das respiratorische Steigen und Fallen des Luftdruckes innerhalb des Thorax einen merklichen Einfluß auf die Circulation daselbst ausübt. Es ist anzunehmen, daß Aehnliches auch in der Nase der Fall ist.

Zunächst sei die folgende Beobachtung mitgetheilt, welche indirect für die Richtigkeit einer solchen Annahme spricht. Ich fand, wenn ich eine nichtatrophische Nasenhöhle durch einen Wattetampon von hinten verschloß, daß nach 1 bis 2 Minuten eine recht merkliche Abschwellung der Schwellkörper sowie der übrigen Weichtheile des Naseninneren eintrat. Dies ist dadurch zu erklären, daß in Folge des Choanenverschlusses die respiratorischen Luftdruckschwankungen in der Nase, welche einen wichtigen accessorischen Impuls für die Blutbewegung in denselben bilden, in Fortfall kommen, und daß in Folge dessen eine Anämie der Weichtheile des Naseninneren und schließlich eine verminderte Turgescenz derselben eintritt.

Ich verweise ferner auf die Wirkung des „Naseneröffners" Moriz Schmidt's. Dieses geistreich erdachte Instrumentchen bewirkt eine Abschwellung der in Folge von allzu großer Enge des Naseneinganges congestionirten Schleimhaut dadurch, daß es den Naseneingang erweitert und damit eine Intensitätsverminderung der respiratorischen Luftdruckschwankungen in der Nase herbeiführt.

---

[2]) Archiv für Laryngologie etc. Bd. I, Heft 2.

Die Abhängigkeit der Circulation in der Nase vom Steigen und Fallen des Luftdruckes läßt sich nun folgendermaßen erklären. Die Erklärung entnehme ich, weil ich sie präciser und kürzer nicht zu fassen vermag, meiner vorhin citirten Arbeit.

„Die Weichtheile des Naseninneren zeichnen sich durch einen großen Reichthum an Gefäßen, namentlich an Venen aus. Die inspiratorische Luftdruckverminderung bewirkt nun zunächst eine stärkere Füllung der Venen. Das durch die Inspiration in diese dünnwandigen Gefäße „hineingesogene“ Blut kommt selbstverständlich, der Richtung des Blutstromes folgend, wesentlich aus dem Ursprungsgebiet des letzteren. Durch die von der Exspiration abhängige Luftdrucksteigerung wird andererseits das Blut zum Theil wieder aus den Venen herausgedrängt. Es ist klar, daß es in der Richtung des geringsten Widerstandes, d. h. in der Stromrichtung, ausweicht. Beide Momente also, die inspiratorische Luftdruckverminderung sowohl, als auch die exspiratorische Luftdrucksteigerung üben eine in gleicher Weise fördernde Einwirkung auf die venöse Blutbewegung innerhalb der Nase aus. Dies aber bedeutet nach physiologischen Gesetzen indirect auch eine Förderung der capillären und arteriellen Blutbewegung im Naseninneren.

„Dieser durch die respiratorischen Luftdruckschwankungen gebildete, locale accessorische Impuls für die Circulation in der Nase ist selbstverständlich umso stärker, je größer, umso schwächer, je kleiner dieselben sind. In abnorm weiten Nasenhöhlen ist daher, da in ihnen, wie gezeigt worden ist, jene Luftdruckschwankungen von abnorm geringer Intensität sind, dieser Impuls auch ein abnorm geringer. Die Circulation in solchen Nasenhöhlen wird in Folge dessen auch träger und weniger energisch sein, als es normaler Weise der Fall ist. Daß dies wiederum ein Moment ist, das auf die Ernährung der Schleimhaut ungünstig einwirkt, das die Entstehung und, falls sie bereits vorhanden ist, die Steigerung einer Atrophie der Schleimhaut begünstigt, ist klar. — Die Beschaffenheit des von einer atrophischen Schleimhaut producirten Secrets kann eine normale nicht sein. Aber auch direct müssen die mechanisch bedingten ungünstigen Circulationsverhältnisse in abnorm weiten Nasenhöhlen eine Verschlechterung des in denselben producirten Secrets herbeiführen. So läßt sich denn annehmen, daß durch die Einwirkung beider Momente jenes der Ozaena eigenthümliche Secret entsteht, das durch seine Wasserarmuth und seinen Zellenreichthum, vielleicht auch in Folge einer eigenartigen chemischen Beschaffenheit einerseits eine besondere Neigung einzutrocknen hat, andererseits nur schwer, sei es durch die respiratorischen Luftströme, sei es durch Schneuzen, entfernt werden kann.

Ein solches Secret muß also, wenn nicht durch künstliche Mittel für seine Entfernung gesorgt wird, lange in den Nasenhöhlen verweilen. Dies bietet natürlich für die Ansiedlung der verschiedensten Mikroorganismen die günstigste Gelegenheit. Es wird allgemein angenommen, daß die schließlich eintretende, den charakteristischen Fötor zur Folge habende Zersetzung des stagnirenden Secretes hierauf zurückzuführen sei, eine Annahme, die einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit für sich hat.“

Um zu prüfen, ob und wie weit die vorhergehenden theoretischen Erörterungen den Thatsachen entsprechen, stellte ich folgenden Versuch an:

Wie auch FRANCKE nachgewiesen hat, vermag man durch Verengung des Naseneinganges die Intensität der respiratorischen Luftdruckschwankungen in der Nacht erheblich zu steigern. Man ist also auf diesem bequemen Wege im Stande, den nach dem vorhin Ausgeführten in hervorragendem Maße an der Erzeugung der Ozaena betheiligten Umstand: die allzu geringe Intensität der respiratorischen Luftdruckschwankungen in den sehr weiten Nasenhöhlen Ozaenakranker, zu beseitigen. Eine Verengung des Naseneinganges bewirkte ich nun höchst einfach mittelst einer Vorrichtung (Fig. 1 u. 2), welcher ich den Namen **Nasenobturator**[3]) beigelegt habe, bestehend aus einer U-förmig gebogenen Uhrfeder und zwei aus Zinn gefertigten Platten (Fig. 1), welche an die beiden Enden der ersteren rechtwinkelig angelöthet sind. Das Instrumentchen gelangt in der Weise zur Anwendung, daß die beiden Platten, nachdem sie durch Zurechtschneiden mittelst Scheere eine bestimmte Größe und Form erhalten haben, möglichst hoch in den Naseneingang eingeführt und dort durch die Feder, welche sich am Septum festklemmt, fixirt werden (Fig. 2).

A B C

Fig. 1.

Fig. 2.

B und C (Fig. 1) werden so zurechtgeschnitten, daß sie, an Gestalt den Nasenlöchern ähnlich, den Naseneingang einerseits möglichst ausgiebig, andererseits nur bis zu dem Grade **verengen**[4]), daß die in Frage kommenden Patienten noch eben ohne Beklemmungsgefühl bei geschlossenem Munde athmen können. Dies muß natürlich in jedem einzelnen Fall ausprobirt werden, und zwar so, daß das Luftbedürfniß der Patienten nicht blos in der Ruhe, sondern auch bei mäßiger Bewegung, wie beim Gehen und Bücken, Berücksichtigung findet.

Die Lage des Nasenobturators muß eine solche sein, daß die Platten weder nach vorne oder hinten, noch seitwärts geneigt sind.

Man mache die Platten nicht wesentlich kürzer, als die Nasenlöcher sind. Die erforderliche Verkleinerung der Platten finde daher vorzugsweise durch Wegschneiden seitlicher Theile statt. Etwa vorhandene, beim Zurechtschneiden entstandene scharfe Ecken und Kanten werden selbstverständlich vor dem Einsetzen des Nasenobturators, am besten mittelst Feile, sorgfältig beseitigt.

Manchmal ist es nöthig, wenn die Nasenränder stark nach oben zurücktreten, die Platten dementsprechend zu verbiegen, damit sie noch innerhalb des Naseneinganges gelegen sind.

Nur in Ausnahmsfällen gestattet eine abnorme Beschaffenheit des Septums, wie z. B. ein seitliches Verbogensein seines knorpeligen Theiles, die Anwendung des Nasenobturators nicht. Macht die Einführung desselben Schwierigkeit, weil das Septum zu dick ist, so biege man eben die Schenkel der Feder aneinander. Im umgekehrten Fall biege man sie (mittels Flachzange) zusammen.

Es empfiehlt sich in den meisten Fällen, den Nasenobturator (auch von Anfang an) intermittirend tragen zu lassen, und zwar je 2 Stunden bis herab zu $^1/_2$ Stunde, in Zwischenräumen von $^1/_2$ Stunde, 1 Stunde, 2 Stunden etc. Dies richtet sich nach der Schwere der Erkrankung und dem Fortschritt der Besserung. Den Nasenobturator während der Nacht tragen zu lassen, bietet keinen besonderen Vortheil.

Bei einseitiger Ozaena (bezw. nicht fötider Rhinitis atrophica) wird natürlich die der gesunden Seite entsprechende Platte fortgeschnitten.

Wird, wie dies hin und wieder vorkommt, durch fortschreitende, durch den Nasenobturator bedingte Volumzunahme der Schwellkörper eine merkliche Verringerung der Luftzufuhr durch die Nase herbei-

[3]) Wird in guter Ausführung zum Preise von 60 Pfg. von Middendorf in Magdeburg, Breite Weg Nr. 155, geliefert.

[4]) Durch den Nasenobturator soll also der Naseneingang (in mehr oder minder hohem Grade) verengt, nicht verschlossen werden.

geführt, so muß eine entsprechende Verkleinerung der Platten vorgenommen werden.

Bei sehr starker Borkenbildung empfiehlt es sich, im Beginn der Behandlung vor dem Einsetzen des Nasenobturators die Nase mit einer 0·6% Kochsalzlösung auszuspülen. Eine solche Ausspülung darf jedoch, falls ihre Wiederholung erforderlich erscheint, nicht zu häufig, höchstens dreimal in der Woche, vorgenommen werden.

Die Wirkung der in der beschriebenen Weise herbeigeführten Verengung des Naseneinganges entsprach den theoretisch daran geknüpften Erwartungen. Es trat in der That ein mehr oder weniger vollständiger Nachlaß der Krankheitserscheinungen ein. Die früher blasse und trockene Schleimhaut röthete sich und wurde succulenter. Die Secretion wurde lebhafter und mehr wässerig. Die Folge war, daß die in der Nase befindlichen Borken sich leicht von ihrer Unterlage lösten und mit geringer Mühe durch Schneuzen entfernt werden konnten. Weiterhin aber nahm die Production von zähem, leicht eintrocknendem und darum schwer zu entfernendem Secrete überhaupt ab, bezw. hörte schließlich ganz auf. Damit ging eine Abnahme des Fötor bis zu seinem vollständigen Verschwinden einher.

Diese günstige Wirkung der Verengung des Naseneinganges bei Ozaenakranken wurde in keinem Fall vermißt. Es versteht sich von selbst, daß das Tempo, in dem diese Wirkung eintrat, und die Höhe, die sie erreichte, nicht in allen Fällen die gleiche war.

Wie ich bereits erwähnt habe, tritt, wenn man bei einer an Ozaena leidenden Person mittelst Watte eines der beiden Nasenlöcher verschließt, in der dadurch von vorn verschlossenen Nasenhöhle, vorausgesetzt, daß trotzdem die Möglichkeit, bei geschlossenem Mund zu athmen, fortbesteht, ebenfalls ein Nachlaß der Krankheitserscheinungen ein. Auch dies ist durch Steigerung der Luftdruckschwankungen in der in Frage kommenden Nasenhöhle zu erklären.

Auf die therapeutische Verwerthbarkeit meines Nasenobturators oder der Tamponade eines der beiden Nasenlöcher will ich hier nicht näher eingehen. Sie finden Ausführliches darüber in meiner wiederholt citirten Arbeit. Ich will hier nur bemerken, daß ich auch bei weiterer Anwendung dieser beiden Maßnahmen dieselben günstigen Resultate zu verzeichnen hatte, wie ich sie dort beschrieben.

Zum Schluß sei noch erwähnt, daß, durch meine Untersuchungen angeregt, der bekannte Königsberger Laryngologe Dr. Kafemann ebenfalls einen Nasenobturator construirt hat. Sie finden Näheres darüber in der in Königsberg (1895) erschienenen Inauguraldissertation von Jacobi, welche den Titel hat: „Kritik einiger neuerer Behandlungsmethoden der Ozaena und Vorschlag eines neuen vereinfachten Verfahrens".

Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbecken-Ausspülungen per vias naturales.

Von **Dr. Leopold Casper**, Privatdocent an der Universität Berlin.

(Schluß.)

Nachdem ich den ersten Fall so ausführlich mitgetheilt habe, darf ich im zweiten, der eine Pyelitis gonorrhoica chronica darstellt, kürzer sein und mich darauf beschränken, die Unterschiede in dem Befunde und der Therapie gegenüber dem ersten anzuführen. Er betrifft den 28jährigen Beamten B., einen kräftigen, großen, bisher stets gesund gewesenen, von gesunden Eltern stammenden Mann. Im Frühjahre 1894 bekam er eine Gonorrhoe, von der er nie ganz genesen ist. Er wurde mit Injectionen behandelt, und als der Ausfluß verschwunden schien, hielt er sich für gesund und entzog sich der ärztlichen Aufsicht. Seit dem Herbste desselben Jahres merkte er jedoch, daß sein Uebel sich wieder eingestellt habe. Er mußte oft und unter Schmerzen harnen. Einspritzungen und Arzneien brachten mehrmals vorübergehende Besserung.

Im Januar dieses Jahres kam er in meine Behandlung. Seine Klagen bezogen sich auf Schmerzen beim Uriniren, Häufigkeit der Mictionen, trübes Aussehen des Harnes, Mattigkeit und Abmagerung. Er harnt alle 1—1½ Stunden. Die Schmerzen treten besonders am Schluß der Harnentleerung auf und halten einige Minuten danach an. Sie saßen in der Glans penis und erstreckten sich bis in die linke Nierengegend. Der Harn war trübe, sauer und enthielt große Mengen Pus, Epithelien der verschiedensten Formen, vereinzelte rothe Blutkörperchen und vielerlei Mikroorganismen; keine Cylinder, keine Gonococcen, keine Tuberkelbacillen, ziemlich erhebliche Mengen Albumen.

Die Cystoskopie ließ eine schmutzige, stark cystitisch erkrankte Blase erkennen. Auf der hochroth, sammtartig geschwollenen Schleimhaut saßen große Fetzen von Eiter. Die linke Ureterenöffnung ist auffallend groß, erheblich größer als die rechte, der Harnleiterwulst stärker ausgeprägt als rechts. Die aus den Ureteren herausspritzende Flüssigkeit konnte nicht als abnorm erkannt werden. Entsprechend der hienach gestellten Diagnose, Cystitis gonorrhoica, wurden Ausspülungen der Blase mit Argentum und Bor, innerlich Salol und Balsamica verordnet. Nach zweimonatlicher Behandlung war von einem Erfolg nicht zu sprechen; der Zustand war im Wesentlichen derselbe geblieben.

Ich entschloß mich deshalb zum Katheterismus des verdächtigen linken Harnleiters. Derselbe gelang leicht, ohne daß es nöthig gewesen wäre, die Blase zu anästhesiren. Es entleerte sich eine mäßig trübe Flüssigkeit von saurer Reaction, in der das Mikroskop Rundzellen, sehr viele Ureterepithelien und vereinzelte rothe Blutzellen nachwies. Der Albumeninhalt dieser Flüssigkeit war beträchtlich.

Somit war die Diagnose: Cystitis, Ureteritis, Pyelitis sinistra erwiesen. Es wurde eine Auswaschung mit Borsäure angeschlossen. Wir konnten 60 Ccm. einspritzen, ein Beweis, daß das Nierenbecken schon dilatirt war, daß also eine beginnende Pyonephrose vorlag, denn neben dem Katheter war nichts von dem Eingespritzten in die Blase entwichen, wie durch Controle des Auges festgestellt wurde. Bei dem Versuch, mehr zu injiciren, entstand heftiger Schmerz in der linken Nierengegend. Nach Ablaß der Flüssigkeit wurden Argentumlösungen 1:500 eingespritzt und der Patient nach Hause geschickt. Es wurden nun abwechselnd die Blase und das linke Nierenbecken mit Argentum 1:1000 in Zwischenräumen von je 2 Tagen ausgespült, das Nierenbecken im Ganzen 6mal, die Blase gegen 20mal. Gleichzeitig wurde der Kranke angewiesen, viel Wildunger und Fachinger Brunnen und diluirende Thees zu trinken.

Schon beim zweitenmal war der linke Nierenharn gebessert. Pus- und Albumengehalt hatten abgenommen und zeigten sich weiter bei jeder neuen Untersuchung vermindert; beim 6. Mal war der Harn ganz klar und mit Ausnahme von einigen Ureterepithelien frei von Formelementen.

In Uebereinstimmung damit besserte sich der Blasenharn und die subjectiven Beschwerden des Kranken. Ende April konnte derselbe als völlig geheilt entlassen werden. Er war frei von jedem Unbehagen, der Harn klar, ohne Pus und Albumen. Im ersten Falle handelte es sich also neben der Cystitis um eine doppelseitige Pyelitis mehr acuten Charakters, im zweiten um eine chronische Pyelitis mit beginnender Dilatation des Nierenbeckens. Im ersten wurde ein Verweilkatheter im Nierenbecken belassen und starke Argentuminstillationen angewendet, im zweiten war der Verweilkatheter aus äußeren Gründen nicht anwendbar. Es wurde in Zwischenräumen von 4 Tagen das Nierenbecken katheterisirt und mit

schwachen Silbernitratlösungen ausgespült. Eclatant war der Erfolg der Behandluug im ersten Falle, ganz besonders auf der linken Seite, weniger in die Augen springend, aber immerhin deutlich verfolgbar auch im zweiten.

Gestatten Sie mir nun noch, mit einigen Worten den citirten Fall von Howard A. KELLI zu referiren. Es handelte sich um einen Fall von gonorrhoischer Cystitis, Strictur des linken Ureters und retrostricturaler Erweiterung desselben bei einer Frau.

KELLY hat den linken Ureter dieser Patientin im Ganzen 120mal katheterisirt, die Strictur des Ureters erweitert und Nierenbecken und Ureter abwechselnd mit Sublimat 1 : 150.000—1 : 16.000, mit 1proc. Höllensteinlösung und schwacher Jodlösung irrigirt.

Die Frau, die sich beim Beginn der Cur in einem trostlosen Zustande befunden hatte ähnlich wie mein erster Patient, war nach Verlauf von 5 Monaten völlig geheilt. Alle Beschwerden waren verschwunden. Der trübe eiterige Harn war klar und frei von pathologischen Beimischungen geworden.

Und nun, meine Herren, lassen Sie uns in aller Kürze an den mitgetheilten Krankengeschichten Kritik üben und einen Ausblick thun, was wir von der besprochenen Therapie in Zukunft erhoffen dürfen.

Vier Fragen sind es, die sich uns aufdrängen:

1. Ist die Heilung in jenen 3 Fällen thatsächlich eine Folge der angewendeten Therapie?

2. Ist das geschilderte therapeutische Verfahren nothwendig oder heilen derartige Pyelitiden nicht auch spontan, bezw. unter Anwendung anderer Mittel?

3. Hat dasselbe keine schädlichen Folgen oder Gefahren?

4. Welche Formen der Pyelitis sind es, in denen wir eventuell Erfolg erwarten dürfen?

Was die erste Frage betrifft, ob die Heilung in den 3 Fällen auf die angewandte Therapie zurückzuführen ist, so kann für Jeden, der die Krankengeschichten genau verfolgt hat, ein Zweifel darüber nicht obwalten.

Im ersten Falle litt der Kranke trotz aller angewandten Mittel, unter denen Narcotica nicht fehlten, volle 3 Monate unter den heftigsten Schmerzen, der Harn blieb unverändert trüb und schmutzig.

Am 3. März wurde der linke Harnleiter zum erstenmale katheterisirt, der Katheter blieb bis zum 6. März liegen. Schon am Tage darauf war der Darmtenesmus so gut wie verschwunden, der Harndrang wesentlich vermindert, das Aussehen des Harnes gebessert. Der Zustand des Kranken machte unter Behandlung der noch immer bestehenden Cystitis Fortschritte, blieb dann aber unverändert, bis — nachdem am 14. März auch das rechte Nierenbecken katheterisirt und gespült worden war — 5 Tage darauf, also am 19., der Harn fast klar erschien und die Beschwerden des Kranken als kaum nennenswerthe bezeichnet werden konnten.

Im 2. Falle litt der Kranke vom October bis Januar, also volle 4 Monate, zwar nicht so heftig wie der erste Patient, doch bestand auch hier Tenesmus der Blase, des Darms und trüber, eiteriger Harn. Nachdem die verschiedenartigsten Mittel im Stiche gelassen hatten, wurde das linke Nierenbecken katheterisirt, und schon beim zweiten Katheterismus konnte der linke Nierenharn als gebessert erkannt werden. Dementsprechend zeigte auch der Blasenharn bessere Beschaffenheit, und jedesmal nach einer Spülung des Nierenbeckens, deren sechs vorgenommen wurden, wurde eine Besserung des Harnes constatirt, bis schließlich der Blasenharn ganz klar war.

Das Gleiche berichtet KELLY. Nachdem die Strictur des Ureters beseitigt, besserte sich unter Nierenbeckenausspülungen der Blasenharn seiner Patienten allmälig und stetig.

Nach diesen Beobachtungen meine ich, ist es erwiesen, daß die Nierenbecken- und Ureterspülungen die heilende Wirkung ausgeübt haben.

Hiemit im Zusammenhange steht die zweite aufgeworfene Frage, ob ein solches Verfahren nothwendig ist und nicht derartige Pyelitiden stets spontan, bezw. unter Anwendung anderer, leichterer Maßnahmen in Heilung übergehen.

Es handelt sich in allen drei bis jetzt bekannten Fällen um gonorrhoische Pyelitiden, wir haben es also nur mit diesen hier zu thun. Eine Reihe derselben, besonders die acut auftretenden, gehen spontan in Heilung über, eine andere Zahl von ihnen aber wird chronisch. Von den chronischen Fällen führt der größere Theil in langsam sich fortsetzendem Proceß zu Pyelophrose und Schwund des Nierengewebes; der kleinere Theil bleibt stationär und ein minimaler Bruchtheil hält unter langwierigen, oft jahrelang dauernden Curen aus.

Erwägt man nun die Thatsache, daß man den acuten Fällen nicht ansehen kann, ob sie heilen werden oder ob sie zur Chronicität neigen, daß es von den chronischen auch äußerst ungewiß ist, ob der Proceß weitere Fortschritte machen oder zum Versiegen kommen wird, so wird man, denke ich, mit Freuden zu einem Verfahren greifen, das den Proceß direct in loco anzugreifen und zu coupiren vermag, oder — ich will mich vorsichtig ausdrücken — das ihn in 3 Fällen zu coupiren vermocht hat und deshalb zu der Hoffnung berechtigt, daß es ihn auch in weiteren Fällen wird coupiren können.

Man wird das umso lieber thun, als sich die Anwendung in jenen 3 Fällen als völlig gefahrlos erwiesen hat. Was ich anfangs befürchtete, daß eine größere Nierenreizung entstehen könnte, ist glücklicherweise nicht eingetreten; der Harn war nach der Behandlung in allen 3 Fällen albumenfrei. Die Erfahrung wird uns lehren, ob es nöthig ist, so starke Höllensteinlösungen zu gebrauchen, wie ich sie angewendet habe. Ich glaube schon heute sagen zu können, daß wir oft mit viel schwächeren Lösungen zu gleichem Ziele kommen werden.

Umso erfreulicher ist es zu wissen, daß selbst jene starken Lösungen keine schädigende Nebenwirkung gehabt haben.

Ist somit erwiesen, daß die per vias naturales ausgeführten Nierenbecken- und Ureterspülungen nicht schaden, daß sie zu heilen vermögen, wo andere Mittel im Stiche lassen, daß viele Pyelitisfälle im Laufe der Zeit so vorschreiten, daß nur eine schwere, lebensgefährliche Operation den Kranken retten kann, so glaube ich, dürfen wir noch einen Schritt weiter gehen und sagen: dies Verfahren ist in allen chronischen gonorrhoischen Pyelitiden und in allen acuten Fällen, in denen sich nicht nach kurzer Zeit ein Umschwung zum Besseren bemerkbar macht, indicirt. Seine Unterlassung ist ein Fehler. Was endlich die letzte Frage betrifft, bei welchen anderen Pyelitisformen unsere Methode erfolgreiche Aussicht verspricht, so sind selbstverständlich alle diejenigen Arten auszuschließen, die auf locale, im Nierenbecken gelegene Ursachen zurückzuführen sind, und deren Beseitigung nur durch eine Operation möglich ist.

Hieher gehören die Pyelitiden, die durch Steine im Becken, durch äußere Traumen, durch Durchbruch von Echinococcencysten oder Tuberculose der Niere entstanden sind. Auch die Pyelitis, welche Symptom einer Allgemeinerkrankung des Organismus, wie z. B. des Typhus, ist, kann hier nicht in Betracht kommen. Die Domäne unserer Therapie sind vielmehr die ascendirenden Formen, die durch Erkrankung der Blase und Fortleitung des Processes auf Ureter und Nierenbecken entstehen.

In allen jenen Fällen, in denen die Cystitis heilbar ist, dürfen wir auch die Heilung der auf die gleichen Ursachen zurückzuführenden Pyelitis erwarten, vorausgesetzt, daß der Fall nicht zu weit vorgeschritten ist. Haben infectiöse Cystitiden bei Steinen der Blase, Strictur der Harnröhre, nach dem Wochenbette zu Pyelitis geführt, dann, zweifle ich nicht, werden die Nierenbeckenausspülungen nach Beseitigung der ursächlichen Leiden, also des Steines und der Strictur, ebenso gute Chancen für die Heilung bieten wie die Blasenaus-

spülung bei der Cystitis. Wie es sich bei der Prostatahypertrophie und der Blasenlähmung verhält, in deren Gefolge Cystitis und Pyelitis auftreten; ob man auch hier durch die Spülungen die Beschwerden des Kranken zu erleichtern und ihr Leben zu verlängern im Stande sein wird, wage ich nicht zu entscheiden. Hier sprechen so viele andere Dinge — Alter, Widerstandsfähigkeit des Organismus, Arteriosklerose etc. — mit, daß allein der Erfahrung ein maßgebendes Urtheil gestattet ist.

Daß Sie, dieses zu gewinnen, durch Ihre Arbeit mithelfen und das neue Verfahren nach allen Richtungen hin prüfen, ist die Bitte, mit der ich meine Ausführungen schließe.

Die reizbare Blase.

Von **Dr. Alexander Peyer** in Zürich.

(Schluß.*)

Diagnose. Zunächst werden wir durch eine vorläufige chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins eine Erkrankung der Niere, des Nierenbeckens, der Blase und der Urethra ausschließen. Nicht genug kann empfohlen werden, den Urin in getrennten Abtheilungen zu mikroskopiren; man lasse den Kranken zuerst 1—2 Esslöffel voll uriniren, um die Harnröhre zu reinigen, und untersuche diesen Harn besonders.

Durch Unterlassung dieser Vorsichtsmaßregel sind schon viele Nierenbecken- und Blasenerkrankungen diagnosticirt worden, wo es sich um eine Affection der Harnröhre handelte.

Dann constatiren wir den fieberlosen Verlauf und die Unempfindlichkeit der Blasengegend auf Druck. Indem wir auf diese Weise gröbere anatomische Veränderungen ausgeschlossen haben und nun wissen, worauf wir unser Hauptaugenmerk bei der Anamnese und Krankengeschichte zu richten haben, schreiten wir zur Aufnahme der letzteren.

Es ist hiebei sehr wichtig, genau präcisirte Fragen zu stellen:

1. Wie waren die Blasenfunctionen schon in der ersten Jugend? Hat Pat. an Bettnässen gelitten und wie lange?

Haben seine Geschwister daran gelitten oder die Eltern?

2. Wann ist die geschlechtliche Entwicklung eingetreten? Hat diese allenfalls einen Einfluß auf die Functionen der Blase ausgeübt?

3. Sind jugendliche sexuelle Verirrungen (Onanie) vorgekommen? In welchem Alter und wie häufig?

4. Hat Pat. an Pollutionen gelitten oder leidet er jetzt noch daran?

5. Wie ist der sexuelle Verkehr mit dem weiblichen Geschlecht? Ist die Potenz hiebei eine normale oder findet sehr schnelle Ejaculation statt? Fühlt sich Pat. nach dem Act besonders matt und müde?

6. Waren je Geschlechtskrankheiten vorhanden?

7. Hat Pat. vor, während oder nach dem Urinabgang eine besondere Sensation?

8. Wurde je nach dem Uriniren oder während des Stuhlganges der Abgang von klebrigen, schleimigen Tropfen aus der Harnröhre bemerkt?

9. Wie ist das Allgemeinbefinden des Pat.? Hat er Neigung zu nervösen Affectionen oder sind solche in seiner Familie heimisch? Leidet er an schwachem oder reizbarem Nervensystem? Sind Lendenmarksymptome vorhanden? Hat Pat. sonst irgend welche Klage?

10. Wie ist der Appetit? Wie ist der Stuhl? —

Die Urinuntersuchung kann kaum sorgfältig genug gemacht werden. Wir dürfen uns nicht begnügen, hochgradige oder wenigstens deutliche Erkrankungen der Niere, des Nierenbeckens und der Blasenschleimhaut ausgeschlossen zu haben, wie wir dies bei der vorläufigen Untersuchung thun müssen, sondern wir haben eine öftere und sorgfältige Untersuchung hauptsächlich mit dem Mikroskop vorzunehmen, um etwaige, oft sehr schwierig nachzuweisende Formelemente zu finden, welche uns auf leichte Veränderungen in der Schleimhaut der Pars prostatica und des Blasenhalses aufmerksam machen.

*) Siehe Nr. 37.

Es kommen hier hauptsächlich die sogenannten Urethralfäden in Betracht, welche ebensowohl das Product einer chronischen Gonorrhoe als langjähriger Masturbation sein können.

Nicht selten constatiren wir aber auch blos das Vorhandensein mehr oder minder zahlreicher vereinzelter Leukocyten und Epithelien.

Einen eigenthümlichen mikroskopischen Befund bietet uns bei der Blasenreizung zuweilen der Schleim, welcher aus dem männlichen Genitalsystem — hauptsächlich den Cooper'schen Drüsen — stammt. Es sammelt sich derselbe nämlich zuweilen in ziemlicher Quantität am Boden des Uringefäßes als glashelle, zähe Masse, welche wegen ihrer Durchsichtigkeit als Sediment mit bloßem Auge nicht zu erkennen ist und die wir zufällig einmal bei der Fahndung nach anderen Dingen mit der Pipette in langen Fäden aufheben.

Unter dem Mikroskop sehen wir in dieser Masse außer einigen Schleimkörperchen und Epithelien zuweilen nichts als eine Unmasse von ausgezeichnet schönen, kleineren Sargdeckelkrystallen und spitzen Krystallen von neutralem phosphorsaurem Kalk; es spricht dieser Befund natürlich für alkalische Reaction, was auch durch Prüfung mit Lackmuspapier bestätigt wird. Der Urin ist aber absolut sauer, und wir haben so ein stark alkalisches Schleimsediment in vollständig saurem Urin. Diesen eigenthümlichen Befund habe ich besonders beobachtet bei reizbarer Blase in Folge Ueberreizung des sexuellen Systems, wie solche hauptsächlich bei Onanisten vorkommt. Schon verschiedene Male war ich in der Lage, aus diesem mikroskopischen Befund Masturbation auf das Bestimmteste bei jungen Leuten zu diagnosticiren, welche diese zuerst absolut leugneten.

Aber auch Spermatozoen sind kein seltener Befund bei reizbarer Blase. Wir finden sie hauptsächlich im ersten Morgenurin und in den letzten Tropfen, welche nach Beendigung des Stuhlganges abgehen.

Der mikroskopischen und chemischen Harnuntersuchung folgt eine solche auf die Quantität. Wir müssen zu diesem Zwecke die Gesammtmenge Urin von 24 Stunden auffangen und messen, und zwar verschiedene Male, um eine Polyurie auszuschließen.

Hierauf werden wir die Größe der Blase durch Percussion und Palpation zu bestimmen suchen, d. h. wir werden eine allfällige Vergrößerung ausschließen. Dann nehmen wir die äußere Untersuchung des Genitalsystems vor. Wir haben hiebei hauptsächlich auf die normale Größe und Entwicklung desselben zu sehen; ferner ob das Präputium keine Phimose bildet, ob dasselbe nicht sehr lang und entzündet ist, ob sich kein altes, in Zersetzung begriffenes Smegma zwischen Vorhaut und Eichel angesammelt hat. Dabei darf man auch nicht unterlassen, die Harnröhre in ihrer ganzen Ausdehnung äußerlich und per rectum nach etwa vorhandenen schmerzhaften Stellen oder Entzündungsherden abzutasten. Dann wenden wir unsere Aufmerksamkeit dem Orific. ureth. ext. zu und sehen, ob dasselbe entzündet, roth und gequollen aussieht. Hierauf schreiten wir zur Untersuchung mit der Sonde, welche oft ungemein schmerzhaft ist, besonders wenn wir in die Pars prostatica gelangen.

Geben uns die bisher angeführten Methoden noch kein sicheres Resultat, so steht uns noch die Endoskopie zu Gebote. Bei einer nicht irritirten Harnröhre hat der postbulbäre Theil eine glatte und blaßrothe Färbung; sind Excesse in der nöthigen Quantität vorausgegangen, und bei alten Masturbanten kann man das immer voraussetzen, so ist dieser Theil mit einer deutlich quergefalteten, verdickten Schleimhaut versehen, deren Farbe ein tiefes, sattes Roth zeigt und sogar eine blaurothe Färbung hat.

Differentialdiagnose. Eine „idiopathische Blasenreizung“ diagnosticirt man in der Regel nur dann, wenn die excedente Sensibilität als scheinbar selbstständige, unabhängige Krankheit existirt und eine organische Erkrankung der Blase, oder der übrigen Harnorgane, in Folge welcher der Urin dermaßen afficirt wird, daß er schon durch seine abnorme chemische Zusammensetzung die Reizung verursachen kann, nicht vorhanden ist.

Die Natur unserer Affection bringt es nun mit sich, daß wir ihre Diagnose häufig auf dem Wege der Exclusion zu stellen genöthigt sind, und wir müssen deshalb eine genaue Kenntniß derjenigen Erkrankungen des Urogenitalsystems besitzen, welche hier in Betracht kommen.

Da nun gerade die Diagnose dieser letzteren die vertraute Handhabung des Mikroskops erfordert und dieselbe, besonders in früheren Zeiten, oft nicht die starke Seite des Arztes war, so kam es, daß unter den Begriff der idiopathischen Blasenreizung viele Fälle subsumirt wurden, die offenbar nicht dahin gehören. Auch SOCIN bestätigt dies, indem er in seiner Arbeit „Krankheiten der Prostata“ sagt: Viele Prostatakranke leiden, besonders in den ersten Stadien ihrer Affection, an sogenannter reizbarer Blase (irritable bladder), d. h. die geringsten Veranlassungen — unter welchen Tafelexcesse, Stuhlbeschwerden und Erkältungen die Hauptrolle spielen — bringen ihnen vermehrten Urindrang, heftige Schmerzen, verbunden mit wolkiger Trübung des stark sauren und hochrothgelben Urins. — Dieser Zustand wird gewöhnlich als Blasenneuralgie gedeutet, stellt aber gewiß nichts Anderes dar, als einen acuten Anfall von Catarrhen der Blasen- und Nierenbeckenschleimhaut, wie auch die im Sedimente reichlich vorhandenen Plattenepithelien anzeigen.

Wir gehen nunmehr zur Besprechung der Differentialdiagnose der verschiedenen Affectionen über, die mit reizbarer Blase verwechselt werden könnten, und betrachten zuerst diejenigen der Niere und des Nierenbeckens.

Die acute parenchymatöse Nephritis kann während der ersten Zeit eine so heftige Blasenreizung verursachen, wie eine acute Cystitis. Die acute Nephritis werden wir aber leicht erkennen an dem Gehalt des Urins an Eiweiß, Harncylindern, Eiter- und Blutkörperchen.

Die Nierenschrumpfung diagnosticiren wir aus der vermehrten oder verminderten Quantität des Urins, dem seltenen Vorkommen von Harncylindern, und, je nach dem Stadium, von Eiweiß und der Herzhypertrophie.

Die Diagnose der Pyelitis stützt sich hauptsächlich auf das Vorkommen von Blut und Eiter im Urin mit Beschwerden in der Nierengegend.

Bei chronischer Pyelitis ist die Urinmenge fast constant um das Doppelte vermehrt, so daß dieses Symptom beinahe pathognomonisch ist. Der Eiweißgehalt ist gewöhnlich hochgradiger, als der vorhandenen Pyurie entspricht.

Den Diabetes erkennen wir an der Vermehrung des specifischen Gewichtes und an dem Zuckergehalt; den Diabetes insipidus an der vermehrten Urinquantität.

Ebenso ist auch bei der Polyurie der Drang die Folge einer raschen Füllung der Blase in Folge starker Absonderung des Nierensecretes, und die Quantität des Entleerten ist jedesmal eine bedeutende. Weder hier, noch beim Diabetes ist Mißbehagen oder Schmerz bei der Entleerung vorhanden.

Von Erkrankungen der Blase kommt hauptsächlich in Betracht die übermäßige Ausdehnung der Blasenwände durch den Urin bei Patienten, deren Blase durch verschiedene Ursachen erschlafft oder paralysirt ist. In Folge dieser übermäßigen Ausdehnung entsteht oft schrecklicher Harndrang. Es ist diese Affection in der Regel noch mit verschiedenen Leiden verbunden, die von Dyspepsie abhängig sind, weshalb sie auch von GUYON „urinary dyspepsia“ benannt wurde. Die Diagnose der chronischen Harnverhaltung werden wir stellen, indem wir die Vergrößerung der Blase durch Percussion und Palpation nachweisen, und ferner durch Einführung des Catheters.

Die Schrumpfblase, gewöhnlich die Folge eines chronischen Blasencatarrhs, werden wir daran erkennen, daß wir bei der künstlichen Füllung derselben nur ganz kleine Quantitäten Wassers (50—100 Grm.) in dieselbe injiciren können. Hier ist das häufige Uriniren die Folge der geringen Blasencapacität.

Auch mit Lithiase kann man unter Umständen die Affection verwechseln. Die Unterbrechungen des Strahles, der fixe Schmerz im Blasenhalse, die consensuellen Schmerzen im Rectum, Penis, in der Eichelspitze etc. sind in der That dem Steinleiden ganz ähnlich. Manche Kranke haben sogar ein täuschendes Gefühl, als ob sich ein harter, fremder Körper in den Blasenhals oder die Harnröhre dränge (CIVIALE). Die Fälle, wo bei heftiger Blasenreizung ein Blasenstein diagnosticirt und die Steinoperation auf Grund der falschen Diagnose ausgeführt worden ist, sind in der Literatur in der That nicht sehr selten.

Zu erwähnen sind noch die Fissuren des Blasenhalses. SPIEGELBERG entdeckte diese Affection im Jahre 1873 zuerst beim weiblichen Geschlechte. Auch beim männlichen Geschlechte kommen die Fissuren oder Rhagaden am Blasenhals nicht sehr selten vor, theils als Residuen eines vor längerer Zeit überstandenen Trippers, zum Theil aber auch bei solchen Individuen, die von einer vorausgegangenen Geschlechtserkrankung Nichts wissen wollen.

Die Differentialdiagnose zwischen dieser Erkrankung nun und der sogenannten idiopathischen Blasenreizung werden wir stellen:

1. Aus den subjectiven Symptomen, deren hervorragendstes — außer dem Urindrang — der Schmerz ist, welcher charakteristischerweise erst nach der Urinentleerung am heftigsten auftritt.

Wie nämlich bei der Anusfissur die Passage des Kothballens durch Berührung der entblößten Stellen, respective Nervenenden, nur mäßigen Schmerz hervorruft, welcher dann erst durch die eintretende krampfhafte Contraction des Sphincter unerträglich wird und noch einige Zeit andauert, weil dieselbe nicht sofort aufhört, so auch bei der Blasenhalsfissur.

2. Aus der Urinuntersuchung, welche ergibt, daß zuweilen in den letzten Tropfen Urin mehr oder weniger zahlreiche weiße, hauptsächlich aber rothe Blutkörperchen enthalten sind.

3. Aus der endoskopischen Untersuchung. Noch einer Affection der Harnröhre haben wir zu erwähnen, die unter Umständen leicht mit der idiopathischen Blasenreizung verwechselt werden könnte; es ist dies die beginnende Strictur oder die Strictur weiten Calibers.

Bekannt ist, daß den Aerzten Stricturen zur Behandlung kommen, deren ursächliche Gonorrhoe über 20, ja 30 Jahre zurückdatirt wird.

Solche Stricturen haben lange Zeit bestanden, ohne daß sie von den Kranken bemerkt worden sind. Erst allmälig wird dem Patienten der häufige Urindrang lästig, welcher mit einem unangenehmen, brennenden Gefühl in der Harnröhre verbunden ist.

Die gewöhnlich angeführten Merkmale der Strictur: Langsames Entleeren der Blase, Abnahme der Dicke des Urinstrahles und seiner Projectionskraft, können wir zuweilen auch in ziemlich hohem Grade bei nervöser Affection der Blase constatiren.

Das einzig sichere differentialdiagnostische Merkmal bildet die Weite des Harnröhrenlumens. Ist letztere normal, so muß sie jedes Bougie durchlassen, das den Meatus ext. passirt, denn dieser ist der engste Theil der Harnröhre überhaupt.

Im Allgemeinen, kann man sagen, ist jede Harnröhre stricturirt, die nicht ein Bougie Nr. 20 (französisch) durchläßt.

Referate und literarische Anzeigen.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Greifswald.

H. TENDERICH: Ueber die Tuberculose der Hernien.

Zu den in der Literatur beschriebenen 19 Fällen von Tuberculose der Hernien fügt T. 3 neue Krankengeschichten hinzu („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie“, Bd. 41, Heft 1—3). Diese Erkrankung kann primär vorkommen, ist aber häufiger eine Theilerscheinung der Peritonealtuberculose; das männliche Geschlecht ist entschieden bevorzugt und das jugendliche Alter ist zur Erkrankung geneigter, als das höhere. Tuberculose der Schenkelhernien sind bedeutend seltener, als tuberculöse Leistenbrüche. Eine richtige Diagnose wird besonders dann fast unmöglich sein, wenn es sich um einen gefüllten Bruch, also um eine eigentliche Hernie mit tuberculös erkranktem Bruchsack, handelt und der Bruchinhalt mit dem Bruchsack verwachsen ist. Eher läßt sich die Tuberculose der Hernie diagnosticiren, wenn sie isolirt ist; freilich kann da auch die Verdickung des Bruchsackes einen Bruchinhalt vortäuschen. Am günstigsten für die Diagnose sind jene Fälle, in denen kein intestinaler Inhalt neben reponiblem, flüssigem Inhalt im Bruchsack vorhanden ist und noch dazu Symptome einer Bauchfelltuberculose in die Erscheinung treten. Der flüssige Inhalt gibt sich durch leeren Percussionsschall und dadurch kund, daß im Stehen sich die Geschwulst durch gleichmäßigen allseitigen Druck in die Bauchhöhle verdrängen läßt, um sich sofort wieder zu bilden, falls nicht der Finger den Leistencanal verschließt; im Liegen kann der Inhalt sogar von selbst zurückfließen. Transparenz des Bruchsackes war in T.'s Fällen nicht festzustellen. Die Therapie kann nur eine operative sein; kann man deshalb, weil das Peritoneum mitbetheiligt ist, nicht den ganzen Krankheitsherd entfernen, so darf man auf den wunderbaren Effect, den die Incision auf die Abdominaltuberculose bekanntlich ausübt, einige Hoffnung setzen. R. L.

STEINER (Berlin): Das Trional als Schlafmittel.

Das Bedürfniß eines zuverlässigen Schlafmittels für die ärztliche Praxis ist so acut, daß jeder als solcher empfohlene Körper eine Nachprüfung verdient und im Falle der Bestätigung eindringlicher Empfehlung in der Aerztewelt werth erscheint. Verfasser („Deutsche med. Woch.“, 1895, Nr. 13) nimmt sich hiebei des Trionals an und schickt die große vorliegende Literatur voraus. Wenn er die von ihm selbst beobachteten Fälle — und es sind dies zumeist neurasthenische Frauen — in Betracht zieht, so kann sich Verf. jenen Autoren, welche das Trional als ein prompt wirkendes Schlafmittel, welches frei von Nebenwirkungen ist, empfehlen, in ihrem Resumé voll und ganz anschließen. Besonders hervorzuheben ist der rasche Eintritt der Wirkung des Trionals (nach 10—15 Minuten) gegenüber dem Sulfonal, bei dem erst nach zwei Stunden Schlaf sich einstellt, der häufig von dyspeptischen Erscheinungen begleitet ist, und bei dem völliges Ausbleiben der Schlafwirkung oft eintritt. Auch hinsichtlich der Dosis stimmt Verf. darin überein, daß 1 Grm. meist genügend ist zur Erzielung eines ruhigen Schlafes und nach 1·5 Grm. nicht selten noch am folgenden Tage ein Müdigkeitsgefühl besteht; dagegen bietet das Wohlbefinden nach der kleinen Dosis einen nicht zu unterschätzenden Vorzug des Trionals vor den anderen Schlafmitteln. In Folge seiner leichten Löslichkeit wird es schneller resorbirt, als das Sulfonal. Man gibt es mit heißer Milch, Thee oder Suppe und läßt zweckmäßig den Tag über 1—2 Flaschen künstlichen Selterswassers oder irgend eines alkalischen Brunnens trinken, wodurch sich einer etwa befürchteten Verminderung der Blutalkalescenz in bequemer Weise vorbeugen läßt. Verf. will seinem Urtheil einigen Anspruch auf Berücksichtigung gegeben wissen, da er seiner Zeit auch das Sulfonal zum Gegenstand seiner Untersuchung gemacht hat und daher wohl in der Lage ist, die Unterschiede zwischen Trional und Sulfonal genau zu kennen. R.

FEDOROW (Odessa): Tabes syphilitica.

Verf. kommt auf Grund literarischer Daten und eigener Beobachtungen in der Nervenabtheilung des Odessaer Stadthospitales („Neurol. Anz.“, II. Bd.) zu folgenden Schlüssen:

1. Lues muß als eine der wichtigsten Aetiologien der Tabes betrachtet werden; Heredität ist dabei nicht nothwendig, sie spielt nur als begünstigendes Moment mit. In der Literatur (ALTHAUS, L. MINOR) sind Fälle von syphilitischer Tabes ohne jede hereditäre Veranlagung verzeichnet. Die übrigen Ursachen, wie Erkältung, Onanie, physische Ermüdung, Excesse verschiedener Art etc., spielen bei überstandener Lues nur als Stimulus zum Ausbruch der im Organismus latenten Krankheit mit.

2. Die Hirnsyphilis kann Veränderungen hervorrufen, die die Tabes nach sich ziehen; dieselben bestehen entweder in einer Degeneration des Rückenmarks unter dem Einflusse der syphilitischen Infection oder in der Entwicklung der Gliomatose und Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks (NONNE). Als Ursache dieser Veränderungen sind syphilitische Gefäßveränderungen im Gehirn und daraus entspringende Störungen der Gewebsernährung anzusehen.

3. Die syphilitische Tabes wird außer den bekannten gewöhnlichen Nebenerscheinungen charakteristisch durch das Vorhandensein von Augenlähmungen (hauptsächlich des Abducens und des Oculomotorius), durch Amblyopie, Sarkocele und endlich durch Reste überstandener Lues (wie Narben am Penis, Defecte des Gaumens etc.).

4. Die specifische Luesbehandlung kann nicht als einzige Behandlungsmethode bei der Tabes in Betracht kommen. Viel mehr Werth haben Massage, elektrische Wannen etc. J. G.

Aus der Klinik des Prof. Grammatikati.

LEBEDEW (Tomsk): Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Affectionen der Uterusadhärenzen und des Beckenperitoneums.

In 5 Fällen obengenannter Affection wandte Autor (Tomsk 1895) intrauterine Injectionen einer Alumnollösung in Alkohol mit Tinct. jodi an (Alumnol 2·5, Alkohol und Tinct. jodi aa. 25·0). Die Einspritzung erfolgte mit Hilfe der BRAUN'schen Spritze.

Die Resultate dieser Therapie waren folgende:

1. Die Injectionen vermindern zweifellos das entzündliche Stadium der Krankheit, setzen das Fieber herab und mildern die Schmerzen.

2. Ebenso zweifellos ist der günstige Einfluß auf eine beschleunigte Resorption der entzündlichen Exsudate.

3. Die Erscheinungen der Endometritis werden unter dem Einflusse der Injectionen augenscheinlich schwächer. Die Eiterabsonderung weicht einer schleimigen; die Gonococcen verschwinden; Blutungen hören auf. J. G.

Chirurgische Diagnostik für praktische Aerzte und Studirende. Von **Dr. A. Landerer**, a. o. Professor der Chirurgie und chir. Oberarzt am Carl-Olga-Krankenhause in Stuttgart. Mit 194 Holzschnitten. Wien u. Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Während die Zahl guter deutscher Lehr- und Handbücher der allgemeinen und speciellen Chirurgie eine ansehnliche genannt werden kann, sind Darstellungen der chirurgischen Diagnostik nur sehr vereinzelt — in trefflichster Weise von ALBERT — aufgelegt worden. Das vorliegende Werk des rühmlichst bekannten Chirurgen ist daher zweifellos geeignet, einem Bedürfnisse der deutschen Aerzte und Studirenden der Medicin entgegenzukommen, zumal es gerade die häufigsten und praktisch wichtigsten chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen berücksichtigt.

Ein diagnostisches Handbuch trägt stets subjectiven Charakter. Prägnanter als in einem der fast typischen Lehrbücher einer großen Disciplin wird hier die eigene Auffassung und Erfahrung des Autors, seine Beherrschung des Stoffes, mit einem Worte seine ärztliche Fähigkeit reflectirt. Die Schwierigkeit, die diagnostische Gedankenarbeit in faßlicher und unzweideutiger Form wiederzugeben, setzt weiters vollste Beherrschung der Diction und die nicht allzu häufige Gabe präciser Darstellungsfähigkeit voraus.

Letztere Eigenschaft hat LANDERER in seinen bisherigen Publicationen, vor Allem in seinem weitverbreiteten „Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie" bethätigt; die Meisterschaft des chirurgischen Diagnostikers und Lehrers erweist er in dem vorliegenden Werke, dessen allgemeiner Theil zumal sich dem Besten anreiht, das auf diesem Gebiete geschrieben worden ist.

Wir verweisen diesbezüglich auf die Capitel, welche die allgemeine Diagnose der Verletzungen, die Störungen der Wundheilung, die Diagnose der Entzündungsformen und Neubildungen behandeln, und heben aus dem sehr gut gruppirten speciellen Theile die Abschnitte über Anomalien der Wirbelsäule und der Körperhaltung, über chirurgisch wichtige Erkrankungen der Brustorgane, über Hernien, endlich über Krankheiten des Mastdarms und des uropoetischen Systems als ganz besonders gelungen hervor. Nicht minderen Beifall dürfte die Besprechung der chirurgischen Erkrankungen, sowie der Verletzungen der Extremitäten finden.

Die Verlagshandlung hat auch dieses Werk, dessen Illustrationen als mustergiltig erklärt werden können, würdig ausgestattet.

BUM.

Chirurgie du rectum. Par **E. Quénu**, Agrégé de la faculté, et **H. Hartmann**, Chirurgien des hôpitaux. Paris 1895, G. Steinheil.

Die französische Literatur entbehrt eines großen Sammelwerkes, wie wir es in BILLROTH-LÜCKE's Deutscher Chirurgie besitzen. Größere Specialabhandlungen, die die gesammte Literatur des Gegenstandes enthalten und kritisch behandeln sollen, erscheinen daher als Nothwendigkeit, so der vorliegende erste Band einer groß angelegten Chirurgie des Mastdarms von QUÉNU HARTMANN.

In den einleitenden Capiteln werden die Anatomie und Untersuchungsmethoden abgehandelt; die folgenden erörtern die Blennorrhoe, Syphilis, Tuberculose, Fisteln und Stricturen des Organes. Fremdkörper und Tumoren, Form- und Lageveränderungen des Mastdarms sind einem später erscheinenden zweiten Bande vorbehalten.

Es muß zugestanden werden, daß das Werk nicht aus Quellen zusammengetragen wurde, sondern, wie die zahlreichen, nur zu ausführlich wiedergegebenen Krankheitsgeschichten zeigen, auf eigene Erfahrung aufgebaut ist.

Auch die einleitenden Capitel über Anatomie sind sorgfältig bearbeitet und vermeiden die schablonenhafte Behandlung des Stoffes. Zahlreiche, die complicirten topographischen Verhältnisse des Mastdarms veranschaulichende Abbildungen sind hier dem Texte beigegeben. Die Literaturangaben sind reichlich, so daß Alles in Allem das Buch seinem vorgesteckten Ziele vollauf gerecht wird.

O. ZUCKERKANDL.

Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Von **Dr. H. Tappeiner.** 2. Aufl. Leipzig 1895, F. C. W. Vogel.

Das Buch soll hauptsächlich praktischen Zwecken dienen. Die theoretische Seite der Pharmakologie wurde daher vom Verf. nur insoweit berücksichtigt, als es zur Charakteristik der einzelnen Heilmittel nothwendig ist. Die knappe und dabei doch klare Diction wie die übersichtliche Anordnung des großen Stoffes sind als besondere Vorzüge dieses Lehrbuches hervorzuheben. M. HERZ.

Feuilleton.

Die 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

Lübeck, 21. September 1895.

Die Naturforscher-Versammlung ist geschlossen; die schönen Tage von Lübeck, zum Theil leider gestört durch die Mißgunst des Wetters, sind nun vorüber, und Ihrem von Wissenschaft und Wein ein wenig strapazirten Berichterstatter erübrigt heute, eine kurze Rückschau zu halten über die beendete Festwoche. Beginnen wir dort, wo mein erster Brief abbrach, bei der zweiten allgemeinen Sitzung. Dieselbe brachte zunächst einen geistvollen, dem Charakter des nicht durchwegs ärztlichen Publicums entsprechend populär gehaltenen Vortrag des Jenenser Chirurgen, Prof. RIEDEL, „Ueber chirurgische Operationen im Gehirn", dessen Eingang anatomischen und physiologischen Mittheilungen über das Cerebrum gewidmet war. Selbstredend vergaß RIEDEL nicht, schmunzelnd hervorzuheben, daß das Gehirn der Frauen im Allgemeinen um 200 Grm. leichter sei als das der Männer, hatte aber mit der Bemerkung „und doch wissen Alle, die sich des Eheglücks erfreuen, daß ihre Frauen klüger sind als sie" die Lacher auf seiner Seite. Nach eingehender Erläuterung der von HITZIG und FRITSCH begründeten Lehre von den Localisationen an der Hirnrinde gelangte R. zu seinem eigentlichen Thema. Daß Operationen am Gehirn schon den Urvölkern bekannt waren, beweise eine Sammlung von peruanischen Inkaschädeln, die ein amerikanischer Arzt bei der Weltausstellung in Chicago ausgestellt hat. Einzelne derselben haben deutliche, offenbar mit einem Steine erzeugte Rinnen in der Umgebung von Schädelverletzungen (Trepanation) gezeigt; an einem Schädel war der Knochendefect durch eine silberne Platte verschlossen, ein Beweis, daß die dahin gehenden Versuche der Jetztzeit auch schon in damaliger Zeit gemacht wurden. Selbstverständlich ist damals die Idee einer Schädeloperation nur bei Verletzungen des Kopfes nahegelegen. Auch heutzutage stellen Schädelverletzungen das Hauptcontingent für operative Eingriffe, die heute, in der Periode der Aseptik, die früheren Schrecken verloren haben. Bei einer offenen Schädelverletzung ist der Chirurg jederzeit im Stande, die Knochen zu eleviren, und hier ist die Stelle, wo dem Menschen am meisten durch eine Operation genützt werden kann. Die Behandlung der Schädelbrüche bildet den Uebergang zu der therapeutischen Eröffnung des Cranium, ein Eingriff, der erst dann möglich geworden ist, nachdem die Physiologie vorgearbeitet hatte. Indicationen für eine Schädelöffnung, wenn nicht eine Verletzung der Schädelknochen vorhanden ist, bilden vor allen Dingen Blutergüsse in Folge äußerer gewaltsamer Einwirkung. Die Diagnose sei in diesen Fällen verhältnißmäßig leicht, da sich Symptome des Hirndruckes zeigen; es bleibe da gar nichts übrig, als auch bei intacten Hautdecken den Schädel zu öffnen und die Arterien zu unterbinden. Veranlassung zu operativem Einschreiten können weiterhin Eiterungsprocesse zwischen Dura und Schädel und im Gehirn selbst geben. Diese können sich schon bei außerordentlich leichten Verletzungen der Weichtheile des Kopfes entwickeln; es kann dabei der Knochen ganz unverletzt, ja sogar die Knochenhaut vollkommen intact sein. Derartige Fälle rechtfertigen die Behauptung, daß jede Kopfwunde als eine schwere Verletzung anzusehen sei; auf diese Art stirbt der Student, der seinen Schmiß verbummelt. Nach eingehender Schilderung eines Falles von Gehirnabsceß hob R. hervor, daß ein recht großer Theil dieser Erkrankungen des Gehirns durch die Mittelohrentzündungen verursacht werde, da ja die Schläfenlappen des Gehirns in unmittelbarer Nähe des Mittelohres liegen. In diesen Fällen kann man ziemlich leicht die Diagnose stellen und therapeutisch eingreifen, da man den Krankheitsherd durch Eingehen in den Schädel oberhalb des Trommeldaches erreichen kann. Weit schwieriger ist die Diagnose bei metastatischen Gehirnabscessen, die R. schon nach unscheinbaren eiterigen Bronchitiden und Pleuritiden, selbst nach gewöhnlichen Furunkeln auftreten sah. Eine relativ gute Prognose geben die Fälle traumatischer Epilepsie, minder gute Aussichten die mit den Ventrikeln communicirenden Cysten des Gehirns, die schlechtesten Tumoren, zumal malignen Charakters. Von 100 Geschwülsten des Gehirns sind nur 6 auffindbar und operirbar; von diesen verlaufen höchstens 3 günstig. Hier könne der Chirurg daher nur äußerst selten Heilung, viel öfter aber wenigstens zeitweilige Linderung bringen.

Den trefflich gegliederten, den derzeitigen Standpunkt der Hirnchirurgie allgemein verständlich präcisirenden Ausführungen

RIEDEL's folgte des berühmten Heidelberger Chemikers VICTOR MEYER Vortrag über „Probleme der Atomistik", welcher die Frage nach der weiteren Entwicklung der Atomlehre zum Gegenstande hatte. MEYER berichtete in demselben über die neueren Ergebnisse der anorganischen Chemie, insbesondere über die Entdeckung des Argons und Heliums und wandte sich dann den Ergebnissen der Spectralchemie zu. Er schilderte seine Versuche zur Ermittlung der Dampfdichte verschiedener Elemente, bei denen er eine Temperatur bis zu 1700° C. angewendet habe, und erläuterte sodann die Ergebnisse dieser Versuche besonders in Bezug auf Jod. Er hatte bei seinen Versuchen Gefäße aus schwer schmelzbarem Porzellan und selbst aus Platin verwendet; nur die letzteren hätten es ermöglicht, eine so hohe Temperatur zu erzielen. Wenn es aber gelänge, Gefäße aus einem noch widerstandsfähigeren Stoffe, etwa aus Iridium oder gar aus Graphit, herzustellen, dann würde eine neue Epoche für die pyrochemischen Gasuntersuchungen anbrechen. Er sei jetzt mit den Arbeiten zur Herstellung derartiger schwer schmelzbarer Gefäße beschäftigt und es scheine ihm möglich, Graphitgefäße in der Form, derer man zu den Untersuchungen benöthige, herzustellen. Schon sei es ihm gelungen, kleine derartige Gefäße gas dicht zu machen, und er zweifle nicht daran, daß es auch möglich sein wird, die Poren der großen Gefäße zu schließen. Die Herstellung eines Ofens für die Dampfdichtemessungen sei auch bereits gelungen; man hätte bei demselben eine bisher noch nicht dagewesene Höhe der Versuchstemperatur erreicht; sogar die feuerfesten Chamottesteine, die anfangs bei dem Ofen Verwendung fanden, hätten der enormen Hitze keinen Widerstand leisten können. Er glaube daher, daß die Frage der Feuerbeständigkeit der Atome jetzt in ein anderes Stadium treten werde. „Das Endziel der Forschungen," schloß der Vortragende, „das vielleicht erst späteren Geschlechtern erreichbar sein wird, müsse sein, die letzten Bausteine der physischen Welt dem Bereiche der ungelösten Welträthsel zu entziehen."

Als letzter Redner sprach der Würzburger Pathologe Prof. v. RINDFLEISCH über Neovitalismus. Wir müssen es uns versagen, die naturphilosophischen Betrachtungen des Vortragenden über das Verhältniß von Kraft und Stoff und die Anschauungen der Philosophen von ARISTOTELES und PLATO bis KANT und LEIBNIZ über die Materie wiederzugeben, die zu einer befriedigenden Kenntniß von Kraft und Stoff nicht geführt haben. Der zweite Theil des Vortrages war dem Versuche gewidmet, Kraft und Stoff ungetrennt zu untersuchen, „um so einen Hinweis auf das einzig Wahre zu finden, der uns dem qualvollen Zustande des absoluten Nichtwissens entrisse". Die Lösung und einzige menschenmögliche Vorstellung der gesuchten Einheit wäre ein Stoff, der sich selbst bewegt. Ein solcher Stoff ist „die Welt als Ganzes", das sich selbst bewegende Universum, ein Begriff, von dem aus RINDFLEISCH auf die einzelnen Theile zu schließen versucht, vom Universum auf die Zelle. „Jede der Millionen und aber Millionen Zellen, welche aus der Theilung des Eies hervorgehen, kennt den Platz, der ihr im Ganzen zukommt, und muß oft weite Wege wandern, bis sie ihr Ziel erreicht hat. Jede Zelle theilt sich zur rechten Zeit und am rechten Ort, sendet Ausläufer in bestimmten Richtungen und begegnet den Ausläufern anderer Zellen, mit denen sie sich verbindet. So entsteht jene wundervolle Einheit, welche die wichtigste Voraussetzung für die Vervollkommnung der Lebewesen im Sinne einer wachsenden Selbstbestimmung, hier der Sicherung des Lebens gegenüber den äußeren Lebensbedingungen, ist. Denn unter dem Schutze dieser Einheit passen sich die Zellen des Organismus einer immer größeren Zahl von äußeren Bestimmungen und Einflüssen an. Vorausgesetzt, daß die letzteren nicht zu stark, auch nicht zu schwach und von genügender Hartnäckigkeit sind, um als Lebensreize zu wirken, theilen sich schon bestehende Zellengruppen in die vermehrte Arbeit. Es entstehen nöthigenfalls neue Organe, die sich in den Abkömmlingen behaupten und zur Bildung neuer Arten und Abarten den Anstoß geben. Ueber allen diesen Vervollkommnungen aber bis hinauf zu weithin gebietender Stellung des Menschengeschlechtes schwebt mit leuchtender Schrift das Spruchband der Nächstenliebe: Einer für Alle, Alle für Einen! Ein Naturgesetz und zugleich das vornehmste Gebot der Sittlichkeit. Also Freiheit und Nächstenliebe! Das sind die Merkmale des Lebens, welche über das Leben hinausweisen. Sollten sie uns darum minder ehrwürdig sein, weil wir die Wurzeln derselben hinabreichen sehen bis zu den niedrigsten Lebewesen? Im Gegentheil, wir wollen uns freuen, daß sie noch weiter hinabreichen in die unorganische Natur, daß wir sie erst verschwinden sehen in dem geheimnißvollen Ureinen aus Kraft und Stoff. Daß dieses Eine auch die höchsten Ziele und Tugenden der Menschen einschließt, ist ein tröstlicher Gedanke."

„Die höchste Freiheit — schloß RINDFLEISCH — wird nicht trotz der Naturgesetze, sondern durch ein Naturgesetz, durch das Gesetz der Nächstenliebe erlangt. Mir erscheint das Leben wie eine theilweise Offenbarung Gottes."

Mit diesem schöngeistigen, in seinen Folgerungen jedoch kaum naturwissenschaftlich anmuthenden Vortrage schloß die zweite allgemeine Sitzung. Die dritte sollte einen lebhaften Protest gegen die mystischen Anschauungen RINDFLEISCH's bringen, und war es Prof. OSTWALD (Leipzig), dessen Vortrag „Die Ueberwindung des wissenschaftlichen Materialismus" sich die Aufgabe stellte, der Frage, ob Kraft und Stoff gesondert oder vereint, ja ob sie überhaupt bestehen, auf dem Wege mathematisch-physikalischer Betrachtung näherzutreten. OSTWALD bekämpft die mechanische Auffassung der modernen Physik, welche auf Grund des Gesetzes der Erhaltung der Kraft alle physikalischen Kräfte als Formen der Bewegung betrachtet. Der wissenschaftliche Materialismus entbehre der Darstellungsfähigkeit durch mechanische Gleichungen, denn die wirklichen Naturerscheinungen lassen sich nicht umkehren; der Baum kann nicht zum Samen, der Schmetterling nicht zur Raupe, der Greis nicht zum Kinde werden. An die Stelle der mechanischen Weltanschauung will OSTWALD die energetische setzen. Der Behauptung, die Materie sei das einzig Wirkliche, die Energie nur etwas Gedachtes, setzt O. die Behauptung entgegen, die letztere sei das einzig Reale, da es keine Materie gebe. So reagiren unsere Sinne nur auf Energieunterschiede zwischen ihnen und ihrer Umgebung; in einer Welt, deren Temperatur jener unseres Körpers gleichkäme, würden wir kein Wärmegefühl besitzen. Die energetische Auffassung sei es, welche uns das Verständniß der Natur ermögliche, wenn sie auch derzeit noch nicht alle Vorgänge in derselben zu erklären vermöge.

Der geneigte Leser wird mir nunmehr gestatten, ihn aus dem ernsten Milieu der wissenschaftlichen Sitzungen, die heuer ein echt naturwissenschaftliches Gepräge hatten und — mit Ausnahme der Vorträge BEHRING's und RIEDEL's — die großen Fragen der Naturforschung in mehr weniger populärer Form behandelten, zu den Festen und geselligen Veranstaltungen zu geleiten, welche die Bürgerschaft der „freien und Hansestadt" Lübeck ihren Gästen geboten hat. Nicht immer hat hiebei die Gunst des Wettergottes den Naturforschern gelächelt; so wurde das vom Senate gegebene Gartenfest in der deutsch-nordischen Handelsausstellung jämmerlich verregnet, was aber wieder dem gleichzeitig stattgefundenen Commerse zu Gute kam, dessen Kaisersalamander trefflich executirt wurde. Hier ergriff auch ZIEMSSEN, der nunmehr zum ersten Vorsitzenden der Versammlung avancirte Münchener Kliniker, das Wort, um sein Glas auf das Wohl Lübeck's zu leeren. An Trinksprüchen fehlte es weder hier noch bei den zahlreichen anderen Gelagen der diesjährigen Versammlung. So brachte das Festessen im Rathsweinkeller manch kräftiges Wort; hier sprach der Bürgermeister Senator Dr. BEHN den Kaisertoast, BREHMER feierte die Naturforscher-Versammlung, WISLICENUS die gastfreie Stadt, zwischen dieser, der Trägerin der alten Schönheit, und Wien, dem vorjährigen Versammlungsorte, der Stadt, die so viel neue Schönheit birgt, einen launigen Vergleich ziehend, und Rechtsanwalt Dr. FEHLING die deutschen Hochschulen. Die Pièce de résistance der Festlichkeiten aber bildete der große Ball im Theater, dessen Bühnen- und Zuschauerraum, zu einem Riesensaale vereint, die zahlreichen Gäste kaum zu fassen vermochten. Hier kamen endlich auch die Damen zu Wort, unter ihnen manch reizendes Lübecker Kind. Endlich sei noch des Ausfluges nach Travemünde und Mölln gedacht, welcher die Fremden mit der weiteren Umgebung Lübecks bekannt machte. Er bildete einen würdigen Abschluß der schönen Festwoche, die ernste Arbeit und frohen Genuß in so reicher Fülle gebracht. Auf Wiedersehen in Frankfurt! L. L.

Kleine Mittheilungen.

— In einer zusammenfassenden Arbeit **über die Behandlung der chronischen Blennorrhoe** führt JANET („Ann. des mal. des org. gén.-ur.", Juni 1895) folgende Principien aus. Die an sich schon schwierige Behandlung der chronischen Blennorrhoe des Mannes muß vor Allem auf einer präcisen Diagnose fußen; dieselbe umfaßt 3 Elemente: Die Suche nach den Gonococcen und ihrem Standort, die Suche nach den secundären Infectionen und ihrem Sitze und die Analyse der Läsionen und functionellen Störungen, welche durch die Mikroben verursacht werden. Was den ersten Punkt betrifft, den Nachweis der Gonococcen, muß derselbe aufgeklärt sein, bevor man irgend einen therapeutischen Eingriff macht, will man nicht dem Pat. direct schaden. Man wird daher das Secret, besonders des Morgens, untersuchen. Der Gonococcus muß auch mit peinlicher Sorgfalt in den Abscessen, paraurethralen Fistelgängen, wenn solche bestehen, gesucht werden. Man soll auch nach dem Uriniren die Urethra und die Prostata ausdrücken, um den Gonococcus in den Urethraldrüsen oder in der Prostata eventuell nachzuweisen. Wenn man auf diesem Wege kein positives Resultat erhält, sucht man den Gonococcus durch chemischen Einfluß oder durch Evacuation der Drüsen zu entdecken. Zu ersterem Zwecke stehen drei Wege offen: 1. Stark gewürzte Nahrung und besonders Bier (anzuwenden bei geringer Secretion und Fehlen secundärer Infectionen); 2. Spülungen der vorderen Harnröhre mit Argentum nitr. 1 : 2000 (bei reichlicher Secretion und Fehlen secundärer Processe); 3. Spülungen mit Sublimat 1 : 20.000—10.000 (wenn das Secret viele secundäre Mikroben enthält). Unter dem Einfluß dieser Mittel entsteht innerhalb 24—48 Stunden eine purulente Secretion, in welcher die Gonococcen, wenn sie überhaupt vorhanden sind, gehäuft auftreten. Zum Zwecke der Entleerung der Drüsen und der paraurethralen Gänge kann man sich einfach der Expression der Urethraldrüsen und der Prostata bedienen, oder man nimmt seine Zuflucht zur Impfung der Harnröhrenschleimhaut mit den Producten der ausgekrazten paraurethralen Canäle und Fisteln, oder endlich zur Pollution oder zum Coitus, die ja das beste Mittel sind, um die Urethraldrüsen und die Prostata zu entleeren. Wenn auch diese Reactionen negativ sind, kann man die Anwesenheit der Gonococcen mit Sicherheit ausschließen. Solange man aber darüber nicht im Klaren ist, darf man mit keinerlei Behandlung beginnen. Was nun den zweiten Punkt, den Nachweis der secundären Infectionen betrifft, so kommen dieselben entweder in Gesellschaft des Gonococcus oder isolirt vor. Sie kommen leicht zu Stande, sind sehr hartnäckig und recidiviren häufig. Bacteriologisch repräsentiren sie sich in der Form von Mikrobenhaufen, oft verschiedener Art, seltener einer einzigen Species. Sie können ihren Sitz blos in der Fossa navicularis haben; wenn sie sich in den Tripperfäden des ersten Glases finden, so erstreckt sich die Infection auf die Urethra anterior; wenn sie auch in den Fäden des zweiten Glases vorkommen, so ist auch die Urethra posterior befallen; endlich wenn sie auch im Urin sich zeigen, ist auch die Blase inficirt, was nicht selten ist. Diese secundären Infectionen können sich auch auf die Urethraldrüsen, die Prostata, die Ureteren, die Niere (Pyelonephritis) ausdehnen. Die Analyse der Läsionen, ihr Sitz, ihre Ausbreitung kann mit der Sonde, mit der Bougie, mit dem Endoskop vorgenommen werden, aber erst, nachdem die Gonococcen und, wenn möglich, auch die secundären Infectionen verschwunden sind. — Aus der Diagnose ergibt sich die Behandlung; dieselbe hat folgenden Indicationen gerecht zu werden: 1. Unterdrückung der Gonococcen. Die Ausspülungen mit übermangansaurem Kali 1 : 4000—1 : 1000, 10—12 innerhalb 24 Stunden, erfüllen diesen Zweck vollkommen. 2. Die Unterdrückung oder Beschränkung der secundären Infectionen. Wenn dieselben mit dem Gonococcus combinirt sind, kann man eine oder zwei Ausspülungen mit Sublimat vor der Serie von Waschungen mit übermangansaurem Kali vornehmen, oder man kann das Sublimat direct mit dem Kal. hypermang. combiniren. Bei vesicaler Infection macht man Ausspülungen der Blase mittelst Katheters mit Argent. nitr. oder Instillationen mit diesem Mittel. Was endlich die Behandlung der vorhandenen Läsionen betrifft, so kann man sie, wenn sie frisch und oberflächlich sind, mit großen Ausspülungen oder mit Instillationen angehen. Bei veralteten und tiefgehenden Processen muß man zur Dilatation greifen, doch muß jede Dilatation von einer Ausspülung, resp. Instillation, gefolgt sein. Localisirte Läsionen sollen mit Hilfe des Endoskops behandelt werden. Was immer für Behandlung man wählt, dieselbe soll in relativ kurzen Serien durchgeführt werden, die durch Ruhepausen von einander getrennt sein müssen. Unter allen Umständen gestaltet sich die Behandlung sehr lange; J. schätzt sie approximativ auf so viel Wochen, als die Krankheit Monate gedauert hat, ganz abgesehen davon, daß es einzelne, allerdings sehr seltene Fälle gibt, bei welchen die Behandlung gänzlich fehlschlägt.

— Dr. G. NOAK hatte auf der chirurgischen Abtheilung des Bethlehemhospitales in Stolberg (Rheinland) Gelegenheit, das Nosophen, über dessen Eigenschaften wir unsere Leser bereits unterrichtet haben [1]), in der großen und kleinen Chirurgie systematisch anzuwenden und kann nach den gemachten Erfahrungen das **Nosophen als Ersatzmittel für das Jodoform** empfehlen („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 35). Dasselbe kam als Streupulver (mit und ohne fremde Zusätze) und als Nosophengaze zur Anwendung. Als Hauptvorzüge gegenüber dem Jodoform hebt N. die gänzliche Geruchlosigkeit, die Ungiftigkeit und die chemische Dauerhaftigkeit gegenüber der Einwirkung des Lichtes und höherer Hitzegrade hervor. Dadurch ist die Möglichkeit einer vollkommenen Sterilisirung sowohl des Nosophenpulvers, wie auch der Nosophengaze bedingt. Ferner zeichnet sich das Nosophen noch durch seine ganz hervorragend aufsaugende Fähigkeit aus, welche sich noch wesentlich steigern läßt durch Combination mit anderen pulverförmigen Substanzen, besonders mit dem SCHLEICH'schen Serumpulver. Diese letztere Combination (Nosophen 2, Serumpulver 3, oder auch zu gleichen Theilen) verwendet N. bei allen frischen, aseptischen Wunden; es wird dadurch eine trockene, mehr minder feste Kruste gebildet, unter welcher die Wunden in idealster Weise rasch und glatt heilen. Bei inficirten eiternden, nekrotisirenden Wundflächen wendet N. das Nosophenpulver allein oder in Verbindung mit Nuclein (Serumpulver 60, Nosophen 37, Nuclein 3) mit bestem Erfolge an. Nur in Bezug auf die granulationsbefördernde Wirkung ist das Jodoform dem Nosophen überlegen. Die Nosophengaze hat durch ihre Vorzüge, besonders wegen der vollständigen Sterilisirbarkeit, die Jodoformgaze vollständig verdrängt. Außer in der Chirurgie verwendet N. das Nosophen noch in mehreren Fällen von eiterigem Mittelohrcatarrh, wobei selbst in veralteten Fällen eine vollständige Ausheilung des Schleimhautprocesses erreicht wurde, ferner bei hypersecretorischen und atrophischen Rhinitiden mit gutem Erfolge. Eine reichliche Verwendung fand das Nosophen in Verbindung mit dem Serumpulver bei frischen Brandwunden und überhaupt bei nässenden, der Epidermis beraubten Coriumpartien, die selbst im Falle einer bereits erfolgten Infection und Eiterung rasch zur Ueberhäutung gebracht wurden. Eine specifische Wirkung, besonders tuberculösen Processen gegenüber, konnte für das Nosophen nicht festgestellt werden. Nach Allem kommt dem Nosophen in der modernen Wundbehandlung und besonders als Ersatz des Jodoforms eine besondere Wichtigkeit zu. Es wäre zu wünschen, daß sein bis jetzt noch sehr hoher Preis der Einbürgerung in die Chirurgie kein Hinderniß in den Weg setzte.

— Die zuerst von C. BINZ auf Grund experimenteller Thatsachen 1868 empfohlene **Behandlung des Keuchhustens mit Chinin** hat G. PH. FISCHER in Rochester (Nordamerika) in 27 Fällen mit großem Erfolge angewendet („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 33). Keines der bisher gebräuchlichen Mittel, auch nicht Antipyrin, hat ihm so schnelle und zuverlässige Dienste geleistet wie das Chinin in großen Gaben. In manchen Fällen wurde die Krankheit geradezu coupirt. Betreffs der Dosirung gab F. 0·01 für den Monat, 0·1 für's Jahr; größte Einzeldosis 0·4. Trotz der verhältnißmäßig hohen Dosen wurde das Mittel von den Kindern im Allgemeinen gut vertragen und ohne großen Widerstand geschluckt. Zusammenfassend kommt F. zu dem Schlusse, daß die Chininsalze gegenwärtig das beste Heilmittel bei Keuchhusten sind, da sie, abgesehen von einigen

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 899 und 1207.

Ausnahmen, 1. in höchstens 5 Tagen die Anzahl der Anfälle wesentlich herabsetzen, 2. auch den heftigsten Keuchhusten in 12—15 Tagen in eine milde Bronchitis überführen, 3. eine etwa bestehende Bronchopneumonie äußerst günstig beeinflussen und 4. entschieden appetitanregend wirken.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen
der
67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".

II.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

J. Bókai (Budapest): **Die Dauer der Intubation bei geheilten Diphtheriekranken vor und während der Serumbehandlung.**

B. führte seit dem Jahre 1890 die Intubation in 763 Fällen aus, und zwar mit 268 Heilerfolgen; aus diesem Materiale entfallen 90 Fälle mit 45 Heilungen auf die Periode der Serumtherapie. Vortr. erörtert auf Grund dieses Materials die Durchschnittsdauer der Intubation, das Maximum und Minimum der Intubationsdauer und behandelt auch die Frage, in welcher Weise die Serumtherapie die Intubationsdauer beeinflußt. Dies wird durch folgende Tabelle demonstrirt:

<table>
<tr><th>Dauer der Intubation</th><th>Vor der Serumperiode geheilte Fälle in %</th><th>Während der Serumperiode geheilte Fälle in %</th></tr>
<tr><td>24 Stunden</td><td>12·55</td><td>18·18</td></tr>
<tr><td>24— 48 „</td><td>26·04</td><td>40·90</td></tr>
<tr><td>48— 72 „</td><td>24·18</td><td>18·18</td></tr>
<tr><td>72— 96 „</td><td>13·50</td><td>9·09</td></tr>
<tr><td>96—120 „</td><td>6·06</td><td>4·54</td></tr>
<tr><td>120—144 „</td><td rowspan="6">17·67</td><td rowspan="6">9·11</td></tr>
<tr><td>144—168 „</td></tr>
<tr><td>168—192 „</td></tr>
<tr><td>192—216 „</td></tr>
<tr><td>216—240 „</td></tr>
<tr><td>über 240 „</td></tr>
</table>

Das Resumé des Vortrages ist folgendes:

1. Der Zeitpunkt der definitiven Extubation bewegt sich zwischen sehr weiten Grenzen, nach B.'s Erfahrungen zwischen $^1/_4$ bis 360 Stunden.

2. In dem unter B.'s Leitung stehenden Stefanie-Kinderspitale betrug die Durchschnittsdauer der Intubation vor der Serumperiode 79 Stunden, in der Serumperiode jedoch blos 61 Stunden; die Serumtherapie hatte demnach die Durchschnittsdauer der Intubation bei seinem Materiale um 18 Stunden vermindert.

3. Mit Rücksicht auf die Thatsache, daß bei 16·2% seiner mittelst Intubation geheilten Fälle die Dauer der Intubation 120 Stunden überstieg, kann B. die Ansicht jener Autoren nicht theilen, die als These aufzustellen wünschen, daß die secundäre Tracheotomie zur Vermeidung eines schwereren Decubitus durchzuführen sei, falls die definitive Extubation innerhalb 5mal 24 Stunden nicht gelingt. Seiner Ansicht nach läßt sich als Zeitpunkt für secundäre Tracheotomie kein bestimmter Termin fixiren; zweifellos nöthige das Vorhandensein eines schwereren Decubitus zur Durchführung der Tracheotomie, die Furcht vor dem Auftreten des Decubitus aber ergibt noch keine Indication für diesen Eingriff. A.

Fischl (Prag): **Ueber Schutzkörper im Blute der Neugeborenen.**

Vortr. gibt einen klaren Ueberblick über die Entstehung der Lehre von der Immunität und ihren jetzigen Stand. Es haben sich zwei Lehren ausgebildet, erstens die besonders durch Metschnikoff begründete Phagocythentheorie und zweitens die besonders durch Buchner und Emmerich gestützte humerale Lehre. Bis jetzt hat sich noch keine dieser Lehren allgemeine Geltung zu verschaffen gewußt; es besteht noch große Unklarheit. In den letzten Jahren hat sich jedoch eine Annäherung zwischen beiden Lagern anzubahnen begonnen. Vortr. geht dann auf seine eigenen Untersuchungen ein. Er hat das Blut von Neugeborenen, welches bisher noch keine Berücksichtigung erfahren hat, im Laufe des letzten Jahres auf seine immunisirende Kraft hin untersucht. Der Vortr. spritzte im Verein mit v. Wunschheim Meerschweinchen Diphtheriebouilloncultnren und Blut-Mutterserum von Neugeborenen, theils getrennt, theils gemischt ein, um die Wirkung des Serums zu prüfen. Fischl hat in 82 Fällen das Blut der Neugeborenen untersucht und hat es in 68 Fällen — d. h. 83% der Fälle — mehr oder weniger schutzkräftig gegenüber diphtherischer Infection gefunden, nur in 14 Fällen — d. h. in 17% — fanden sich keine wirksamen Schutzkörper. Die von Wassermann für Erwachsene gefundenen Zahlen stimmen mit denjenigen Fischl's fast völlig überein.

In zahlreichen Tabellen hat Vortr. seine eigenen Versuchsreihen und auch im Vergleiche mit solchen anderer Forscher zusammengestellt.

Neumann (Berlin): **Disposition des Säuglingsalters zu Infectionskrankheiten.**

Vortr. erörtert die Bedeutung der Ernährungsweise für das Auftreten und den Verlauf der Infectionskrankheiten im Säuglingsalter; seine Untersuchungen beziehen sich im Besonderen auf Masern und Keuchhusten. Verglichen mit der bei der Volkszählung festgestellten Ernährungsweise der Berliner Säuglinge, zeigt es sich, daß die Brustkinder annähernd die gleiche Disposition zum Keuchhusten haben wie die künstlich ernährten Kinder; bei den Masern treten die Brustkinder etwas mehr zurück. Mit Bezugnahme auf die Untersuchungen Paul Ehrlich's über die Uebertragung von Immunität durch die Mutter untersucht Vortr. hierauf die Bedeutung der Vererbungs- und Säugungsimmunität für den Menschen. Ohne die intrauterine Uebertragung endgiltig beurtheilen zu können, zeigt es sich doch nach den bisher von ihm zusammengestellten Zahlenreihen, daß sie keine große Bedeutung haben kann. Eine Säugungsimmunität besteht für die Masern bestimmt nicht, es scheint sogar, als ob die Brustkinder durchmaserter Mütter Masern leichter acquirirten. Dagegen ist für den Keuchhusten die Immunisirung durch die Säugung evident, worauf auch schon ältere Angaben über das Vorkommen von Keuchhusten im Säuglingsalter hindeuten.

So erklärt sich hieraus z. B. das seltene Auftreten von Keuchhusten bei Brustkindern in England, wo es besonders viele durch frühere Erkrankung immunisirte Mütter gibt. Aus literarischen Angaben zu schließen, dürfte es auch bei den Pocken eine Uebertragung von Immunität von Seiten der Mutter auf den Säugling geben. Die Prognose wird für den Keuchhusten — wohl in Folge der Rachitis — durch die künstliche Ernährung bedeutend verschlechtert, während dies bei den Masern kaum der Fall ist. Bei letzteren ist der ungünstige Ausgang besonders häufig einer acut werdenden Tuberculose zuzuschreiben, und in der That ist die Häufigkeit der Brusternährung bei den Todesfällen an Masern die gleiche wie z. B. bei den Todesfällen an Meningitis.

Discussion:

Pott (Halle) macht auf die Bedeutung der intrauterinen Infection aufmerksam. Kinder luetischer Mütter können von denselben gesäugt werden, ohne selbst luetisch zu werden; sie sind immun.

Czerny (Breslau) bittet um Aufschluß darüber, welche Symptome Neumann zur Diagnose „Keuchhusten" bei seinen Fällen veranlaßt haben.

Biedert (Hagenau) meint, daß die intrauterine Immunität nicht erwiesen sei; das Kind einer während der Schwangerschaft vaccinirten Mutter ist nicht immun gegen Pocken.

Steffen berichtet über einen Fall, bei dem eine Mutter 3 Tage post partum an Pocken erkrankt war; das Kind sei sofort geimpft worden und frei von Pocken geblieben. Nach 6 Wochen kam das Kind zufällig in Berührung mit Leuten, die noch Pockenschorfe an sich hatten; das Kind erkrankte an Pocken und starb.

Neumann macht darauf aufmerksam, daß Einzelerfahrungen keinen Werth haben, nur lange Zahlenreihen berechtigen zu Schlüssen.

Czerny glaubt aus den Zahlen Neumann's keine Schlüsse ziehen zu können, da der Krankheitsbegriff „Keuchhusten" in seinen Symptomen nicht genügend specialisirt sei.

Neumann verzichtet darauf, die Krankheitssymptome des Keuchhustens an dieser Stelle näher zu erörtern.

V.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

WERTH (Kiel): Zur Regeneration der Uterusschleimhaut nach der Auskratzung.

Vortr. recapitulirt zunächst die Ergebnisse seiner in dem 49. Bande des „Archivs für Gynäkologie" niedergelegten Untersuchungen, die insbesondere ergaben, daß schon am 6. Tage sich eine neue Epitheldecke von dem Drüsenepithel aus gebildet hat und zuerst eine starke Entwicklung von fibrillärem Bindegewebe aus dem Wundgrunde heraus platzgrefe, die bis zum 16. Tage einer mehr normalen Structur des Stromas weiche; nur wo alle Drüsen bei der Auskratzung entfernt waren, zeigte sich am 16. Tage die Schleimhaut noch defect. Die neuen Untersuchungen betreffen 3 Uteri, sämmtlich wegen schwerer gonorrhoischer Adnexerkrankung exstirpirt. In dem einen Falle war der Uterus 3, in den beiden anderen 27 Tage vorher ausgeschabt worden.

Schon nach 3 Tagen finden sich neben stehen gebliebenen Resten der alten Schleimhaut zum größten Theile bereits mit neuem Epithel bedeckte Flächen. Das Stroma enthält ein meist dichtes Flechtwerk von Bindegewebe, in regellosen Zügen von Zellen durchsetzt vom Habitus der Muskelzellen. Die angefrischte Grenzmuskelschichte zeigte eine Umbildung in fibrilläre Bindesubstanz. Wo die Epitheldecke fehlt, sind auch keine Drüsenstümpfe stehen geblieben; auf der Seite der Uterushöhle lagert hier ein Fibringerinnsel, dicht mit der fibrillären Unterlage verfilzt, auf.

In den beiden anderen Fällen conglandulärer Endometritis war in dem einen nach der Schabung Liquor ferr. eingespritzt worden. Ueberall erwies sich hier am 26. Tage die Schleimhautneubildung im ganzen Umkreise der Höhle und herab bis zum Isthmus vollendet; dabei war in dem mit Liquor ferr. sesquichl behandelten Falle eine annäherd normale, in dem anderen dagegen eine hochpathologische Schleimhaut vorhanden (dichtzellig infiltrirtes Stroma mit starker Wucherung und zum Theil erheblicher Erweiterung der Drüsen).

Die Ungleichheit des anatomischen Befundes in den beiden ursprünglich einander in jeder Hinsicht identischen Uteri erklärt sich nach Ansicht des Vortr. höchst wahrscheinlich aus der ungleichen Behandlung und illustrire die Nothwendigkeit einer kräftigen Nachätzung bei intensiver hyperplasirender Entzündung der Schleimhäute. Unter Zugrundelegung der Befunde an einem Uterus (Myomata subserosa et interstit., Retroflexio), welcher zunächst in therapeutischer Absicht geschabt und mit Liquor ferr. injicirt, dann aber doch sofort exstirpirt worden war, beschreibt Vortr. die unmittelbare Wirkung der Combination: Curette und Liquor ferr. sesquichl. Auf Grund dieses Befundes kann Vortr. nur empfehlen, der Schabung sofort eine energische Aetzung nachzuschicken. Bezüglich der Recidive hänge Alles von der Beschaffenheit des Wundgrundes ab, die Art des Schabinstrumentes sei gleichgiltig.

Discussion.

Gottschalk (Berlin) hatte Gelegenheit, einen Uterus 28 Tage nach der Auskratzung zu exstirpiren und zu untersuchen. Das Präparat entstammt einem Dienstmädchen, bei dem vor mehreren Jahren von anderer Seite wegen einseitiger Adnexerkrankung die Coeliotomie gemacht worden war. Pat. war trotzdem krank geblieben und litt so sehr an Schmerzen und unstillbaren Blutungen, daß sie vollkommen arbeitsunfähig war. Im Ganzen findet G. an seinen Schnitten das bestätigt, was WERTH in Betreff der Regeneration der Uterinschleimhaut mitgetheilt hat. Insbesondere war nach 28 Tagen nach der Abrasio die Ungleichheit der Bilder sehr augenfällig. An den Stellen, wo das schabende Instrument sehr tief eingedrungen war, fand sich noch ein ziemlich dichtes Stromalager aus neu gebildeten Bindegewebszellen in der Tiefe mit Zügen glatter Muskelzellen innig verfilzt; Drüsen waren hier äußerst spärlich; meist sah man im Gesichtsfeld bei schwacher Vergrößerung nur eine einzige Drüse, an der man starke active Wachsthumsvorgänge wahrnehmen konnte, die auf eine baldige Theilung hindeuten. Es ist wahrscheinlich, daß auf diese Weise eine Vermehrung der Drüsen zu Stande kommen kann und wird; an dem Epithel dieser, wie G. sie nennen möchte, „Ersatzdrüsen" bemerkt man starke Knospenbildung. Eine Drüsenneubildung auf retrogradem Wege konnte G. ebensowenig wie WERTH feststellen. Das Oberflächenepithel sehr niedrig, aber fast durchweg intact. An anderen Stellen zeigt die Schleimhaut mehr normale Structur, nur verlaufen die Drüsen nicht senkrecht zur Oberfläche, sondern in der Tiefe der Schleimhaut mehr parallel und münden schließlich in schräger Richtung an der Oberfläche. Es ist kein Zweifel, daß diese veränderte Verlaufsrichtung mechanisch bedingt ist; wahrscheinlich erleiden die stehen gebliebenen Drüsenreste bei der starken Ueberwucherung mit fibrillärem Ersatzgewebe eine Compression von oben.

Immerhin zeigt der Befund, daß selbst 28 Tage nach der Abrasio eine Regeneration zur N o r m nicht mit Sicherheit zu erwarten ist. — Was nun die p r a k t i s c h e n V o r s c h l ä g e des Vortr. betrifft, so möchte G. doch vor der sofortigen Aetzung im unmittelbaren Anschluß an die Abrasio warnen. So sehr auch die anatomischen Untersuchungen des Vortr. dafür zu sprechen scheinen, so darf man doch nicht übersehen, daß die Abrasio ein Gegenstand der allgemeinen Praxis ist und wohl auch bleiben wird. Die Erfahrung hat aber gelehrt, wie gefährlich solche Aetzungen und speciell Einspritzungen mit Liquor ferr. sesquichlor. sein können selbst in der Hand des Gynäkologen, geschweige denn in der des praktischen Arztes. Wir müssen uns doch auch fragen, ob denn eine solche energische Aetzung des Wundgrundes unbedingt nothwendig ist. Die Erfahrung Derjenigen, die, wie G., n i e m a l s v o r d e m 14. T a g e nach der Abrasio und n u r, w e n n e i n e s t r i c t e I n d i c a t i o n vorliegt, ätzen, beweist, daß man auch ohne solche gefahrvolle Einspritzungen zum Ziele kommen kann. Die ganze Schleimhaut können und sollen wir doch auch nicht zerstören. Das Recidiv hängt sicherlich nicht von den kleinen Resten stehen gebliebener Schleimhaut ab, sondern von der Grundursache der Endometritis, und diese ist gerade dort, wo wir am häufigsten Gelegenheit haben, die Abrasio zu machen — bei der fungösen Endometritis — in den Ovarien und Adnexen zu suchen. Der oophorogene Ursprung läßt sich hier sehr oft auch klinisch unmittelbar vor der Menstruation in einer auffallend starken Anschwellung der Ovarien erkennen. Eine auf dieses Grundübel hinzielende Therapie schützt am ehesten gegen ein Recidiv, weit mehr, als die sofortigen intrauterinen Aetzungen und Einspritzungen, vor denen G. noch einmal ernstlich warnen möchte. Namentlich erscheinen G. die intrauterinen Einspritzungen mit Liquor ferri gefährlich.

Leopold (Dresden) hat nach den Injectionen im Anschluß an die Abrasio die traurigsten Zustände gesehen und möchte auch vor ihnen energisch warnen; den anatomischen Sinn solcher Injectionen kann L. nicht erkennen. Ferner weist L. darauf hin, dass unstillbare klimakterische Blutungen in einer bis dahin wenig beachteten Form der Endometritis, einer a t h e r o m a t ö s e n E n t a r t u n g d e r U t e r i n s c h l e i m h a u t, begründet sein können. Es finden sich hier an der Oberfläche ganz charakteristische, unregelmäßig zackige Vertiefungen. L. hat solche Fälle gesehen, in denen die so und so oft wiederholte Abrasio erfolglos geblieben, und die er durch die Uterusexstirpation geheilt hat. Die Abrasio hat hier keinen Zweck, weil die Erkrankung der Uterinarterien an den Blutungen schuld ist und sie unterhält.

Prochownik (Hamburg) hat auch wegen klimakterischer unstillbarer Blutungen die Uterusexstirpation gemacht und erkennt die atheromatöse Entartung der Uterinarterien gleich LEOPOLD als die Hauptursache dieser Blutung. Auch P. warnt vor der sofortigen intrauterinen Aetzung und Einspritzung; er wartet immer die erste Menstruation ab und ätzt erst, wenn es nothwendig sein sollte.

Gottschalk (Berlin) glaubt, daß sich in allen diesen Fällen von unstillbaren Blutungen in Folge von atheromatöser Erkrankung der Uterinarterien die Uterusexstirpation durch d i e U n t e r b i n d u n g d e r V a s a u t e r i n a ersetzen ließe. G. verfügt über 2 Fälle der Art und hat im unmittelbaren Anschluß an die Unterbindung der Vasa uterina Menopause eintreten gesehen. Es ist doch rationell, wenn die Uterinarterien erkrankt sind, sie durch die Unterbindung aus dem Kreislauf auszuschalten. Für die weitere Ernährung des Uterus sorgt die A. spermatica. Die Unterbindung der Vasa uterina ist aber allemal ungefährlich und dürfte hier ausreichen.

Schatz (Rostock) hat nichts Schlimmes von der sofortigen Injection gesehen; er injicirt regelmäßig, aber nach vorausgeschickter Erweiterung; das letztere sei wichtig; natürlich müsse die Injection vorsichtig gemacht werden.

Glaevecke (Kiel) ist durch die klinische Beobachtung zu dem gleichen Resultate gekommen wie WERTH durch seine anatomischen Studien. Er hat mit den der Abrasio unmittelbar nachgeschickten Aetzungen bessere Resultate gesehen und hält sie nicht für gefährlich, unter den nöthigen Cautelen ausgeführt.

Werth (Schlußwort) bemerkt, daß Vorsicht bei der Einspritzung nothwendig sei. Man müsse vorher erweitern, dann vorsichtig injiciren und nachher ausspülen. Nach seiner Ansicht dürfe die Auskratzung nicht Gegenstand der allgemeinen Praxis sein.

V.

Abtheilung für Augenheilkunde.

SCHMIDT-RIMPLER (Göttingen): Gesichtsfeldermüdung und Gesichtsfeldeinengung mit Berücksichtigung der Simulation.

Nach den ersten Untersuchungen hatte es den Anschein, als ob die Gesichtsfeldermüdung überwiegend bei nervösen Individuen vorkäme, und wurde dieselbe sogar als objectives Symptom der traumatischen Neurose hingestellt. Der Vortr. betonte schon früher, daß sie auch bei Gesunden vorkommt. Außer PETERS hat dies VOGES neuerdings durch seine an dem Material der Göttinger Augenklinik angestellten Untersuchungen bestätigt. Bei 154 Personen, von denen nur 4 nervöse Erscheinungen boten, hatten 67 Ermüdungsgesichtsfelder. Bei allen diesen trat aber sofort eine Erweiterung auf die ursprünglichen Gesichtsfeldgrenzen ein, wenn sie energisch aufgefordert wurden, Acht zu geben. Es handelt sich demnach nur um physiologische Schwankungen in der Aufmerksamkeit. Damit fällt die Bedeutung dieses Symptoms für traumatische Neurose oder Simulation. Anders verhält es sich mit der concentrischen Gesichtsfeldeinengung. Wenn diese wirklich jemals vorhanden, was bei der traumatischen Neurose, beziehentlich traumatischen Hysterie in sehr

seltenen Fällen ohne sonstige pathologische Befunde am Auge vorkommt, so kann sie ein werthvolles Symptom bieten. Da aber diese Einengung häufig simulirt wird, so bedarf es wiederholter und vergleichender Messungen (an verschiedenen Perimetern, Prismenvorlegung etc.), um dieselbe als wirklich objectiv bestehend nachzuweisen.

A.

XX. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Gehalten zu Stuttgart vom 11.—14. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

FLÜGGE (Breslau): **Die hygienische Beurtheilung von Trink- und Nutzwasser.**

Referent gelangt zu folgenden Schlußsätzen, die geeignet sind, das bisherige Vorgehen gründlich zu modificiren: 1. Die bis jetzt übliche hygienische Begutachtung der Wässer lediglich auf Grund der chemischen, bacteriologischen und mikroskopischen Untersuchung eingesandter Proben ist fast in allen Fällen verwerflich. 2. Die einmalige Prüfung eines Wassers auf seine hygienische Zulässigkeit als Trink- oder Brauchwasser muß vor Allem durch Besichtigung und sachverständige Untersuchung der Entnahmestelle und der Betriebsanlage erfolgen. In manchen Fällen liefert diese Prüfung allein bereits eine Entscheidung. Meistens ist eine Ergänzung durch grobsinnliche Prüfung des Wassers, sowie durch die Eisen- und Härtebestimmung wünschenswerth; selten ist eine weitergehende chemische, bacteriologische oder mikroskopische Untersuchung zur Sicherung der Resultate erforderlich. — Bei Neuanlagen von centralen Grundwasserversorgungen muß man sich mit besonderer Sorgfalt von der Keimfreiheit des betreffenden Grundwassers vergewissern. 3. Zur fortlaufenden Controle von Wasserversorgungen, deren Anlage und Betrieb bekannt ist, eignet sich die bacteriologische, zuweilen auch die chemische Analyse einwandfrei entnommener Proben. Die hygienische Bedeutung auffälliger Resultate der Analyse ist meist nur aus einer wiederholten Besichtigung und Untersuchung der Versorgungsanlage zu entnehmen.

Die Erbauung von Heilstätten für Lungenkranke.

GEBHARD (Lübeck), Referent: Die Einschränkung der Verheerungen, welche die Lungenschwindsucht in allen Volkskreisen hervorruft, ist von größter Bedeutung für die Wohlfahrt des ganzen Volkes. Zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht haben deshalb alle staatlichen und communalen Organisationen, zu deren Obliegenheiten die Minderung der aus Krankheit und Siechthum entspringenden Leiden gehört, mitzuwirken. Es ist insbesondere auch Aufgabe der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten, zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht die Hand anzulegen und je nach den Umständen allein oder in Verbindung mit Krankencassen und zuständigen communalen Organen die hiezu geeigneten Maßregeln zu ergreifen. Da unter den verschiedenen für die Bekämpfung der Lungenschwindsucht bis jetzt empfohlenen Maßregeln die hygienisch-diätetische Behandlung in klimatisch günstig gelegenen Heilstätten allein Erfolge von größerem Umfange aufzuweisen hat, sind zur Zeit die Bestrebungen der bezeichneten staatlichen und communalen Organisationen auf dem in Rede stehenden Gebiete in erster Linie dahin zu lenken, daß eine dementsprechende Behandlung in Heilstätten den dafür geeigneten Lungenkranken derjenigen Volkskreise, auf deren Wohlfahrt sich ihre amtliche Thätigkeit zu erstrecken hat, zu Theil wird.

Es fehlt bislang an der genügenden Zahl von Heilstätten für Lungenkranke aus den unbemittelten und den wenig bemittelten Bevölkerungskreisen. Die Bemühungen der zuständigen staatlichen und communalen Organisationen sind deshalb auf Beschaffung solcher Heilstätten zu richten. Von der Beurtheilung der besonderen Verhältnisse der einzelnen Bezirke hängt es ab, von welcher der verschiedenen zur Mitarbeit berufenen Stellen die Errichtung der Heilstätten unter angemessener Mitwirkung anderer dazu berufener Organe vorzunehmen ist, insbesondere auch, ob die Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten selbst Heilstätten für Lungenkranke errichten und Krankencassen und communale Organisationen sich an der Tragung der Kosten für die dort unterzubringenden Kranken betheiligen, oder ob sich die Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten beschränken, zur Deckung der Kosten, welche durch die Behandlung der Kranken entstehen, die in vorhandenen oder zu errichtenden Heilstätten gemeinnütziger Vereine, Privatunternehmer, Krankencassen und communaler Organisation unterzubringen sind, in dem nach Lage der Umstände zu bemessenden Umfange Theil zu nehmen.

Sache der Aerzte ist es, darauf hinzuwirken, daß die Lungenkranken von der Benutzung des ihnen zu bietenden Heilverfahrens, so lange Erfolg von diesem mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann, also möglichst bald, nachdem die Erkrankung eingetreten ist, Gebrauch machen. Es ist von großer Bedeutung, daß die Erfahrungen darüber, unter welchen Voraussetzungen Erfolg von dem Heilverfahren in Aussicht steht, zu immer allgemeinerer Kenntniß gebracht werden. — Die auf die Errichtung und den Betrieb von Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten gerichtete Thätigkeit gemeinnütziger Vereine bleibt, auch nachdem von Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten, Krankencassen und communalen Organisationen Maßregeln der weitestgehenden Art zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht auf dem ihnen zukommenden Thätigkeitgebiete ergriffen sein werden, unentbehrlich. Allen zuständigen staatlichen Behörden liegt die größtmöglichste Förderung aller auf die Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke gerichteten Bestrebungen ob.

HAMPE (Helmstedt), Corref.: Nachdem weder die Vernichtung der specifischen Krankheitserreger, noch die Tuberculinbehandlung der Kranken eine nachweisbare Verminderung der Lungenschwindsucht herbeigeführt haben, greift die öffentliche Gesundheitspflege auf die schon seit Jahrzehnten mit zweifellosem Erfolge geübte „hygienisch-diätetische" Behandlung der Kranken zurück, welche um so sicherer ist, wenn sie in besonderen Anstalten — „Sanatorien", „Heilstätten" — stattfindet. Eine Einschränkung der Lungenschwindsucht werden diese Sanatorien jedoch nur dann und allmälig bewirken können, wenn sie in größerer Zahl errichtet und auch den weniger begüterten Volksschichten zugänglich gemacht werden.

Die Aufgabe, diese hochwichtige humane und hygienische Aufgabe der Lösung entgegenzuführen, ist durch unsere Gesetzgebung vor Allem den Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten zu Theil geworden; sie haben das Recht, sich ihrer kranken Mitglieder schon vor Eintritt der Invalidität anzunehmen, um diese durch eine zweckmäßige Behandlung möglichst zu verhüten. In dem Streben, von dieser Berechtigung Gebrauch zu machen, werden sie zunächst darauf hinwirken müssen, die an Lungentuberculose Leidenden möglichst früh in Obhut nehmen und den specifischen Heilanstalten zuführen zu können, denn nur in den ersten Stadien der Krankheit gelingt es ohne allzu große Opfer, ihren Stillstand zu veranlassen und die Arbeitsfähigkeit der Kranken wieder herzustellen, bezw. zu erhalten. Vor Allem aber werden bei dem gegenwärtigen Mangel an Sanatorien die Versicherungsanstalten dahin wirken müssen, solche zu gründen oder gründen zu helfen.

Die Sanatorien für Lungenkranke müssen nach den hygienischen Grundsätzen eingerichtet und verwaltet werden, welche in den für Angehörige der begüterten Bevölkerungskreise in Deutschland bestehenden Musteranstalten zur Geltung gebracht sind. Wenn auch einfach ausgestattet, müssen sie doch Alles enthalten, was erfahrungsgemäß zur Erreichung einer größeren Widerstandsfähigkeit des menschlichen Körpers gegen die deletären Einwirkungen der Tuberkelbacillen als nothwendig oder zweckmäßig erscheint. Die Sanatorien dürfen nicht ohne Vorkehrungen und Einrichtungen bleiben, welche nothwendig sind, die specifischen Krankheits-, insbesondere die Auswurfsstoffe zu vernichten und für die Nachbarschaft unschädlich zu machen.

Ohne einen ständigen, sachkundigen Arzt wird der Erfolg der Anstaltsbehandlung stets ein zweifelhafter bleiben. Ihm liegt es ob, durch stete persönliche Einwirkung den Muth der Kranken zu beleben und ihnen die für ihre Genesung erforderliche Lebensweise so fest und sicher einzuüben und anzugewöhnen, daß sie dieselbe auch in ihrem Familienkreise nach ihrer Heilung ohne Zwang fortsetzen werden.

b.

63. Jahresversammlung der British Medical Association.

Gehalten zu London vom 30. Juli bis 2. August 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

IV.

Section für Chirurgie.

MURPHY (Chicago): **Ueber Darmanastomosen.**

Damit zwei Darmstücke mit einander in exacter Weise sich vereinigen, sind folgende Bedingungen zu erfüllen: 1. Die einzelnen Darmschichten müssen derart in Contact gebracht werden, daß Mucosa an Mucosa, Muscularis an Muscularis etc. zu liegen kommen; 2. die Adhäsionsbildung muß möglichst rasch erfolgen; 3. das Darmlumen muß an der Vereinigungsstelle ein genügendes Caliber besitzen; 4. die Adhäsionen müssen sich entsprechend schnell organisiren; 5. die Einziehung an der Verbindungsstelle darf nicht zu bedeutend sein; 6. der Eingriff muß rasch und unter strengster Asepsis erfolgen. Bezüglich der Gefäßunterbindung ist zu beachten, daß der Darm einerseits durch die Mesenterialgefäße, andererseits durch die dem Mesenterialrande entlang verlaufenden sog. Parallelarterien ernährt wird, und daß die Unterbindung der ersteren gut vertragen wird, während die Ligatur der letzteren schwere Ernährungsstörungen des Darmes im Gefolge haben kann. — Schließlich demonstrirt M. die Technik der Anlegung des „Anastomosenknopfes“, der seinen Namen führt.

STOKES (London): **Behandlung von Hautkrankheiten mit Sauerstoff.**

Die bisherigen Erfahrungen des Vortr. beschränken sich auf Unterschenkelgeschwüre und Alopecie. Die Sauerstoffbehandlung erwies sich zumal bei letzterer Erkrankung als sicher wirkendes Heilmittel. Bei ulcerösen Processen wurde mit atmosphärischer Luft zu gleichen Theilen gemengtes O angewendet. Die Resultate waren überaus zufriedenstellend. So wurde eine 71jährige, an M. Brightii leidende Frau, die an seit 3 Jahren bestehendem Ulcus cruris litt und alle möglichen Behandlungsmethoden erfolglos versucht hatte, binnen 6 Wochen geheilt. In einem anderen Falle wurden 13 Fußgeschwüre, die jahrelang persistirten, in $2^1/_2$ Monaten zur Heilung gebracht.

Die Application des Sauerstoffes geschieht in folgender Weise: Der erkrankte Körpertheil wird mit einem seiner Form angepaßten Kautschukring umgeben, welcher durch ein Gummirohr mit einem größeren mit Sauerstoff oder Luft-Sauerstoff-Gemenge gefüllten zweiten Ringe in Verbindung steht.

HOWARD MARSH (London): **Zur Pathogenese einiger seltener Formen knöcherner Ankylose.**

Knöcherne Ankylosen bilden einen relativ häufigen Ausgang der Gelenkerkrankungen. Entgegen der weitverbreiteten Anschauung, daß dieselben zumeist nach Eiterungsprocessen in den Gelenken auftreten, betont M., dieser Ausgang sei im Gegentheil gerade bei suppurativen Arthritiden und Pyämie ein seltener. Die häufigste Veranlassung zur Bildung wahrer Ankylosen bietet die Tuberculose der Gelenke, zumal die ohne hervorstechende Symptome, unter unbedeutenden entzündlichen Erscheinungen verlaufende tuberculöse Arthritis. Andere ätiologische Momente bieten tabische Gelenkerkrankungen, Scoliose, Gicht, Tripperrheumatismus, Nerventraumen, endlich Polyarthritis rheumatica.

Die Therapie der knöchernen Ankylose hat folgende Grundsätze zu befolgen: 1. Richtige Stellung des Gelenkes; 2. operative Eingriffe (Excision und Osteotomie). Mittel, das Zustandekommen der ostalen Ankylose zu verhüten, sind Vortr. nicht bekannt; passive Bewegungen scheinen die Entstehung derselben eher zu begünstigen.

Discussion.

Tarjett (London) hat die Erfahrung gemacht, daß gerade bei Pyämie eine rasche Entwicklung knöcherner Ankylosen erfolge.

Bowlby (London) verweist auf den unleugbaren, bisher noch wenig gewürdigten Zusammenhang zwischen Nervenerkrankungen und Ankylosen und empfiehlt genaueres Studium des Nerveneinflusses auf die Gelenkversteifung.

Ellis (Gloucester) will bei diesem Anlasse bemerken, daß die als Hallux valgus, dolorosus und rigidus bezeichneten Veränderungen im Grundgelenke der großen Zehe als Ossificationsprocesse des Metatarsophalangeal-Gelenkes zu betrachten seien.

Bland Sutton (London) macht auf die nicht allzu seltenen Ankylosen zwischen Occiput und Atlas aufmerksam, die vielleicht auf das Tragen schwerer Lasten zurückgeführt werden können. S.

Notizen.

Wien, 28. September 1895.

(Dermatologen-Congreß in Graz.) Man schreibt uns aus Graz: Von Sonntag den 22. bis Mittwoch den 25. d. M. tagte hier der V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. Seit 1875, also seit 20 Jahren, hatte die grüne Murstadt keinem medicinischen Congresse in ihrem Weichbilde eine Stätte geboten. Damals war es die 30. Versammlung der deutschen Naturforscher, welche wohl bereits einzelne Dermatologen, nicht aber eine eigene dermatologische Section in sich beherbergte. Obgleich die Deutsche dermatologische Gesellschaft erst ihr sechsjähriges Wiegenfest feiert, veranstaltet sie, dank der Rührigkeit ihrer Mitglieder, insbesondere aber ihres Präsidenten und Geschäftsleiters Prof. A. NEISSER in Breslau, bereits den fünften wissenschaftlich sehr reichhaltigen und ergiebigen Congreß. Die feierliche Eröffnung desselben hat Montag in Gegenwart der Vertreter der Regierung, der städtischen Behörden und der Grazer Aula mater Caroliniensis, sowie einer relativ sehr zahlreichen Mitgliederanzahl stattgefunden. Letztere recrutirte sich aus den angesehensten Dermatologen Deutschlands und Oesterreichs, insbesondere Wiens, aber auch einzelne fremdländische Fachgenossen waren erschienen. So PRINGLE (London), WELANDER (Stockholm), HASLUND (Kopenhagen), TOKI (Tokio-Japan), PETERSEN (Petersburg), PETRINI (Bukarest) und noch viele andere Gäste. An den Discussionen in den wissenschaftlichen Sitzungen betheiligten sich auch die bedeutendsten Koryphäen der Grazer medicinischen Facultät, so ESCHERICH, EPPINGER, ROLLETT u. A., ein Zeichen für die immer mehr zunehmende Erkenntniß der Wichtigkeit der dermatologischen Wissenschaft. Es ist das Verdienst des Einführenden und Präsidenten dieses Congresses, Professor A. JARISCH, denselben in seinem äußeren Verlaufe wie auch in seinem wissenschaftlichen Theile zu einem glänzenden gestaltet zu haben, was bei der jetzt so modern gewordenen, leider allzuhäufigen Wiederholung wissenschaftlicher Congresse nicht hoch genug angeschlagen werden kann. Das äußerst geschickte, mit Aufopferung und Selbstverleugnung geleitete Arrangement des Präsidenten Prof. JARISCH machte es möglich, daß alle Mitglieder reichlich befriedigt von dannen zogen, trotzdem dieselben noch unter dem frischen Eindrucke des bekannten, glänzenden Fachcongresses in Breslau standen, dem Professor NEISSER als Präsident mit seinen zahlreichen Schülern einen geradezu großartigen Verlauf zu geben wußte. Ein Ausflug an den lieblichen Hilmerteich, wo Prof. JARISCH und dessen Gemahlin sämmtliche Congreßmitglieder als ihre Gäste empfingen, sowie ein sehr animirtes Bankett in der Restauration am Grazer Schloßberge bildeten die hervorragendsten Punkte des geselligen Programmes der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. Ueber den wissenschaftlichen Theil des Grazer Congresses wird eingehend berichtet werden.

(H. A. v. BARDELEBEN †.) In Berlin ist am 24. d. M. der Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Universitätsklinik Medicinal-Rath v. BARDELEBEN im 77. Lebensjahre gestorben. Die Berliner Hochschule verliert in ihm einen ihrer bedeutendsten, pflichtgetreuesten Lehrer und Forscher, die deutsche Chirurgie einen hervorragenden, unermüdlichen Vertreter. Am 1. März 1819 zu Frankfurt a. O. geboren, 1841 in Heidelberg promovirt, wandte sich BARDELEBEN anfänglich unter NAEGELE's Leitung der Gynäkologie zu, arbeitete sodann als Assistent BISCHOFF's auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie, habilitirte sich 1843 in Giessen als Privatdocent für Chirurgie und wurde bald nach seiner Ernennung zum Extraordinarius im Jahre 1889 an die Universität Greifswald als Ordinarius berufen, in welcher Stellung er seinen großen Ruf als Operateur begründete. Als solcher war er im österreichisch-preussischem Kriege 1866 hervorragend thätig, indem er die Stelle eines consultirenden Generalarztes der Armee bekleidete.

Im Jahre 1868 wurde B. an JÜNGKEN's Stelle an die Berliner Hochschule berufen, an welcher ihm länger als ein Vierteljahrhundert zu wirken beschieden war. — Die Bedeutung des Verblichenen lag in erster Linie in seiner ungewöhnlichen didactischen Befähigung. In seltener Weise wußte er seine Schüler im Vortrage zu fesseln und anzuregen, sie zu trefflichen Chirurgen zu erziehen. Aus der überaus großen Zahl seiner Arbeiten — noch der diesjährige Chirurgencongreß wurde durch einen Vortrag B.'s „Ueber frühzeitige Bewegung gebrochener Glieder" ausgezeichnet — ragt das bereits vielfach aufgelegte Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre hervor, in welchem B. die Erfahrungen seines Lebens und Wirkens niedergelegt hat. Mit ihm ist ein allgemein verehrter Lehrer und Meister geschieden.

(Wiener Aerztekammer.) Die am 26. d. M. abgehaltene Plenarversammlung der Kammer hat das von Prim. Dr. HANS ADLER erstattete Referat, die Creirung von Wohlfahrts-Einrichtungen betreffend, in Berathung gezogen und nach eingehender Debatte beschlossen, sowohl eine Altersversorgung (Pension von jährlich 400 fl., vom 65. Lebensjahre an beginnend) als auch eine Witwen- und Waisen-Versorgung (400 fl. jährlich für die Witwe, 50 fl. für jedes Kind bis zum Maximalbetrage von 200 fl.) für alle kammerpflichtigen Aerzte obligatorisch einzuführen. Der vom Vorstande gestellte Antrag, die Altersgrenze für den Bezug der Pension mit dem erreichten 60. Lebensjahre zu limitiren, wurde in Ansehung der hiedurch begründeten sehr erheblichen Prämiensteigerung mit 14 gegen 12 Stimmen abgelehnt; dagegen wurde der Beschluß, die Zwangsversicherung einzuführen, mit allen gegen eine Stimme gefaßt. Schließlich wurde je ein Comité für die Vorberathung der Standesordnung und der Honorarfrage gewählt und einstimmig beschlossen, das Andenken des verblichenen ersten Kammerpräsidenten GAUSTER durch Errichtung eines Grabdenkmals aus Kammermitteln zu ehren.

(Die freie Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse) hat ihre erste statutenmäßige Generalversammlung anläßlich der Naturforscher-Versammlung in Lübeck unter Vorsitz des Geschäftsführers Prof. EULENBURG (Berlin) abgehalten. Die Vereinigung umfaßt derzeit — nach einjährigem Bestande — 34 in deutscher Sprache erscheinende medicinische Zeitschriften, die durch 37 Mitglieder repräsentirt werden. Die Einrichtung einer gemeinsamen Berichterstattung, die zuerst versuchsweise bei dem diesjährigen Internisten-Congresse zu München functionirte, hat sich gelegentlich der Lübecker Versammlung bestens bewährt. Zwecks Vorbereitung derselben bei dem nächsten internationalen med. Congresse in Moskau wurde Prof. POSNER (Berlin) delegirt, der als Mandatar der „Vereinigung" mit dem Generalsecretär der „Association de la presse médicale française" und den Vertretern anderer Länder bei einer im nächsten Frühjahr zu Brüssel stattfindenden Conferenz zusammentreten wird. Als Vorort pro 1896 wurde Wien gewählt und in den Ausschuß die Herren LIEBREICH („Therap. Monatsh."), SPATZ („Münch. med. Wochenschr."), HERRNHEISER („Prager med. Wochenschr.") und BUM („Wiener med. Presse") berufen.

(Universitäts-Nachrichten.) Der a. o. Prof. Dr. L. M. JAKUBOWSKI ist zum ordentlichen Professor der Kinderheilkunde an der Universität Krakau, der a. o. Prof. Dr. FRANZ MAREŠ zum ordentlichen Professor der Physiologie an der czechischen Universität Prag ernannt worden. — Dem Privatdocenten für Gynäkologie an der Universität Budapest Dr. J. ELISCHER ist der Titel eines a. o. Professors verliehen worden. Die Lehrkanzel für pathologische Anatomie wurde getheilt und den Proff. O. PERTIK und A. GENERSICH je ein Lehrauftrag ertheilt. — Dr. SCHLEICH in Stuttgart ist als Nachfolger NAGEL's zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Universität Tübingen ernannt worden. — Habilitirt haben sich: In Berlin Stabsarzt Dr. BONHOFF, Assistent am hygienischen Institut, für Hygiene; in Greifswald Dr. ENDERLEN für Chirurgie; in Marburg i. H. Dr. AXENFELD für Augenheilkunde; in Padua Dr. STEFANI für Psychiatrie.

(Auszeichnung.) Unserem hochverehrten Mitarbeiter Geh. Med.-Rath Prof. Dr. LANDOIS in Greifswald ist der Rothe Adler-Orden III. Cl. mit der Schleife verliehen worden.

(Wundbehandlung wilder Völkerstämme.) Die Wundbehandlung hat bei eingeborenen uncivilisirten Völkern eine höhere Stufe erreicht, als allgemein angenommen wird, während andere (z. B. die südaustralischen und neuguinäischen Neger) auch nicht die Anfänge einer solchen besitzen. So bedecken die indischen und südcalifornischen Dacotahs — wie „La Méd. mod." berichtet — die Wunden mit Blättern und Baumrinden. Vorgeschrittener sind die brasilianischen Karayas; sie bestreuen die Wunden mit Kohlenpulver, während die Bewohner der Insel Engano hiezu warme Asche oder verbrannte Blätter verwenden. Einzelne californische Stämme benützen eine Pomade, andere Cedernharz, noch andere Thon zur Bestreichung der Wunden. Bei anderen Völkern ist die chirurgische Intervention eine activere; in Victoria (Australien) wird die Wunde so lange ausgesaugt, bis kein Blut mehr kommt, da dieses für giftig gehalten wird; nach der Aussaugung wird die Wunde mit einem Harzpflaster bedeckt und, falls Entzündungserscheinungen auftreten, neuerdings ausgesaugt. In Centralamerika werden die Wunden cauterisirt, um ihre Entzündung zu verhüten. Einzelne Völkerschaften trachten, eine prima intentio zu erzielen; so nähern manche australische Stämme die Wundränder durch Heftpflaster. Die Indianer der Vereinigten Staaten vernähen die Lanzen- und Pfeilwunden mittelst Thiersehnen und entfernen die Fäden erst nach 6 Tagen. FELKIN sah in Uganda den Kaiserschnitt ausführen; nach demselben wurden die Bauchdecken durch die umschlungene Naht vereinigt. Erscheint die Wunde verdächtig, so verhindern die Indianer des Winnebagostammes die Vereinigung und halten sie sorgfältig offen. Zuweilen erfordert die Verletzung eine operative Intervention. Bei den Indianern von Centralamerika wurde eine penetrirende Thoraxwunde mit Vorfall einer Lungenpartie durch Resection der prolabirten Lunge zur Heilung gebracht. Dafür durfte der Verletzte das resecirte Lungenstück braten und verzehren. WOLFF hat die chirurgische Thätigkeit der Quangoneger bewundert. Ein Mann, dessen Bein durch eine Kugel zerschmettert worden war, wurde in einen Apparat für permanente Extension gelegt, der die Extremität immobilisirte. Der Wunde entsprechend, wurde der Apparat gefenstert, damit die Wundsecrete sich entleeren können, Schließlich sei noch erwähnt, daß die Opoaten ihren Verwundeten den Genuß des Wassers verbieten, sie aber dafür eine Mischung von Pflanzensäften in großen Quantitäten trinken lassen.

(Cholera-Nachrichten.) In der abgelaufenen Woche wurden aus Galizien 23 Erkrankungs- und 18 Todesfälle (gegen 18 Erkrankungs- und 5 Todesfälle in der Vorwoche) gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August constatirten Cholerafälle beträgt 76, die Mortalität 59%.

(Statistik.) Vom 15. bis inclusive 21. September 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5446 Personen behandelt Hievon wurden 1107 entlassen; 132 sind gestorben (10·65% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 60, egyptischer Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 10, Dysenterie —, Blattern 1, Varicellen 15, Scharlach 68, Masern 39, Keuchhusten 90, Wundrothlauf 18, Wochenbettfieber 1, Parot. epid. —, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 610 Personen gestorben (+ 8 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. ERNST RADDA R. v. BOSKOWSTEIN, Vorstand des Sanitäts-Abrechnungs-Departements im Ackerbauministerium, 61 Jahre alt; in Fohnsdorf (Steiermark) der praktische Arzt Dr. HANS HANZENBICHL; in Budapest der Chefarzt des kaufmännischen Krankenhauses und Polizeiarzt Dr. ALEXANDER KAKUCSY; in Nauheim der Badearzt Geh. Med.-Rath Dr. WILHELM BODE; in Padua der Professor der Psychiatrie an dortiger Universität, Dr. AUGUSTO TEBALDI; in Rom Dr. VALLARDI, Herausgeber der „Gazetta degli Ospedali".

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Offene Correspondenz der Redaction und Administration.

Herrn Dr. R. W. in Hamburg. Dankend ad notam.
„ Dr. L. W. in New-York. Sehr befriedigt. Bitten um Fortsetzung.
„ Dr. H. A. in Baden. Haben von der Gründung des Clubs Kenntniß genommen.
„ Dr. T. B. in Baden. Desgleichen.
„ Dr. 49 in S. 1. Ja! 2. Bezahlt bis Ende Juni.

Nr. 40. Sonntag den 6. October 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

INHALT:

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Geschichte der Theorie der cerebralen Localisation.

Von **Hofrath E. Albert** in Wien.

Von den Ferien zurückgekehrt, lese ich in einem hiesigen Blatte, daß Cesare Lombroso in der „Contemporary Review" einen Artikel veröffentlicht hat, der unter der Ueberschrift „Atavismus und Evolution" den Nachweis zu führen versucht, daß viele Erfindungen, die wir gern als Errungenschaften unserer Aera anführen, schon früher bekannt waren. Lombroso führt auch die Thatsache an, daß Galande bereits im Jahre 1665 die Theorie der Nervencentren entwickelt habe, indem er das Vorderhirn als den Sitz der Einbildungskraft und das kleine Gehirn als den des Gedächtnisses bezeichnete, womit wieder einmal bewiesen sei, daß es im Grunde nichts absolut Neues unter der Sonne gibt.

Ich kenne nur diesen Bericht über Lombroso's Artikel; er ist in der Nr. 48 der heurigen „Zeit" veröffentlicht. Ich habe keinen Anhaltspunkt anzuzweifeln, daß Lombroso in dem citirten Artikel die Ansicht vorbringt, die Theorie der cerebralen Localisation datire seit dem Jahre 1665.

Ohne mich mit der Tendenz des Artikels zu befassen, möchte ich nur einige Thatsachen anführen, welche beweisen, wie dürftig die historischen Studien Lombroso's — wenigstens in dem Punkte der cerebralen Localisation — sind. Wenn man schon geschichtliche Argumentationen anstellt, sollte man sich in der Geschichte ein wenig näher umsehen. Namentlich bei einem Thema von so fundamentaler Bedeutung, wie es die Localisationstheorie ist. Und namentlich, wenn man Psycholog und Anthropolog ist!

Ich will hier gar nicht bis auf Hippokrates zurückgehen. Bekanntlich sind in den Schriften der Hippokratiker verschiedene Ansichten über die Functionen des Gehirns enthalten. Ich will auch die Galen'schen Ansichten nicht anführen, weil sich auch in diesen viel Schwankendes vorfindet. Galen war viel zu viel von der Theorie des πνεῦμα beherrscht. Immerhin ist es von großem Interesse, zu hören, wenn Galen sagt: „Wenn der vordere Theil des Gehirnes leidet, so muß nothwendigerweise die vordere Hirnhöhle und damit die Verstandesthätigkeit leiden."

Aber bei Poseidonius, dem berühmten Nervenarzte des Alterthums, der dem Zeitalter Galen's nahesteht, findet sich folgende, bei Aëtius (Tetr. II, sermo II, cap. II) aufbewahrte Lehre: „Wenn der vordere Theil des Gehirns geschädigt ist, wird nur die Vorstellungskraft allein beeinträchtigt; wenn der mittlere Ventrikel leidet, wird der Verstand verkehrt; ist der hintere Theil um das Hinterhaupt herum geschädigt, so geht das Gedächtniß zu Grunde und damit auch die anderen zwei Hauptthätigkeiten."

Bei dem Neuplatoniker Nemesius finden wir die Stelle: „Die vorderen Hirnhöhlen erachten wir für den Sitz der Empfindungen, die mittleren für den Sitz des Verstandes, die hintere für den Sitz des Gedächtnisses."

Der heilige Augustin legt auch hier eine erstaunliche Kenntniß der Bildung des Alterthums an den Tag und verbreitet sich über das Thema in mehreren Capiteln des Werkes „De genesi ad literam."

Wenn man die alte Literatur auf diesen Punkt prüft, so zeigt sich, daß die griechischen Aerzte das Princip der Localisation annahmen, aber im Detail, in der Verlegung der einzelnen psychischen Functionen in discrete Theile des Gehirns verschiedene Ansichten entwickelten.

Ganz ausführlich entwickeln die Localisationstheorie die Araber, unter diesen besonders eingehend Avicenna (Lib. I, Fen. I, Doctr. VI, cap. 5). Seine Darstellung ist für die Ge-

schichte des menschlichen Denkens — er wirft auch Seitenblicke in das Gebiet der vergleichenden Psychologie — von höchstem Interesse. [1])

In der Brochure meines verewigten Freundes, des Prof. C. Barach (Zur Geschichte des Nominalismus vor Roscellin, Wien 1866), ist auf ein in der Wiener Hofbibliothek aufbewahrtes lateinisches Manuscript aus dem 10. Jahrhundert verwiesen, in welchem — in einer Randglosse — in die vordere Hirnkammer das Leben, in die mittlere der Sinn, in die hintere die Bewegung verlegt wird.

Die mittelalterlichen Chirurgen acceptirten die Lehre von der Localisation vollständig. Sie nahmen, Avicenna folgend, meistens sechs Functionen an und localisirten dieselben in verschiedene Theile des Gehirns, dabei einem naiven Materialismus folgend, der uns in Erstaunen setzen muß (Wilhelm von Saliceto, Lanfranchi, Guido von Cauliaco). So insbesondere Lanfranchi, der die vermuthliche Gestalt der Ventrikel zu der darin sich abspielenden Thätigkeit in Beziehung bringt.

Ich habe das vor vielen Jahren in meiner Abhandlung „Beiträge zur Geschichte der Chirurgie“ (Berichte des Innsbrucker naturwissenschaftlich-medicinischen Vereines, 1877) ausführlicher besprochen.

Die Sache ist also viel älter, als Herr Lombroso auch nur zu ahnen scheint.

[1]) Avicenna stellt 6 Hauptformen der psychischen Thätigkeit in 3 Paaren auf: die Sinneswahrnehmung (in den lateinischen Uebersetzungen sensus communis) und die Reproduction (phantasia) bilden das erste Paar; die Imaginatio und die Cogitatio bilden das zweite Paar, wobei auch der bei Thieren vorkommenden Urtheilsbildung gedacht wird als einer Verknüpfung nicht rationaler Art, deren sich jedoch der Mensch auch so gut wie das Thier bedient; beim 3. Punkte läßt es Avicenna unentschieden, ob die virtus memorialis in 2 Thätigkeiten zu scheiden sei; er meint, man könne eine Thätigkeit annehmen, welche die Sinneswahrnehmungen festhält, und eine, welche die gebildeten Urtheile aufbewahrt. Ausdrücklich hebt er hervor, das sei Sache des Philosophen; der Arzt habe sich nur an 3 Hauptthätigkeiten zu halten und habe nur festzuhalten, daß jedes der genannten Paare in einem anderen Theile des Gehirns seinen Sitz habe; das erste im Vorderhirn, das zweite im Mittel-, das dritte im Hinterhirn. Die folgenden Chirurgen hielten sich aber an diese Beschränkung nicht und localisirten die 6 Thätigkeiten in eingehenderer Weise.

Aus Dr. Unna's dermatolog. Laboratorium in Hamburg.

Ueber Purpura senilis.

Von **Dr. P. G. Unna.***)

Die neueren Untersuchungen über den Mechanismus der Hautblutungen von Sack [1]) und mir [2]) haben gezeigt, daß die früher hypothetisch vielfach als Ursachen der Hautblutungen angenommenen präparatorischen Degenerationen des Hautgewebes und der Hautgefäße in dem angenommenen Umfang keinesfalls existiren und daß die wahre Ursache der meisten nichttraumatischen Hautblutungen noch in ein starkes Dunkel gehüllt ist. Es war daher für mich von besonderem Interesse, daß ich gelegentlich anderer Untersuchungen zufällig auf eine bestimmte Art der Hautblutung stieß, welche sich auf dem Boden einer interessanten und noch wenig erforschten Hautdegeneration entwickelt, für welche also die erwähnte Hypothese aus der vorhistologischen Periode der Purpuraforschung einmal ausnahmsweise das Richtige zu treffen scheint. Ich meine die Purpura senilis.

Es mögen 5 Jahre her sein, daß ich den ersten Fall der wahren, d. h. Bateman'schen Purpura senilis zu Gesicht bekam. Eine alte Frau klagte über unausgesetztes Jucken an der Haut der Streckseite beider Vorderarme. Die letzteren waren sehr mager und mit dünner, fettloser, faltiger, im Allgemeinen ziemlich gebräunter, stark greisenhaft veränderter Haut bedeckt. Ziemlich symmetrisch waren auf ihnen und der benachbarten Partie der Handrücken einige groschen- bis markgroße, auffallend dunkle, braunschwarze bis blauschwarze Flecken vertheilt, welche auf Fingerdruck nicht verschwanden, ja nicht einmal abblaßten. Sie waren sicher zum Theil auf Pigmentablagerungen älteren Datums zurückzuführen, zum Theil rührten sie — wie die Anamnese ergab — von kürzlich aufgetretenen Blutflecken her. Dabei war die Haut in der Umgebung dieser Blut- und Pigmentflecke bis auf die senile Veränderung, die allgemeine stärkere Pigmentirung und einzelne für diese Region auffallend deutliche und derbe subcutane Venen ganz normal. Insbesondere fehlten angioneurotische Veränderungen und Oedeme der Vorderarme, sowie der Hände. Die Haut der Unterschenkel und Füße war durchaus normal; auch hier fanden sich keine irgendwie auffallenden, allgemeinen Stauungserscheinungen, insbesondere keine erheblichen Varicen. Die Untersuchung des Herzens ergab ein negatives Resultat; Atherom der größeren Arterien schien vorhanden zu sein, doch für das Alter der Pat. nicht in auffallend hohem Grade. Es bestand keine sonstige Purpuraerkrankung, kein Erythema nodosum, keine Arzneiwirkung. Der Status ergab nur eine hochgradig senile Veränderung der Gesichtshaut und der Haut des Halses, wie sie bei viel im Freien lebenden Greisinnen gefunden wird. Die Anamnese war dadurch erschwert, daß die Pat. die Flecke wenig beachtet hatte. Sie wußte nur, daß dieselben schon seit mehreren Jahren periodisch an den Vorderarmen auftraten, um langsam wieder zu verschwinden und anderen, an derselben Stelle oder in der Nähe erscheinenden, ähnlichen Flecken Platz zu machen. Von dem Farbenunterschiede zwischen frischer Blutung und alter Pigmentirung war ihr nichts bewußt und es war nicht klarzustellen, ob geringe Traumata, z. B. das concomitirende Jucken mit dem obligaten Reiben der Haut Einfluß auf die Entstehung der Blutungen habe, wie sie denn auch Hilfe lediglich gegen die Juckempfindungen suchte. Uebrigens berichtet die Pat., daß ihre Mutter kurz vor dem in hohem Alter erfolgten Tode ebenfalls über Jucken der Vorderarme geklagt habe. Mir schien das Jucken eine Theilerscheinung der regionär beschränkten senilen Veränderung, besser der „Verwitterung“ der Haut an diesen (bloßgetragenen) Stellen zu sein.

Ich habe seit jener Zeit im Ganzen 6 Fälle dieser merkwürdigen Erkrankung gesehen, an zwei Lebenden und vier Leichen. Alle betrafen hochbetagte Frauen und stets — mit einer Ausnahme (Leiche) — nur die Vorderarme; in diesem einen Fall waren auch einige Flecken an den Unterschenkeln vorhanden, ohne daß diese auf Varicen bezogen werden konnten. Jucken erscheint nicht immer vorhanden zu sein, wie ich denn meine zweite Pat. selbst erst auf den Zustand ihrer Vorderarme aufmerksam machte, von dem sie keine Ahnung zu haben schien.

Diese Affection, welche immer so typisch und in so ganz anderer Topographie wie alle sonstigen Purpuraerkrankungen auftritt, interessirte mich natürlich in hohem Grade und die mir in letzter Zeit möglich gewordene histologische Untersuchung hat meine Erwartungen auch vollkommen erfüllt. Merkwürdigerweise aber schweigen die heutigen Lehrbücher über die Affection vollkommen und nur einigen Autoren in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts scheint dieselbe bekannt gewesen zu sein.

Bateman war der erste Autor, welcher sie in seiner Bearbeitung des Wilan'schen Werkes beschrieb und abbildete. Diese mustergiltige Beschreibung lautet: (4. Art. Purpura senilis. Scurvy of old age. [3])

„Ich lege diese Benennung einer Varietät des Uebels (Taf. XVI, Fig. 6 von Bateman's Abbildungen) bei, von welchem ich wenige Fälle gesehen habe, die nur bei ältlichen Frauenzimmern vorkommen. Sie erscheint vorzugsweise längs der Außenseite der Vorderarme in aufeinanderfolgenden, dunkelpurpurfarbenen Flecken von unregelmäßiger Form und verschiedener Größe. Jeder derselben währt von einer Woche bis zu 10—12 Tagen, wo das extravasirte Blut absorbirt ist. Eine beständige Reihe solcher Ecchymosen erschien in einem Falle 10 Jahre hindurch und in anderen während einer

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Dermatologie der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck.

[1]) Sack, Beiträge zur Kenntniß der Hautblutungen. Monatsschr. f. pr. Derm. 1893, S. 49 ff.

[2]) Unna, Histopathologie der Haut, S. 55 ff.

[3]) Wilan-Bateman, übersetzt von Blasius. Leipzig 1835, S. 140.

kürzeren Zeit; in allen aber behielt die Haut des Armes eine braune Farbe. Die Gesundheit schien nicht zu leiden, noch Abführungen, Blutlassen (welches in einem Falle wegen der außerordentlichen Härte des Pulses verursacht wurde), Tonica oder andere Mittel von irgend einem Einfluß auf den Ausschlag zu sein."

Bateman ist sich sonst wohl bewußt gewesen, daß er mit Aufstellung der Purpura senilis der Wilan'schen Purpura mit ihren vier Formen eine nicht ganz entsprechende Varietät anheftete, gleichsam ein fünftes Rad an den Wagen. Denn die Wilan'sche Definition der Purpura, die Bateman kurz vorher in seinem Buche anführt, lautetet: „Eine Eruption kleiner, gesonderter, purpurfarbiger Stippen, verbunden mit Mattigkeit, allgemeiner Schwäche, Gliederschmerzen."

Aber die Eigenart dieser Purpura überwog offenbar das Bedenken, die Definition von Wilan nicht strenge aufrecht halten zu können. Bateman war selbst ein zu guter Beobachter, als daß er diese merkwürdige Form ohne weiteres bei Wilan's Purpura simplex hätte unterbringen mögen, wohin sie bei einer Einreihung unter eine der Wilan'schen vier Arten (P. simplex, haemorrhagica, urticans, contagiosa) allein einigermaßen gepaßt hätte. Von Bateman nahm Rayer, der bedeutendste aller älteren Dermatologen in Frankreich, die Purpura senilis auf. Nachdem er den englischen Autor citirt, fährt er folgendermaßen fort [4]):

„Ich selbst habe mehrmals ähnliche Flecken an den genannten Theilen und an der Rückenfläche der Hände bei alten Leuten beiderlei Geschlechts gesehen. In allen diesen Fällen erhielten sich die Ecchymosen länger, als Bateman angegeben hat, nämlich gewöhnlich einen Monat lang. Diese Flecken waren ähnlich manchen Muttermälern, wie Weinfasern gefärbt; bei Druck mit dem Finger verschwanden sie nicht. Man darf diese Purpura senilis nicht mit der gewöhnlichen Purpura verwechseln, welche ebenfalls bei alten Leuten vorkommen kann."

„Als der Purpura senilis verwandte Zustände kann man das Erscheinen mancher Petechien und Ecchymosen ansehen, welche bei Leuten vorkommen, welche in Folge von chronischer Enteritis, Peritonitis oder anderen schweren Krankheiten kachektisch geworden sind."

Besonders wichtig hierin ist die Warnung Rayer's vor einer Verwechslung mit der Purpura simplex alter Leute und es ist kaum zu verstehen, daß dieselbe nicht die Nachfolger Rayer's abhielt, sofort in den von ihm gerügten Fehler zu verfallen.

Unrichtig und zu Mißverständnissen führend ist allerdings der letzte Passus: Bateman's Purpura senilis hat so wenig etwas mit allgemeiner Cachexie zu thun, wie mit dem höheren Alter als solchem.

Von weiteren Nachfolgern Bateman's ist unter den Dermatologen hauptsächlich noch E. Wilson in England und Fuchs in Deutschland zu nennen. Wilson [5]) citirt Bateman und Rayer und fügt hinzu [5]):

„Ich habe solche Fälle wiederholt bei alten Frauen gesehen, aber habe sie nicht für wichtig genug gehalten, um sie zu behandeln."

Fuchs [6]) schildert die „Blutflecken der Greise" ausführlich nach Bateman und Rayer als dritte Varietät der Purpura simplex und gibt an, einen Fall bei einer 80jährigen Frau gesehen zu haben. Unter den deutschen Klinikern jener Zeit hat nur noch Schönlein die Bateman'sche Entdeckung verwerthet.

Von jetzt ab beginnt eine Gegenströmung in der Literatur, welche mit Cazenave und Schedel in Frankreich, Green in England und Riecke in Deutschland anhebt, indem diese Autoren die Eigenart der Purpura senilis nicht mehr anerkennen wollen. Ihnen folgen dann alle Autoren der Neuzeit so einstimmig, daß es schon als eine ehrenwerthe Ausnahme betrachtet werden muß, wenn Kleinhans in seinem Compendium (1866) die Purpura senilis in der Bateman'schen Schilderung überhaupt noch einmal anführt.

Cazenave und Schedel [7]) behaupten: „L'autre, le purpura senilis, ne présente de particulier, que d'avoir été observé chez des individus avancés en âge."

Ebenso sagt Green [8]): „The fourth species, which the same excellent author reckons under the title of purpura senilis, is one or other of the two varieties particularly described above, occurring in the aged." Und Riecke [9]) meint: „Die Purpura senilis hat nichts Besonderes als das Alter der Subjecte, die davon befallen werden —," bemerkt aber wenigstens in einer Anmerkung, daß Rayer und Schönlein entgegengesetzter Meinung sind.

Ihnen folgt G. Simon (1848, pag. 76):

„Endlich wird als eine besondere Form der Purpura noch die Purpura senilis aufgeführt. Bei alten Personen erscheinen nämlich zuweilen, besonders an den Extremitäten, Blutflecken, die sehr dunkel und meistens mit geringen allgemeinen Störungen verbunden sind. Diese Merkmale genügen indeß wohl eigentlich nicht zur Aufstellung einer besonderen Art von Purpura und Cazenave und Schedel haben daher Recht, wenn sie behaupten, daß die Purpura senilis nichts Anderes sei, als eine gewöhnliche Purpura bei alten Leuten."

Auch Devergie schließt sich den Gegnern an:

„Nous n'avons pas traité d'une manière spéciale du purpura senilis du Willan (?) et Bateman. Nous le considérons comme n'étant autre que le purpura des vieillards et il n'y a aucun motif d'en faire une espèce à part."

Es ist charakteristisch für alle diese Autoren, welche die Purpura senilis im Gegensatz zu den älteren und besseren Klinikern verurtheilen, daß sie ihr Verdict — wie es scheint — ungetrübt durch jede Sachkenntniß und eigene Erfahrung aufstellen. Jene älteren Autoren hielten es für der Mühe werth, zu betonen, daß sie einige oder wenigstens einen dieser durchaus seltenen Fälle selbst gesehen hätten und wirklich wird Niemand, der dieses sonderbare Exanthem einmal gesehen hat, den Anblick je wieder vergessen. Keiner von den jüngeren Kritikern schreibt nun etwa: „Ich habe die von Bateman beschriebene Form gesehen, aber sie schien mir nicht von einer gewöhnlichen Purpura simplex gut unterschieden werden zu können," sondern man spricht nur von ihr wie von einer alltäglich vorkommenden Sache und bekundet seine Sachunkenntniß noch mehr dadurch, daß man ganz falsche, anderen Purpuraarten zukommende Symptome beimischt (Vorkommen an allen Extremitäten, Allgemeinstörungen), die der so klaren Bateman'schen Beschreibung schnurstracks zuwiderlaufen. Wie so oft in der Dermatologie, gerieth auch hier eine gute Beobachtung durch den am grünen Tisch gemachten Federstrich eines Autors, welcher die betreffende Sache gar nicht kannte, in Mißcredit und endlich dadurch in Vergessenheit, daß es für die nachfolgenden Autoren viel leichter war, ein bequemes Verdammungsurtheil zu unterschreiben, als sich die Mühe zu geben, sich das nöthige Material zu eigener Beurtheilung zu verschaffen.

Eine neue Phase der Beurtheilung der Purpura senilis hebt mit Reder an. Reder bearbeitete bekanntlich die Hämorrhagien in dem Hebra'schen Lehrbuch (1860) und kommt bei Besprechung der unter dem Einfluß mechanischer Circulationsstörung entstehenden Extravasate auf die Purpura senilis (pag. 618):

„Willan (?) beschreibt in seinem System der Hautkrankheiten eine Form der Purpura, welche nur bei alten Leuten auftreten soll, hauptsächlich an den unteren (?) Extremitäten vorkommt und durch langes Bestehen der einzelnen Flecke, sowie durch fortgesetzte

[4]) Rayer, Deutsch von Stannius. Berlin 1839, III, pag. 161.
[5]) Wilson, Die Krankheiten der Haut. Deutsch 1850, pag. 429.
[6]) Fuchs, Die krankhaften Veränderungen der Haut. 1840, III, pag. 356.

[7]) Cazenave und Schedel, Abrégé pratique des maladies de la peau. 3. Aufl., 1838, pag. 515.
[8]) Green, A practical compendium of the diseases of the skin. 1838, pag. 215.
[9]) Riecke, Handbuch über die Krankheiten der Haut. 1841, pag. 600.

Recidive sich auszeichnet. Die meisten späteren Autoren sprechen sich über die Purpura senilis WILLAN'S dahin aus, sie sei eine einfache Purpura bei alten Leuten. Allein BATEMAN beschreibt einen Fall, bei welchem das Auftreten der Purpuraflecken an einer Frau viele Jahre hindurch ununterbrochen gedauert hat, und macht besonders darauf aufmerksam, man dürfe die Purpura senilis nicht mit einer zufällig bei alten Leuten auftretenden Purpura simplex zusammenwerfen. Ich glaube daher nicht zu irren, wenn ich diese Formen hier anreihe, obgleich weder bei WILLAN, noch bei BATEMAN von Circulationshindernissen die Rede ist. Diese Extravasate kommen allerdings bei älteren Individuen, wenn auch nicht gerade bei Greisen, häufiger vor".

REDER wirft also die Purpura senilis mit der Purpura der varicösen Unterschenkel zusammen, weil diese bei älteren Leuten häufiger vorkommen. Es bedarf nach den früheren Citaten keines besonderen Hinweises darauf, daß diese Deutung REDER's eine durchaus verfehlte war, wie auch seine Zurückführung dieses Begriffes auf WILAN und die Angabe, daß diese Form hauptsächlich an den unteren Extremitäten vorkommen soll, zwei weitere Irrthümer REDER's sind.

Die Auffassung REDER's über die Purpura senilis wurde leider in der Wiener Schule maßgebend und trat später noch verschärft hervor, indem KAPOSI bei der Redaction des REDER'schen Capitels in der zweiten Auflage des HEBRA'schen Werkes den einzigen Einwurf, den REDER sich objectiverweise selbst macht (in Obigem gesperrt gedruckt), auch noch fortließ. KAPOSI vertritt dann in seinen Vorlesungen ohne weiteres die Lehre vom varicösen Ursprung der Purpura senilis und NEUMANN [10]) spitzt sogar den REDER'schen Irrthum noch zu der folgenden Aeußerung zu:

„Als eine besondere Art von Purpura seien hier noch die ausschließlich an den Unterschenkeln alter Individuen vorkommenden Blutextravasate erwähnt, die als Purpura senilis WILLAN (?) bezeichnet werden."

BEHREND folgt den Wiener Autoren, während HARDY neuerdings wieder den Irrthum CAZENAVE's producirt, die Purpura senilis sei die Purpura simplex des Alters.

Mit dieser zweiten Umdeutung der Purpura senilis scheint sich nun allgemein die Ansicht verbreitet zu haben, eine eigenartige Purpura senilis, wie sie BATEMAN beschrieben, existire gar nicht. Nur so ist es zu erklären, daß die meisten neueren Lehrbücher den unverstandenen Terminus ganz fallen lassen. So diejenigen von TILBURY FOX, DUHRING, PIFFARD, CROCKER und JAMIENSON, v. LESSER, H. HEBRA und SCHWIMMER (ZIEMSSEN), v. BROCQ, TENNESON, BARTHÉLÉMY (DUHRING) und BESNIER-DOYEN (KAPOSI). Am auffallendsten ist mir die Nichtkenntniß der Purpura senilis bei GUIBOUT, da dieser Autor den Affections séniles ein eigenes Capitel [11]) widmet. Welche gute Gelegenheit hatte derselbe, der BATEMAN'schen Krankheit zu ihrem Rechte zu verhelfen. Er spricht auch von einer „Purpura cachectique sénile" (pag. 322), beschreibt dieselbe aber ganz ohne Specialsymptome wie jede andere Purpura; der Hauptsitz soll an den Unterschenkeln sein; sie sollen von einer Verdünnung (?) des Blutes herrühren und sich bis zum Tode wiederholen.

Wenn es aber weder die Cachexie des Alters (GUIBOUT), noch die varicöse Beschaffenheit der Gefäße (REDER) ist, welche die Purpura senilis bedingt und dieselbe wegen ihrer auffallenden Eigenheiten auch nicht blos als eine Purpura simplex aufzufassen ist, die zufällig bei alten Leuten vorkommt (CAZENAVE), was ist dann das eigentliche Wesen derselben und worin unterscheidet sie sich von allen sonst bekannten Arten der Purpura?

Auf diese Frage kann natürlich nur die genaue histologische Untersuchung eine Antwort geben, und da es mir nicht möglich war, Material dafür vom Lebenden zu erlangen, so sammelte ich Leichenmaterial, welches denn auch bald nicht blos den erwünschten Aufschluß gab, sondern so viele interessante Details aufdeckte, daß ich das histologische Studium gerade dieser seltenen Affectionen allen Pathologen und Dermatologen warm empfehlen kann.

In meinem ersten Falle hatte das vom Vorderarm excidirte Hautstück schon makroskopisch das Aussehen einer im hohen Grade senilen Gesichtshaut; es war auffallend dünn, glatt, glänzend, faltig, haarlos. Auf dem Durchschnitt sah es bräunlich aus wie auf der Oberfläche. Mikroskopisch zeigte sich das Fettgewebe fast geschwunden, die Cutis stark verdünnt, der Papillarkörper nahezu verstrichen, die stark pigmentirte Stachelschicht in hohem Grade atrophisch. Fast sämmtliche Kerne des Epithels, der Cutis, ja der Gefäße zeigten den Charakter „saurer", d. h. steriler Kerne. Haarbälge fehlten gänzlich, die Knäueldrüsen waren abgeplattet und in der Fläche verbreitert, übrigens nicht wesentlich verändert. Eine Färbung des elastischen Gewebes mit saurem Orcein zeigte ein bedeutendes Vorwiegen des Elastins auf Kosten des hochgradig verminderten Collagens. Weitere Färbungen mit den dafür von mir angegebenen Methoden [12]) ergaben aber, daß im unteren und mittleren Drittel der Cutis das Elastin stark degenerirt und in eine basophile Substanz verwandelt war (Elacin), während im oberen Theil der Cutis, der anscheinend fast nur aus einem Filz von elastischem Gewebe bestand, jene Umprägung des collagenen Gewebes vorlag, welche durch Einwirkung von wahrscheinlich vorher gelöstem Elastin auf degenerirtes Collagen zu Stande kommt (Collastin und Collacin). Es sind genau dieselben Bilder, wie ich sie von der sogenannten senilen, d. h. verwitterten Gesichtshaut beschrieben habe. Durch diese ungemein starke regressive Veränderung der Cutisbestandtheile, welche stellenweise mit der völligen Aufhebung des normalen Flechtwerks der Cutisfasern einhergeht, ist die Haut in hohem Grade brüchig geworden. Alle Schnitte haben die Neigung, sich in horizontale Streifen zu spalten und zu zerfallen.

Gehen wir nach dieser kurzen Charakteristik der gesammten Cutisdegeneration auf die Hauptfragen über: Wo befindet sich die Blutung, und wie ist dieselbe zu Stande gekommen? Die erste Frage ist leicht zu beantworten, die ergossene Blutmenge befindet sich ausnahmslos an allen Schnitten dieser Haut lediglich innerhalb der mittleren und oberen, am stärksten degenerirten Cutispartien. Wo dieselbe gering ist, zeigt sich gewöhnlich eine streifenförmige Ecchymose zwischen dem dichten Collastinfilz der oberen Cutispartie und den horizontal gestreckten Elacinfasern der unteren. Diese Streifen begleiten einzelne Hautvenen, die in der verdünnten Haut natürlich einen sehr schrägen, zum Theile horizontalen Verlauf angenommen haben, eine Strecke weit. An einzelnen Stellen ist es dagegen zu größeren Ecchymosen gekommen, welche sich von der mittleren Cutis gegen die obere zu erstrecken und die Oberhaut etwas buckelig auftreiben. Hier ist es mir an mehreren Schnitten gelungen, mitten in der kleinen Blutlache und neben unversehrten arteriellen Capillaren eine geborstene und stark erweiterte Vene nachzuweisen, so daß an diesen Stellen stärkerer Ecchymosirung jedenfalls eine Rhexis vorliegt. Daß aber an anderen Stellen dieser mit Purpura senilis behafteten Haut das ergossene Blut einer langsamen Diapedese sein Dasein verdankt, kann um so weniger abgewiesen werden, als die meisten venösen Capillaren der degenerirten Hautpartie, auch an Stellen, wo gar keine Blutung vorliegt, über die Norm erweitert und von Blut angeschoppt sind.

Es handelt sich also in diesem Falle um eine frische Blutung per rhexin (und vielleicht auch per diapedesin) in einer hochgradig senil degenerirten Haut, und zwar gerade

[10]) NEUMANN, Lehrbuch. 1880, pag. 342.

[11]) GUIBOUT, Nouvelles leçons clin. sur les mal. de la peau. 1879.

[12]) S. Capitel „Senile Degeneration" in meiner Histologie der Haut (Hirschwald) und die Arbeiten: „Elastin und Elacin" und „Basophiles Collagen, Collastin und Collacin" in „Monatsschr. f. prakt. Dermat." 1894, Bd. XIX.

an Stelle der intensivsten Degeneration. Aeltere Blutungen mögen an derselben Stelle schon stattgefunden haben; dafür spricht die intensive Pigmentirung der Oberhaut. Aber echtes Blutpigment (Hämosiderin) in der Cutis an Stelle der jetzigen Blutung findet sich noch nicht.

Es war nach diesem ersten Falle allerdings sehr verlockend, die Blutung der Purpura senilis nur als nothwendiges Endproduct der senilen Degeneration der Cutiselemente aufzufassen, sei es, daß die der schützenden collagenen und elastischen Umhüllung baren Hautvenen dem einfachen Blutdruck nicht mehr widerstanden, oder daß die Wandelemente der Venen selbst, in den degenerativen Proceß einbezogen, nachgaben, oder endlich nur insofern, daß die von der Cutis nicht mehr geschützten Gefäße einem sonst unschädlichen, leichten, äußeren Trauma (z. B. Kratzen) zum Opfer fielen. Der zweiten Annahme einer specifisch senilen Wanddegeneration kann ich nach meiner daraufhin gerichteten Untersuchung nicht das Wort reden; es käme dafür höchstens der Umstand in Betracht, daß fast alle Endothelkerne die angedeutete Umwandlung zu „sauren Kernen" erlitten hatten. Aber die Untersuchung weiterer Fälle von Purpura senilis machte es mir überhaupt sehr fraglich, ob die hier gefundene Rhexis zum Bilde der Krankheit nothwendig gehöre.

Gleich der zweite, mir vorliegende Fall zeigte die Blutung unter wesentlich verschiedenen Umständen. Es handelte sich hier um eine weit weniger atrophische, in weit geringerem Grade verwitterte Haut als im ersten Fall. Der zu untersuchende Fleck war rothbraun und senkte sich auf dem Durchschnitt tief durch die Cutis bis zum wohlerhaltenen subcutanen Gewebe. Die Atrophie betraf hier hauptsächlich nur die Stachelschicht und die Haarbälge, die noch erhalten, aber stark verkürzt waren. Auch hier fiel die weitgehende Umwandlung der Kerne in „saure Kerne" auf. Das Epithelpigment war nicht vermehrt, Blutpigment der Cutis nicht vorhanden. Collagen und Elastin der Cutis waren aber weit weniger degenerirt und nicht im mindesten brüchig und der Auflösung nahe. Es fanden sich nur zerstreut einzelne in Elacin umgewandelte Elastinfasern und einzelne Cutisbalken, deren Collagen in abnormer Weise basophil reagirte. In diesem Hautstück hatte auch die Blutung eine ganz andere Vertheilung. Sie umgab nämlich den gesammten venösen Baum der Haut scheidenartig. Einerseits diese eigenthümliche Topographie, sodann der Umstand, daß keine größeren Ecchymosen vorhanden waren, und endlich die Thatsache, daß die Venenwand sich nirgends zerrissen zeigte, bewies mit großer Sicherheit, daß hier ein Fall von Diapedese der rothen Blutkörperchen vorlag. Makroskopisch hatte ich auf dem Durchschnitt der Haut den Eindruck einer ausgedehnten Blutung erhalten und war erstaunt, mikroskopisch die extravasirten Blutkörperchen überall nur in dichter Anlagerung an die Gefäße zu finden. Offenbar hatte frei gewordenes Hämoglobin die gesammte Haut mit gelblicher Farbe durchdrungen und eine größere Blutung vorgetäuscht. Nirgends in der Haut habe ich bisher ein so frappantes, ich möchte sagen classisches Beispiel einer Hautblutung per diapedesin vor mir gehabt. Sie finden ein solches Präparat als zweites eingestellt; die durch Eosin gelbroth gefärbten Blutkörperchen, intra- und extravenös, heben sich scharf von den wasserblau gefärbten Cutisfasern ab. Die Venen sind ebenso wie die dicht daneben verlaufenden arteriellen Capillaren, aber noch erheblich mehr erweitert, und nur aus ihnen findet offenbar der Austritt rother Blutkörperchen statt. Interessant ist es, bei einer guten Elastinfärbung des Präparates zu sehen, daß im Bereich des Blutkörperchenmantels die Umgebung der Gefäße sehr wenig Elastin enthält. Es scheint das elastische Gewebe unter dem Einfluss der Blutkörperchen seine Tingibilität zu verlieren, an Dicke abzunehmen und selbst ganz zu verschwinden.

Dieser zweite Fall von Purpura senilis wäre mithin als eine frische Blutung per diapedesin zu bezeichnen, die aus einem angeschoppten Gefäßbaum innerhalb einer noch sehr wenig verwitterten Haut stattgefunden hat.

Der dritte Fall war wieder dem ersten mehr ähnlich. Auch hier traten schon makroskopisch die Zeichen einer hochgradigen Verwitterung deutlich hervor, und die mikroskopische Untersuchung ergab wieder eine beträchtliche, wenn auch nicht ganz so weit wie im ersten Fall gediehene Umwandlung einer mittleren Cutispartie in einen losen Filz von Elacinfasern und Collastinballen untermischt mit Collacinklumpen. Auch hier hielt sich die frische Blutung lediglich an die degenerirte mittlere Partie der Cutis. In dem unteren Drittel zeigten die Schnitte eine große Vene, welche reich an wohlerhaltenem Elastin war. Viele, theils zusammengefallene, theils von Blut strotzende venöse Capillaren durchzogen die degenerirte Hautpartie, nirgends konnte ich eine geborstene Vene im Centrum der Blutung finden. Trotz der mangelnden Hautfestigkeit scheint es sich daher in diesem Falle auch um eine diapedetische Blutung gehandelt zu haben. Außer dem Mangel einer Rißstelle spricht hiefür die relativ geringe Menge des ergossenen Blutes und der enge Anschluß der Blutkörperchen an den venösen Baum in der Mitte der Cutis. Nur müsste man allerdings und auch wohl berechtigter Weise annehmen, daß die mangelnde Festigkeit der Hauttextur in der Mitte der Cutis hier eine streifenartig stärkere Verbreitung der Blutung begünstigt habe. Da die Schnitte an dieser Stelle nur mit großer Vorsicht zusammenzuhalten sind, so wird auch eine geringe diapedetische Blutung hier schon ein Klaffen des Hautgewebes herbeiführen können.

In meinem vierten Falle handelte es sich um eine abgelaufene Blutung in einer Haut mit nur geringen Senilitätsänderungen. Eine eigentliche Degenerationszone existirt nicht, aber die meisten gestreckt verlaufenden, elastischen Fasern haben die Reaction des Elacins angenommen und ebenso viele Cutisfasern die des basophilen Collagens. In der Höhe des subpapillaren Gefäßnetzes ist in fortlaufender horizontaler Schicht reichliches Blutpigment eingesprengt, das Residuum einer vor längerer Zeit stattgehabten Hautblutung. Die nur wenig atrophische Oberhaut weist kein Pigment auf. Um die Pigmentschollen der Cutis ist das Elastin, resp. Elacin nur spärlich vorhanden, was wohl mit einer früheren Auflösung des Elastins im Bereich der Blutung zusammenhängt. Im subcutanen Gewebe befindet sich in allen Schnitten eine große Vene, deren Wandung fast frei von elastischem Gewebe ist. Dafür befinden sich in der weiteren Umgebung der Vene große Convolute, die aus Elastin und Collastin bestehen und bei der Färbung mit saurem Orcein prachtvoll hervortreten. Da zwischen denselben auch viele Pigmentschollen in den elastinfreien Zwischenräumen verstreut sind, so ist diese Verschiebung und Zusammenschiebung des Elastins von den Wandungen der großen Vene hinaus in die umgebende Cutis und Subcutis wohl ebenfalls auf Rechnung einer früheren subcutanen Blutung zu setzen.

Fassen wir die hier kurz geschilderten histologischen Veränderungen in das Auge, so können wir wohl behaupten, daß in Bezug auf die klinisch wichtigsten Punkte die Anatomie eine erfreuliche Bestätigung geliefert hat. Sie zeigt, was alle Autoren (Bateman, Rayer, Wilson, Fuchs, ich) nach dem klinischen Anblick voraussetzen zu müssen glaubten, sowohl das Vorhandensein frischer Hautblutungen wie alter Pigmentresiduen, und läßt keinen Zweifel darüber mehr aufkommen, daß die tiefdunkle Farbe der Flecke durch das gleichzeitige Vorhandensein von Ecchymosen und Pigment im Epithel und der Cutis zu Stande kommt, welches durch die periodisch sich an derselben Region immer wiederholenden Blutaustritte genügend erklärt wird und diese Art der Purpura von allen anderen Formen unterscheidet.

Die Anatomie liefert ferner die unzweideutigsten Beweise für die klinisch auffallenden Symptome der Atrophie und Degeneration der Haut. Was zunächst die Atrophie betrifft, so spricht sie sich in den extremen Fällen (I und III) durch die allgemeine Verdünnung aller Hautschichten, besonders auch der Stachelschicht, den Schwund der Haarbälge, die Kleinheit der Zellen, und ganz besonders durch die weite

Verbreitung „saurer Kerne“ aus, die hier so reichlich vorkommen wie kaum bei einer anderen Affection. Diese stempeln auch die schwächeren Grade der Veränderung (Fall II und IV) durch ihre auffallende Häufigkeit schon allein, ohne ausgesprochene Epithel- und Follikelatrophie zu Atrophien der Haut.

Die aus der äußeren Aehnlichkeit der Haut der Vorderarme mit der senilen Gesichtshaut klinisch erschlossene Degeneration der ersteren hat sich auch wenigstens in zwei Fällen in noch weit höherem Grade histologisch vorgefunden, als man voraussetzen konnte. Es liegt nicht bloß dieselbe Form der Degeneration vor mit Entstehung derselben eigenthümlichen Endproducte (Elacin, Collastin, Collacin) wie bei jener Affection der Gesichtshaut, sondern in zwei Fällen führte dieselbe vermöge der gleichzeitigen extremen Atrophie zu einem mir selbst von der Gesichtshaut der Greise bisher nicht vorgekommenen Grad der Entartung.

Ich habe in meiner Histopathologie nachgewiesen, daß es sich dabei nicht um eine eigentliche Altersveränderung handelt, obgleich die pathologische Veränderung bei alten Leuten naturgemäß bis zu einem höheren Grade ausgebildet vorkommt, sondern besser als Verwitterung der Haut zu bezeichnen ist, da sie nur an den dem Licht und der Luft ausgesetzten feineren Hautpartien (Wangen, Stirne, Hals, Handrücken, Vorderarme) und nur bei solchen Leuten auftritt, welche sich der Witterung lange Zeit ohne Schonung preisgeben. Diese Verwitterung führt in ihrem höchsten Grade zu den als „colloide Entartung“ bekannten gelben Geschwülsten der Gesichtshaut.

In der That war meinen Patientinnen außer dem hohen Alter noch eigen, daß sie auf dem Lande wohnten und den unbemittelten Ständen angehörten und ihre mit Flecken besetzten Unterarme bloß trugen. Die bei Frauen so häufige Entblößung der Arme ist daher wahrscheinlich die Ursache, weshalb die Affection bisher größtentheils bei Frauen gefunden wurde, und das hauptsächliche Vorkommen bei armen Individuen der Landbevölkerung mag mit dazu beigetragen haben, daß diese interessante Affection bisher von Dermatologen so stiefmütterlich behandelt wurde.

Wenn so weit histologischer Befund und Klinik sich decken und ersterer zum besseren Verständniß der letzteren seinen Theil beigetragen hat, so sind die weiteren und schwierigeren Fragen, welche die Klinik an die Histologie zu richten hat, durch meine paar Fälle noch nichts weniger als entschieden, sondern eben erst in ein rechtes Licht gerückt. Dahin gehört erstlich die Frage: Entsteht diese Purpura durch Rhexis oder Diapedese? Und sodann die Hauptfrage: Ist die Purpura eine letzte und nothwendige Consequenz der Hautdegeneration? oder gehen beide Processe nebeneinander her, ohne ein Verhältniß von Ursache und Wirkung zu haben? oder führt vielleicht sogar die Blutung als das Primäre die Degeneration der Haut herbei?

Was die Mechanik dieser Blutung betrifft, so lehren meine Fälle wenigstens, daß man sich vor einer allzu einheitlichen, schematischen Aufstellung zu hüten hat. Sichergestellt ist in einem Falle die Rhexis an Stelle einer größeren Ecchymose, sichergestellt aber auch in einem anderen Falle die Diapedesis, und zwar in der classischen Form, wie wir sie vom Thierexperiment kennen. Wichtig ist dabei, dass in letzterem Falle eine noch wenig degenerirte Haut vorlag, daß es sich mithin um den Anfang der Affection handelte. Da ich nun in den anderen Fällen vergeblich nach beweisenden Bildern für Rhexis suchte, so scheint es mir richtiger, die Purpura senilis vorderhand als eine diapedetische aufzufassen, ohne dabei auszuschließen, daß unter günstigen Umständen, z. B. in schon stark degenerirter, mürber Haut und beim Hinzutritt eines leichten Traumas (Kratzen) auch einmal eine Rhexis mit stärkerer Ecchymosenbildung an Stelle der maximalen Degeneration vorkommen kann. Ist doch die venöse Anschoppung, wie sie hier in allen Präparaten vorliegt, überhaupt das verbindende Glied zwischen Rhexis und Diapedesis, da es eine Vorbedingung für beide so verschiedene und scheinbar sich ausschließende Processe darstellt.[13])

Hiemit habe ich auch schon angedeutet, wie ich mich zu den eben genannten Hauptfragen auf Grund meiner bisherigen Präparate stellen muß. Nach diesen ist es schon nicht mehr möglich, die Blutung als einfache Folge der Degeneration hinzustellen, denn sie ist eben nicht überall eine rhektische und kommt nicht stets mitten im Degenerationsherd vor. Die Präparate, welche die über den ganzen Venenbaum der Haut verbreitete Diapedese zeigen, weisen eine noch sehr geringe Degeneration der Cutisbestandtheile auf, welche unmöglich als Ursache der Blutung angesehen werden kann. Zudem griff die (collagene und elastische) Degeneration der Cutis nicht, wie vielleicht erwartet, auf die Gefäßwände über; die einzige geplatzte venöse Capillare erschien im Uebrigen ganz normal. Offenbar werden gerade die Capillaren durch das circulirende Blut am längsten vor dieser Degeneration bewahrt. So müssen wir uns denn der anderen Auffassung zuneigen, daß beide Symptome, Blutung und Degeneration, Coëffecte derselben Ursache (Verwitterung, sogenannte „Senilität“ der Haut) sind, oder sogar annehmen, dass die wiederholten Blutungen die Degeneration befördern helfen.

In letzter Beziehung habe ich vor Kurzem bereits darauf aufmerksam gemacht, daß das ergossene Blut auf das umliegende collagene Gewebe[14]) einen schädlichen Einfluß ausübt. Bei dieser Affection trat der schädigende Einfluß der Hämorrhagie auf das elastische Gewebe deutlich hervor. Und doch wäre es zu weit gegangen, wenn man die ganze hochgradige senile Veränderung der Region aus den periodisch sich folgenden Blutungen ableiten wollte; denn ganz dieselbe Veränderung erleben wir ja viel häufiger an der Gesichtshaut, ohne daß Blutungen vorhergegangen oder nur dabei im Spiele sind.

Wir können also gerne zugeben, daß die wiederholten Blutungen in derselben Richtung schädigend auf die Cutis einwirken wie Wind und Wetter, aber müssen doch im Großen und Ganzen daran festhalten, daß beide Erscheinungen sich nicht auseinander ableiten lassen, sondern coordinirt sind. Möglicherweise sind ganz unerhebliche Differenzen zwischen der Gesichtshaut und der Haut der Vorderarme, so z. B. der höhere Blutdruck dieser, die letzte Ursache, weshalb wir bis jetzt nur eine Purpura senilis gerade der Vorderarme kennen.

Soviel aber hoffe ich mit meinen Darlegungen jedenfalls erreicht zu haben, daß die Purpura senilis BATEMAN von jetzt an wieder in die ihr gebührende Stelle innerhalb des dermatologischen Systems einrückt und daß andererseits auch die Pathologen sich dieses in allgemein pathologischer Beziehung so dankbaren Themas bemächtigen. Wenn ich dasselbe trotz seiner specialistischen Färbung einem größeren Kreise von Collegen in dieser Zeitschrift unterbreite, geschieht es eben hauptsächlich, damit der praktische Arzt, welcher die Affection viel leichter zu sehen bekommt als der Specialarzt, das betreffende Material in Zukunft der wissenschaftlichen Verwerthung zugänglich machen möge.

---

[13]) S. meine Histopathologie, pag. 65.

[14]) Dasselbe wird in basophiles Collagen verwandelt, s. UNNA, Zur Färbung der rothen Blutkörperchen und des Pigments. Monatshefte f. prakt. Dermat. 1895, Bd. XXI.

Ueber die manuelle Behandlung der Herzkrankheiten.

Von **Dr. Arnold Lorand** in Karlsbad.

Die manuelle Behandlung der Herzkrankheiten wird in Schweden schon seit vielen Jahren mit bestem Erfolge angewendet. Die Application dieser Methode ist durch folgende Betrachtung gerechtfertigt: Das Herz hat die Aufgabe, das Blut, das es von den Venen erhält, wieder in die Arterien zu pressen. Wenn nun das Herz an seinen Klappen oder die Muskelsubstanz des Herzens erkrankt ist, so kann es nicht wohl den Widerstand überwinden, welchen ihm die Arterien bieten, noch kann es wohl mit Blut gefüllt werden. Der Effect der manuellen Behandlung ist nun die Verbesserung der Circulation an der Peripherie des Körpers; weiterhin übt sie auch einen wohlthuenden Einfluß auf die Contractionen des Herzens aus, all dies jedoch, ohne die geringste Anstrengung von Seiten des Herzens zu erfordern.

Die Handgriffe dieser Behandlung kann man in drei Gruppen eintheilen: 1. Handgriffe, um die Circulation an der Peripherie des Körpers zu verbessern, 2. Handgriffe zur Verbesserung der Respiration, 3. Handgriffe, welche direct an das Herz applicirt werden, um die Contractionen desselben zu verbessern.

Von den Handgriffen zur Verbesserung der Circulation an der Peripherie will ich hier erwähnen: Das Kneten der Muskeln, Rotationen, welche mit den Extremitäten des Patienten vorgenommen werden, Beugung und Streckung derselben, während der Patient oder abwechselnd der Arzt dagegen einen gewissen Widerstand aufbietet (Widerstandsbewegungen). Neben diesen empfehle ich als einen mächtigen Factor die Abreibung der Haut an der ganzen Oberfläche des Körpers.

Um die Wirkung dieses Mittels zu verstehen, möchte ich gerne einige Betrachtungen über die Wirkung eines analog, aber weit energischer wirkenden Irritans der Haut machen, des Senfpflasters. Nachdem das Senfpflaster durch einige Zeit auf die Haut applicirt war, sehen wir eine scharlachrothe Farbe und wir fühlen eine Erhöhung der Temperatur. Dies beweist, daß durch die Irritation der Vasodilatatoren der Haut die Capillaren erweitert wurden; das Blut kann dieselben schneller passiren, das schnell circulirende Blut kann in Folge seiner rascheren Bewegung nicht wohl vom Oxygen befreit werden, in Folge dessen haben wir nun die scharlachrothe Farbe, und es ist begreiflich, daß diese mit oxygenösem Blute reichlich versehene Stelle sich auch heißer fühlen wird. Wir können auch sehen, daß die Irritation der Haut, wie z. B. durch den Biß eines Flohes, einen ähnlichen Effect, wenn auch in geringerem Grade hat. Demnach können wir verstehen, wie eine Abreibung der Haut des ganzen Körpers eine wohlthätige Hyperämie an der Peripherie hervorrufen kann. Die Summirung eines so milden Hautreizes, welcher an der ganzen Peripherie des Körpers angewendet wird, wird wohl im Stande sein, als „Rubefaciens" zu wirken. Der Effect wird sein, daß der Abfluß des Blutes von den Arterien in die Venen beschleunigt und durch die Erweiterung der Capillargefäße der Widerstand, den das Herz zu überwinden hat, vermindert wird.

Hier will ich noch erwähnen, daß die kohlensäurehältigen Bäder von Nauheim, welche auch wie eine Art von „Rubefaciens" [1]) wirken, einen ähnlichen Effect haben wie die manuelle Irritation der Haut, welche ich vorschlage.

Das Kneten der Muskeln hat als Resultat eine vermehrte Circulation durch dieselben. In der letzten Zeit haben sich Lauder Brunton und Tunnicliffe experimentell mit dieser Frage beschäftigt. [2]) Das Resultat ihrer Untersuchungen war, daß während des Knetens des Muskels das ausfließende venöse Blut quantitativ wechselnd war, indem die Menge des ausfließenden venösen Blutes manchmal vermehrt, manchmal vermindert war. Unmittelbar nach dem Kneten kann die Menge des ausfließenden Blutes vermindert sein (wie der Autor bemerkt, sammelt sich das Blut im Muskel an), aber dieser Verminderung folgte eine große Vermehrung des Ausflusses, so daß das Endresultat eine enorme Erhöhung der Circulation durch den Muskel war.

Auch die Rotationen, sowie Beugungen und Streckungen der Extremität tragen zu einer Vermehrung der Circulation durch die Muskeln bei. Ein jedes arbeitende Organ und so auch der Muskel wird reichlicher mit Blut versehen. Es ist gezeigt worden, daß, während starke Contractionen der Muskeln in Folge Compression der Muskelgefäße durch die contrahirten Muskelfasern den Blutdruck erhöhen können, anderseits mäßige Contractionen, wie dies bei den in Frage stehenden Bewegungen der Fall ist, eine bessere Circulation erzielen können, nachdem durch die Erregung der motorischen Nerven die Muskelgefäße erweitert werden.

Ich empfehle jedoch die Anwendung der Handgriffe, bei welchen von Seiten der Patienten bei Beugung und Streckung ein Widerstand geleistet wird, in Fällen von schweren uncompensirten Herzfehlern oder in Fällen einer weit vorgeschrittenen fettigen Degeneration des Herzmuskels nicht, weil, während bei allen anderen Bewegungen der manuellen Behandlung dieselben mit dem Patienten ohne sein actives Mitwirken vorgenommen werden, bei den Widerstandsbewegungen der Patient mitarbeiten und er dieselben durch seinen Willen beeinflussen muß. Demgemäß ist hier auch die Anstrengung der Muskeln eine größere und es werden auch stärkere Impulse an die nervösen Centren gehen, welche das Herz nachtheilig beeinflussen können.

Starke Muskelarbeit verursacht Dyspnoe, wie dies von Stricker [3]) gezeigt worden ist. Wenn die Muskeln in starke Action gesetzt werden, so gehen auch irritirende Impulse an die Centren der vasomotorischen Nerven für die Baucheingeweide. Durch die Reizung der Splanchnici contrahiren sich die Gefäße der Baucheingeweide, worauf eine starke Steigerung des Blutdruckes und in weiterer Folge Dyspnoe auftritt. Wie Stricker bemerkt, kann eine Muskelanstrengung umso eher Dyspnoe verursachen, wenn das Blut arm an Oxygen ist.

Wenn ich nun mit den Extremitäten des Patienten einigemale rotirende Bewegungen mache, wobei er selbst passiv bleibt, so wird ihn dies nicht so anstrengen, als wenn ich seine Extremitäten beuge und strecke, wobei er einen gewissen Widerstand aufbieten muß.

Aus dem Gesagten ist zu ersehen, daß die erwähnten Handgriffe vollkommen im Stande sind, eine active Hyperämie an der Peripherie des Körpers hervorzurufen, wodurch die Congestion der inneren Organe vermindert und die Stagnation der Circulation verhindert wird. Der Druck in den Arterien muß fallen; die Arbeit des Herzens wird erleichtert, wie auch dasselbe besser mit Blut versehen wird.

Im Anschlusse an diese Bewegungen wird auch die Massage des Kopfes und des Bauches zur Verbesserung der Circulation angewendet. [4])

Gehübungen sind auch sehr wirksam für die Verbesserung der Circulation (Oertel). Mäßige Bewegung, besonders auf ebenem Boden, kann gleichfalls gute Resultate haben.

Die Handgriffe, welche die Respirationsthätigkeit verbessern, üben auch einen wohlthätigen Einfluß auf die Circulation aus. Als einer der wichtigsten dieser Handgriffe ist ein Vorgang zu erwähnen, bei welchem der Arzt seine Arme unter die Schultern des Patienten gibt und, indem er dessen Arme aufhebt, dieselben nach rückwärts bewegt und

[1]) Bezzlie Thorne, „Lancet", 7. Mai 1894.
[2]) „Journal of Physiology", Nr. 5, 1894.

[3]) S. Stricker, Vorlesungen über allgemeine und experimentelle Pathologie, pag. 795.
[4]) Dr. Wide, „Handbock i Sjukgymnastik".

rotirt, während der Patient tief Athem holt. Dabei sitzt der Patient auf einem runden Stuhl.

Die Regelung der Respirationsthätigkeit spielt eine große Rolle in der Therapie der Herzkrankheiten. Gleichwie in entzündlichen Krankheiten der Lungen der Zustand des Herzens, so ist bei Erkrankungen des Herzens der Zustand der Lungen von größter Wichtigkeit. Bei den Erkrankungen des Herzens sollte die Hauptsorge der Behandlung darauf gerichtet sein, jedwede Störung der Lungenthätigkeit ängstlich zu vermeiden. Ebenso sollte auch in entzündlichen Krankheiten der Lungen die Verbesserung der Arbeit des Herzens unsere Hauptsorge bilden. Eine kurze Reflexion über die Verhältnisse der Lunge zum „Noeud vital" in der Medulla oblongata zeigt uns dies deutlich. Bei einer Entzündung der Lunge werden die größten Anstrengungen an das Herz gestellt, um die Circulation durch dieselbe zu unterhalten, und ein geschwächtes Herz wird der Aufgabe nicht gewachsen sein; die gleiche Schwierigkeit besteht für das Herz, um die Circulation durch eine in Folge des Herzfehlers congestionirte Lunge zu unterhalten, besonders wenn, wie dies oft bei solchen Lungen geschieht, Bronchitis oder aber, was eine directe Katastrophe bedeuten würde, Pneumonie entstünde. Durch Stagnation der Circulation in einer congestionirten Lunge wird das Blut nicht genügend mit Oxygen versehen und, wenn die Störung der Circulation noch länger andauert, werden chemische Zersetzungsproducte entstehen, welche das Athmungscentrum in der Medulla oblongata in ungehöriger Weise erregen und durch die starke Irritation der nervösen Centren einen ungünstigen Einfluß auf das Herz und den Blutdruck ausüben.

In Folge der Dyspnoe werden Impulse zu den Respirationsmuskeln gesandt, und es kommen in starke Action nicht nur die ordentlichen Inspirationsmuskeln, sondern auch die Hilfsmuskeln, wie auch die Exspirationsmuskeln.

Eine genügend tiefe Inspiration hat einen guten Einfluß auf den Rückfluß des venösen Blutes. Durch eine solche Inspiration wird der Brustkorb erweitert, der atmosphärische Druck darin, wie auch der Druck in den Vorhöfen wird fallen, so daß das Blut von der Vena cava superior und inferior förmlich eingesaugt wird. Während der Inspiration steigt das Diaphragma nach unten und dehnt sich aus, so daß die Zwerchfellöffnung für die Vena cava inferior erweitert und diese von dem auf ihr lastenden Drucke befreit wird. Auf diese Weise wird durch die Inspiration der Rückfluß des venösen Blutes und die Füllung des rechten Herzens erleichtert.

Die Exspiration jedoch vermehrt den Druck im Thorax und dies unterstützt die Austreibung des arteriellen Blutes. Wenn jedoch die Exspiration gehindert wird, ist auch der Rückfluß des venösen Blutes ein schwieriger, wie dies bei heftigem Husten der Fall ist. Bei einem solchen wird, wie bekannt, die Glottisspalte geschlossen und es müssen starke exspiratorische Bewegungen gemacht werden, um dieselbe zu öffnen. Da eine congestionirte Lunge sehr zu Bronchitis inclinirt, so kann durch das häufige und heftige Husten die venöse Circulation sehr ungünstig beeinflußt werden, und solche Fälle können die Indication zu einer reichlichen Anwendung von Opiaten geben.

Der Rückfluß des venösen Blutes kann auch gehindert werden in Folge der Schwerkraft bei aufrecht stehenden Personen. Personen mit einer mangelhaften Circulation können, wenn sie einige Zeit aufrecht stehen, leicht in Ohnmacht fallen, da besonders bei der aufrechten Haltung das rechte Herz weniger mit Blut versehen wird. In Folge dessen wird auch dem linken Ventrikel weniger Blut zugebracht, und es kommen kleinere Quantitäten von Blut an die Medulla oblongata. In solchen Fällen habe ich mit bestem Erfolge Massage angewendet. Indem die Patienten horizontal gelagert wird das Abdomen geknetet, wie auch die Extremitäten gerieben und von der Peripherie centralwärts gestrichen werden. Auf solche Weise wird dem Herzen eine größere Quantität venösen Blutes zugeführt und die Circulation verbessert.

Auf die Anwendung dieser Methode für die Behandlung von Ohnmachtsanfällen verfiel ich auf Grund von Thierexperimenten von LUDWIG und STRICKER. [5]) Bei diesen wird älteren Thieren das Hals- und Brustmark exstirpirt, worauf das Herz zu schlagen aufhört. Wenn nun das Abdomen energisch massirt wird, so fängt das Herz wieder zu schlagen an. Auch in Fällen von Shock, wie z. B. nach großen Operationen, kann diese Methode gute Erfolge haben.

(Schluß folgt.)

Revue.

Die neuesten Mittheilungen auf dem Gebiete der Heilserumtherapie bei Diphtherie.

Literatur: 1. BEHRING (Marburg): Leistungen und Ziele der Serumtherapie („D. med. Woch.", 1895, Nr. 38). — 2. A. BAGINSKY (Berlin): Zur Serumtherapie der Diphtherie im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause in Berlin („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 37). — 3. JAKUBOWSKI (Krakau): Die Erfolge der Diphtheriebehandlung mit Serum (nach einem im Krakauer Aerzte-Verein am 3. April d. J. gehaltenen Vortrage). — 4. H. TIMMER (Amsterdam): Die Serumtherapie bei Diphtherie im Kinderkrankenhause zu Amsterdam („D. med. Woch.", 1895, Nr. 37). — 5. KURT MÜLLER (Halle): Die Serumbehandlung der Diphtherie bei den Erkrankungsfällen der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 37). — 6. W. WILLE und 7. J. ALBRECHT: Erfolge der Diphtherie-Heilserumbehandlung im Canton Thurgau. I. Aus dem Cantonsspital Münsterlingen. II. Erfahrungen der praktischen Aerzte („Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte", 1895, Nr. 18).

Nach längerer Pause haben die letzten Wochen wieder reichliches Material auf dem Gebiete der specifischen Therapie der Diphtherie gebracht. Die bedeutungsvollste unter den Mittheilungen ist wohl die des Schöpfers der Heilserumtherapie selbst, deren schon kurz in diesen Blättern gedacht worden ist.[1]) BEHRING (1) stellte in seinem auf der diesjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage die Behauptung auf, daß der Nutzen des neuen Diphtheriemittels nicht blos durch autoritative Urtheile, sondern auch durch die Statistik erwiesen werde. Um dies zu beweisen, führt B. eine Reihe von großen Statistiken an. Zunächst die allgemeine Statistik des kais. Gesundheitsamtes in Berlin. Aus derselben ergibt sich zunächst, daß die absolute Zahl der Krankenhausfälle sich gegenüber den Vorjahren vermehrt hat. Es sind nämlich in den Berliner Krankenhäusern an Diphtherie behandelt worden im Jahre 1891 1727, 1892 2120, 1893 2403, 1894 2900 Fälle. Wenn man aber findet, daß der Jahreszugang an Diphtheriekranken in den Heilanstalten des Deutschen Reiches von circa 3000 im Jahre 1877 auf durchschnittlich 14.000 in den Jahren 1886—1888 gestiegen ist, so wird man wohl hiefür als Hauptursachen die erweiterten und vermehrten Krankenhäuser, sowie die Vermehrung der Bevölkerungsziffer heranzuziehen haben. Wenn man weiters das Verhältniß berechnet, in welchem die Gesammterkrankungen an Diphtherie zu den Krankenhausziffern stehen, so ergibt sich für Berlin, daß vom Jahre 1892 bis zur Gegenwart die Zahl der Krankenhausfälle nicht blos nicht zugenommen, sondern sogar abgenommen hat. Wenn man bedenkt, daß jetzt nicht wenige Diphtheriefälle unter Zuhilfenahme des Heilserums im Privathause behandelt werden können, die früher zum Zwecke eines operativen Eingriffes auf die chirurgischen Abtheilungen geschickt worden wären, könnte man sich wohl vorstellen, daß der Einfluß des Serums sich mehr und mehr in dem Sinne geltend machen wird, daß die Zahl der Diphtheriefälle in Krankenhäusern sogar ganz erheblich abnehmen wird. Folgende Tabelle gibt einen Aufschluß über die Verhältnisse während der letzten 5 Jahre:

[5]) S. STRICKER, Vorlesungen über allgemeine und experimentelle Pathologie, pag. 225.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 1435.

	1891	1892	1893	1894	1895 7 Mon.
Diphtheriefälle in ganz Berlin . . .	3502	3772	4206	5249	3111
Diphtheriefälle in den Berliner Krankenhäusern	1727	2120	2403	2900	1666
Todesfälle in ganz Berlin	1144	1376	1577	1496	495
in Procenten	31·8	36·5	36·7	26·8	15·9
Todesfälle in den Berliner Krankenhäusern	613	867	931	611	258
in Procenten	35·5	40·0	38·9	21·1	14·9

Die Diphtheriesterblichkeit in Berlin beträgt somit im Jahre 1895 bis jetzt circa 15% und ist demnach um fast zwei Drittel geringer geworden als in den 17 Jahren, über welche genaue amtliche Angaben vorhanden sind. Die obige Tabelle zeigt weiters, daß in den Berichtsjahren bis 1893 und übrigens auch in den Jahren seit 1877 immer die Mortalität in Krankenhäusern größer gewesen ist als außerhalb derselben, und daß mit dem Jahre 1894 eine völlige Umkehr des Verhältnisses eintritt.

Allerdings wird die Differenz nach der allgemeineren Einführung der Serumbehandlung in die Privatpraxis am Schlusse des Jahres 1894 und im Laufe dieses Jahres wieder kleiner; und wenn das Widerstreben der bisherigen Gegner der Serumtherapie in Berlin überwunden sein wird, dann dürfte auch das alte Zahlenverhältniß wieder zur Geltung kommen, bei welchem die Diphtheriemortalität der Privatfälle geringer ist als die der Krankenhausfälle, jedoch mit der erfreulichen Aenderung gegen früher, daß nun überhaupt sehr viel weniger Diphtheriekranke sterben.

Auch auf die Frage vom angeblich milden Genius epidemicus geht B. näher ein. Denselben aus der geringen Zahl der Todesfälle zu beweisen, geht nicht an, da ja die Frage zur Discussion steht, ob diese nicht dem Heilserum zuzuschreiben ist. Es bleibt als objectives Kriterium nur die Zahl der Erkrankungen und das Zahlenverhältniß zwischen Erkrankungen und Todesfällen und der diesbezügliche Vergleich mit früheren Jahren. Die Summe der gemeldeten Erkrankungen an Diphtherie betrug für die Serumperiode von August 1894 bis Ende Juli 1895 insgesammt 5578 Fälle. Diese Zahl ist größer als irgend eine aus den letzten 9 Jahren. Mit der Morbiditätscurve ging aber in den sämmtlichen Berichtsjahren die Mortalitätscurve ziemlich genau parallel, so daß Berlin jetzt nicht in einer Periode mit mildem Genius epidemicus steht, sondern mit einem strengeren, als er in den letzten 9 Jahren geherrscht hat.

Von dem weiteren statistischen Material, welches B. heranzieht, legt er ein besonderes Gewicht auf die Tabellen des Charité-Krankenhauses und des Krankenhauses Bethanien in Berlin. Im ersteren wurde während des größten Theiles des Jahres 1894 die Heilserumtherapie benützt, während sie in Bethanien zu keiner Zeit Eingang gefunden hat. Die Diphtheriemortalität in Bethanien betrug für das Jahr 1894 43·1%, hatte somit die Höhe, welche in den Vorjahren in den Berliner Krankenhäusern mit vornehmlicher Aufnahme von diphtheriekranken *Kindern* beobachtet wurde, während die Mortalität in der Charité für das ganze Jahr nur 16·7% betrug.

Aus einem Berichte Prof. BOSE's aus der Gießener chirurgischen Universitätsklinik hebt B. hervor, daß zunächst die Gesammtsterblichkeit von 37·5 auf 8·03% und ferner, daß die Sterblichkeit der Tracheotomirten, welche seit Jahren circa 50% betrug, auf 15% gesunken sei. Aus dieser, sowie aus allen größeren Statistiken geht die Thatsache hervor, daß *die Zahl der operativen Eingriffe wegen diphtherischer Larynxstenose in hohem Grade vermindert wird durch genügend kräftige Heilserumdosen*, weil dieselben das Fortschreiten des diphtherischen Exsudationsprocesses verhüten. Besonderes Gewicht legt B. nunmehr auf die Anwendung *großer* Dosen. B. geht noch auf die Resultate der Serumtherapie bei Diphtheriefällen der ärztlichen Privatpraxis ein, wozu hauptsächlich die Sammelforschung der „D. med. Woch.“ das Material abgab. Ueber 4000 Fälle der Privatpraxis zeigten eine Mortalität von 7·9%.

Aus den bisher vorliegenden Angaben über das Diphtherieheilserum entnimmt B. die Ueberzeugung, daß selbst unter den ungünstigen Verhältnissen der Diphtheriestationen mit vielen Larynxstenosen eine Verminderung der Mortalität um drei Viertel bis vier Fünftel erreicht werden kann, und daß bei frühzeitiger Serumbehandlung in der Privatpraxis die Sterblichkeit noch mehr herabgesetzt wird; wenn in Wirklichkeit dieses Resultat noch nicht erreicht ist, so liegt der Grund darin, daß im Allgemeinen die Dosirung noch zu niedrig gehalten wird, und daß andererseits bisher nur ein Theil der Fälle serumtherapeutisch behandelt worden ist.

Bezüglich der *Immunisirungsfrage* steht B. auf dem Standpunkt, daß erst der therapeutische Werth des Mittels und seine Unschädlichkeit zur Anerkennung gekommen sein müssen, ehe mit wirklichem und schnellem Erfolg an die Einführung der allgemeinen Immunisirung herangegangen werden könne. Die nöthigen Vorbereitungen hiezu seien bereits getroffen. Gegenwärtig sammeln die Höchster Farbwerke Vorräthe von solchem Serum, von welchem in *einem* Cubikcentimeter die einfache Heildosis unter die Haut gespritzt wird. Die für die Immunisirung erforderliche und genügende Dosis ist somit schon in einem halben Cubikcentimeter enthalten. Von diesem Serum sei zu erwarten, daß es bei der Verwendung zu Immunisirungszwecken Nebenwirkungen überhaupt nicht mehr haben wird. Der vereinigten Wirkung von Prophylaxis und Therapie werde es schließlich gelingen, die Furcht vor der Diphtherie zu einer uns aus früherer Zeit überkommenen Legende zu machen.

Eine kräftige Stütze findet BEHRING in den Mittheilungen BAGINSKY's (2). Im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause in Berlin waren bis zum 15. März 1895 525 Fälle serumtherapeutisch behandelt worden; das Gesammtergebniß war das Herabgehen der Sterblichkeit bis **15·6%** gegenüber einer früheren Durchschnittssterblichkeit von **41·1%**. In der Zeit vom 15. März bis 31. August 1895 wurden nun weiters 224 echte Diphtheriefälle (Nachweis des LÖFFLER-Bacillus) mit einer Mortalität von **9·37%** behandelt. Es befanden sich darunter 47 leichte, 97 mittelschwere und 80 schwere, resp. septische Fälle. Von 47 mit Larynxstenose eingebrachten und intubirten, resp. tracheotomirten Fällen starben 11 = 23·4%.

Der kurzen Uebersicht fügt B. hinzu, daß auch durch diese Beobachtungsreihe die tiefgehende Ueberzeugung gewonnen wurde, daß das Heilserum ein mächtig wirksames therapeutisches Agens gegen die Diphtherie sei, und daß nicht eine einzige Erfahrung gemacht wurde, welche von der Serumtherapie hätte abwendig machen können. Vielmehr habe sich B. mehr und mehr von der Unschädlichkeit der Nebenwirkungen zu überzeugen Gelegenheit gehabt. Andererseits seien aber auch in dieser Periode einzelne Fälle nach den besten Aussichten auf Heilerfolg schließlich doch der Diphtherie erlegen. Der Tod erfolgte unter den Symptomen der Herzlähmung.

Wir reihen gleich hier den uns zur Verfügung gestellten Bericht an, welchen Prof. JAKUBOWSKI in Krakau (3) über die Erfolge der Diphtheriebehandlung im Krakauer Aerzteverein abgab.

Vom 30. October 1894 an wurden im Krakauer Kinderspitale sämmtliche mit primärer Diphtherie aufgenommenen Kranken mit Heilserum behandelt. Bis zum 3. April 1895 betrug die Gesammtzahl der Krankenbeobachtungen 100 Fälle. In 42 Fällen wurde blos die Rachendiphtherie, bei 58 auch Laryngitis diphtheritica constatirt, und alle diese 58 Kranken mußten intubirt, außerdem 4 Fälle noch secundär tracheotomirt werden. Es wurden vier verschiedene Gattungen von Serum angewendet, nämlich 38 Fälle wurden mit dem von BEHRING, 39 mit dem von ROUX, 3 Fälle mit dem von ARONSON und 20 Fälle mit dem von Prof. BUJWID in Krakau hergestellten Serum behandelt. Bezüglich der Dosirung hielt man sich in jedem einzelnen Falle an die Schwere der Symptome der Diphtherie.

Die *Sterblichkeit* der so Behandelten, verglichen mit der Sterblichkeit in den früheren Jahren, ergibt sich aus folgender Zusammenstellung:

I. Vom Jahre 1878 bis 1894 wurden aufgenommen im Spital

531	Fälle von primärer Rachendiphtherie mit	248 Todesfällen	= 46·8%
1036	„ „ diphth. Larynxcroup . . . „	545 „	= 52·8 „
Zus. 1567 Fälle		793 Todesfälle	= 50·0%

II. Seit der Serumbehandlung:

42	Fälle von primärer Rachendiphtherie mit	10 Todesfällen	= 23·8%
58	„ „ diphth. Larynxcroup . . . „	20 „	= 34·4%
Zus. 100 Fälle		30 Todesfälle	= 30·0%

Außer 11 Fällen wurden alle Fälle im Institut des Prof. BUJWID bacteriologisch untersucht und mit Ausnahme eines einzigen immer LÖFFLER's Bacillus, öfters auch Strepto- und Staphylococcen gefunden.

An der Injectionsstelle entwickelte sich nur einmal ein Absceß.

Die günstige Wirkung der Behandlung erwies sich bei der Rachendiphtherie im schnelleren Verschwinden der Beläge; bei der Laryngitis diphtheritica wurde derselbe Einfluß beobachtet, der sich durch das rare Vorkommen, eventuell den guten Verlauf der Bronchitis crouposa documentirte. Albuminurie wurde nicht öfters und auch nicht gefahrdrohender constatirt als bei den anderen Behandlungsmethoden. Ausgebreitete Hautausschläge folgten der Anwendung des Serums in 13 Fällen = 13%. In 5 Fällen trat zwischen dem 3.—10. Tage nach der Injection ein urticariaähnlicher Ausschlag auf; in 8 Fällen ein scharlachähnliches Erythema, wozu sich in 3 Fällen auch eine Polyarthritis acuta hinzugesellte.

Auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen kommt J. zu folgenden Schlüssen:

1. Zwar war die Serumbehandlung in unseren Fällen nicht mit jenen eclatanten Erfolgen gekrönt, wie dies von vielen Seiten berichtet wurde, trotzdem muß man zugeben, daß sie einen sehr günstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf ausübt und dadurch die erste Stelle unter allen Behandlungsweisen der Diphtherie einnimmt.

2. Bei entwickeltem Larynxcroup und Stenose muß trotz der Serumbehandlung noch die Intubation angewendet werden, jedoch verlaufen diese Fälle günstiger als früher.

3. Die unangenehmen Nebenerscheinungen (Hautausschläge, Polyarthritis etc.) dürften jetzt noch den praktischen Arzt von der allgemeinen Anwendung des Serums abhalten, jedoch wird hoffentlich in Zukunft auch dieses wegfallen.

4. Auch würde es im Interesse der praktischen Aerzte erwünscht sein, daß sowohl in der Herstellung und Immunisationskraft, wie auch in Betreff der beigemengten Mittel (Campher, Carbolsäure, Trikresol, Chloroform etc.) eine Einigkeit herrsche.

(Schluß folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

BOUREAU (Tours): **Essai de sérothérapie contre le cancer.**

Verf. hat bei einer Reihe der verschiedensten Formen maligner Tumoren die Seruminjectionsbehandlung auf ihren Werth geprüft, wobei er sich, strenge den Angaben RICHET's und HERICOURT's folgend, des Serums vom Esel bediente, welchem Krebssaft injicirt worden war. Im Ganzen wurden 7 Fälle (Krebs der Tonsille, des Hodens, des Rectums, 3 recidivirende Mammacarcinome, Zungenkrebs) behandelt („Gaz. hebd. de méd. et de chir.", 1895, Nr. 37). Es ergab sich zunächst, daß jene Fälle, in welchen ein vollständiger Mißerfolg zu verzeichnen war, Tumoren betrafen, welche sich vorher außerordentlich rasch entwickelt hatten. Die deutlichste und dauerndste Besserung wurde in einem Falle mit außerordentlich langsamem Verlaufe beobachtet. Aber selbst in den Fällen, wo die Besserung eine bemerkenswerthe war, kam es doch nie zu einer wirklichen Rückbildung oder zum Verschwinden des Tumors. Von einer specifischen Wirkung des Eselserums konnte keine Rede sein, und selbst dort, wo Besserungen, die in der That bisweilen beträchtliche waren, eintraten, hatten sie einen mehr wehr weniger transitorischen Charakter. Ba.

JAKOWLEW (St. Petersburg): **Ueber eine seltene Affection der Zunge.**

Verf. führte in der Sitzung der syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft vom 25. März („Wratsch", 1895, Nr. 15) einen Kranken vor, auf dessen Zunge nicht exulcerirte Infiltrationen von grauer Farbe vorhanden waren, vorn mehr ausgesprochen als hinten und seitlich, wo sie mehr linear erschienen; ebensolche waren zwischen den Zahnlücken, am Zahnfleisch, der inneren Seite der Wange wahrnehmbar. Am Gaumen kleine Papeln; weder Ulcera noch Narben sind zu sehen. Jodkali war angewandt worden und hatte keine Resultate ergeben. Im Jahre 1879 hatte Pat. Lues durchgemacht und war specifisch behandelt worden. Am Körper sind keinerlei pathologische Veränderungen nachzuweisen. Prof. TARNOVSKY (St. Petersburg) sprach das Leiden als eine äußerst seltene Form der Tuberculose der Zunge an und verwies auf ein in seinem Besitze befindliches Präparat, in dessen Knötchen KOCH'sche Tuberkelbacillen seinerzeit nachgewiesen worden waren. Dr. J. G.

Hygienische Meteorologie für Aerzte und Naturforscher. Von **Prof. Dr. W. J. van Bebber**, Abtheilungsvorstand der deutschen Seewarte in Hamburg. Stuttgart 1894, Ferdinand Enke.

In dem vorliegenden Buche liefert ein Meteorologe eine Monographie über das Verhalten des Wetters und über dessen Rückwirkung auf den menschlichen Organismus. Da der Verf. leider nicht Arzt ist, sah er sich genöthigt, in medinischen Fragen blos Literaturangaben anzuführen, wobei er zum Theil auf ältere Arbeiten zurückgriff. Dessenungeachtet ist das Werk eine dankenswerthe Gabe, nicht blos deshalb, weil der Meteorologe in vieler Hinsicht dem Arzte wichtige Dienste zu leisten vermag, sondern auch weil der Verf. sich bemüht hat, den Forderungen der Hygieniker möglichst entgegenzukommen. Bekanntlich entsprechen die von den Meteorologen gegebenen Mittelwerthe nicht den Bedürfnissen der Hygiene, weil sie die hygienisch wichtigen Schwankungen der Witterungsverhältnisse verwischen; das vorliegende Buch aber weicht, um den Interessen des Arztes zu genügen, von der in meteorologischen Lehrbüchern beliebten Behandlung des Stoffes ab und sucht der Hygiene, soweit es angeht, Rechnung zu tragen, indem es sowohl die Mittelzahlen anführt, als auch die Schwankungen verwerthet, welche die meteorologischen Elemente aufweisen. Eine besondere Aufmerksamkeit hat der Verf., eine der ersten Autoritäten auf seinem Gebiete, der Vorführung von Einzelfällen zugewendet, um an concreten Beispielen die Wechselwirkung der klimatischen Factoren genauer zeigen zu können, und eine nicht kleine Zahl von Wetterkarten unterstützt die Ausführungen des Textes. Die Darstellung ist leicht verständlich und zeichnet sich durch eine wohlthuende Klarheit vor ähnlichen Werken aus; jeder Arzt wird das Buch mit Interesse lesen, und insbesondere dem Landarzte, der sich mit meteorologischen Beobachtungen beschäftigt, wird das Buch sehr willkommen sein. w.

Untersuchungen über die Respiration und Circulation bei Aenderungen des Druckes und des Sauerstoffgehaltes der Luft. Von **Dr. A. Loewy.** Berlin 1895, Aug. Hirschwald.

Verf. führte eine große Anzahl von Versuchen an Menschen und an Thieren aus. Die ersteren wurden ihm durch die pneumatischen Cabinette des jüdischen Krankenhauses in Berlin ermöglicht. Er wies nach, daß O-Aufnahme und CO_2-Abgabe auch durch hochgradige Druck- und Mischungsänderungen der Atmosphäre nicht beeinflußt werden. Druck und O-Gehalt der Luft konnten auf das Doppelte vermehrt oder auf eine O-Spannung von 40—45 Mm. Hg vermindert werden, ohne den respiratorischen Gaswechsel zu ändern. Dasselbe ergab sich für die Blutstromgeschwindigkeit. Die Compensirung geschieht durch die den Verhältnissen sich anpassende Athemmechanik, welche die Alveolarsauerstoffspannung innerhalb gewisser Grenzen erhält. Erst wenn diese Compensation nicht ausreicht, treten pathologische Erscheinungen auf. HERZ.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Behandlung kalter Abscesse mit Campher-Naphthol-Injectionen** hat Mlle. BONET im Seehospital zu Berck in 51 Fällen von Coxitis und in 49 Fällen von Malum Potti durchgeführt („Thèse de Paris", Mai 1895). Von den 51 Fällen von Coxitis sind 44 ohne Fistelbildung, 4 mit temporärer Fistel geheilt; in 2 Fällen mußte die Resection der Hüfte vorgenommen werden,

und 1 Fall verließ das Spital mit einer persistirenden Fistel. Manche Fälle waren durch 1—3 Punctionen in 1—2 Monaten geheilt, während andere eine längere Behandlungsdauer und mehrere Eingriffe erforderten. Die Abscesse bei alter Coxitis heilten viel rascher aus, als diejenigen in frischen Fällen. Von den 49 durch Malum Potti bedingten Abscessen wurden 44 ohne Fistelbildung in einer Zeit von 15 Tagen bis zu einem Jahre ausgeheilt. Die Injectionen von Camphernaphthol sind nicht schmerzhaft und erzeugen keinerlei Reaction. Nach einer gewissen Anzahl von Punctionen wird die durch die Canüle entleerte Flüssigkeit transparent, citronengelb, von öliger Consistenz, was eine baldige Heilung anzeigt. Gleichzeitig vermindert sich die Menge des Inhalts mehr weniger rasch. Thierversuche haben ergeben, daß das Camphernaphthol eine ausschließlich antituberculöse Wirkung hat, woraus sich die Mißerfolge bei offenen Abscessen erklären, bei welchen bereits Mischinfection eingetreten ist.

— Ueber 3 Fälle von **Icterus catarrhalis während des Gebrauches von Lactophenin** berichtet Dr. H. Strauss aus der medicinischen Klinik zu Gießen („Ther. Monatsh.", 1895, Heft 9). Sämmtliche 3 Patienten bekamen, nachdem sie 9, bezw. 14 und 21 Tage lang 4mal 1 0 Lactophenin pro die unter der Indication eines Antineuralgicums erhalten hatten, einen gastroduodenalen Icterus mit acholischem Stuhl. Daß es sich stets um Icterus catarrhalis durch Verschluß der Gallenabflußwege gehandelt hatte, bewies das Aussehen des Stuhles, welcher im ersten Fall mehrere Tage, im 2. Fall circa 6—8 Tage, im 3. Fall aber 7 Wochen lang farblos war. Außerdem traten in sämmtlichen Fällen zu Beginn des Icterus die charakteristischen dyspeptischen Erscheinungen auf. Schon die Art des Auftretens legte den Gedanken an einen Zusammenhang zwischen Icterus und Lactopheningebrauch nahe. Angestellte Thierversuche machten diese Annahme noch wahrscheinlicher. Endlich wurde Analoges bei einer Reihe von anderen, zum Theil stammverwandten Präparaten (Phenacetin, p-Amidophenol, Carbol, Filix mas) beobachtet.

— Dr. Ernst R. W. Frank empfiehlt in der „Berl. klin. Woch." (1895, Nr. 37) **die Behandlung des Ulcus molle mit Formalin.** Das Formalin wirkt ähnlich der reinen Carbolsäure. Während es den kleinen Nachtheil einer meist nur geringen, wenige Secunden andauernden Schmerzhaftigkeit hat, zerstört es die Virulenz des Ulcus molle in erstaunlich kurzer Zeit. Schon nach 12 Stunden ist die Geschwürsfläche vollständig trocken. Bei nicht sehr tiefen Geschwüren genügt eine einmalige energische Auswischung mit einem watteumwickelten Holzstäbchen. Handelt es sich um tiefgehende Infiltrationen, so empfiehlt es sich, die Pinselung nach 2 Tagen zu wiederholen. Das Geschwür wird dann einfach mit einem Gazestückchen bedeckt. Nach etwa 6 Tagen stößt sich die geätzte Schicht trocken ab und hinterläßt eine fast glatte Wundfläche, die in 1—2 Tagen völlig abheilt, ohne eine Induration zurückzulassen. Mehrfach fiel es auf, daß nach Abfallen des Schorfes eine feuchte, glänzende Geschwürsfläche zurückblieb, die keine Tendenz zur Heilung zeigte. In allen diesen Fällen trat später Induration des Geschwüres und Drüsenschwellung auf, als Ausdruck der nunmehr sich geltend machenden syphilitischen Infection. Ob und inwieweit die Formalinbehandlung in solchen Fällen differentialdiagnostisch bei der Frühdiagnose eines Ulcus zu verwenden ist, darüber müssen erst weitere Beobachtungsreihen entscheiden.

— Es wurde seinerzeit an dieser Stelle über die von J. Ruhemann in Berlin empfohlene therapeutische Anwendung der Jodsäure und des jodsauren Natrium berichtet. Die erzielten Behandlungsresultate, vor Allem die Thatsache der energischen Jodabspaltung dieser chemischen Körper im Inneren, bezw. auf den Schleimhäuten, in den Se- und Excreten des Organismus, legte den Gedanken nahe, auch andere Verbindungen der Jodsäure am Krankenbette zu versuchen. J. Ruhemann berichtet nun in der „D. med. Woch." (1895, Nr. 37) **über die klinische Verwerthbarkeit der jodsauren Verbindungen.** Jodsaures Silber, jodsaures Zink und jodsaures Strontium, welche Salze unlöslich sind, nähern sich bei ihrer externen Application auf die Haut und die Schleimhäute (nur in Verdünnung anzuwenden) der Wirkung des jodsauren Natriums. Das jodsaure Silber ist in Dosen von 0·005—0·01 Grm. ein ausgezeichnetes Adstringens für den Darm und wirkt nicht nur bei acuten Diarrhöen, sondern auch bei chronischen Enteritiden, Darmblutungen etc. ungemein prompt, ohne die Magenfunction zu beeinflussen. Es wurde meist in Pillenform verabfolgt. Das jodsaure Lithium kam in subcutaner Injection zu 0·1 Grm. bei harnsaurer Diathese und bei Nierenkoliken zur Anwendung; die vorher vorhandene massenhafte Ausscheidung krystallinischer Harnsäure sistirte nach wenigen Injectionen. Bei chronischer Gicht wurde das harnsaure Lithium monatelang in Pillen von 0·15—0·2 Grm. gegeben, welche 3mal täglich genommen wurden. Jodkalium-jodsaures Quecksilberoxyd wurde bei allen möglichen Stadien und Formen der Lues verwendet. Die Dosis (subcutan) war 0·01 Grm. Die Schmerzreaction war mäßig. Eine schädliche Beeinflussung des Organismus wurde nicht beobachtet, auch die Erscheinungen seitens der Mundschleimhaut waren auffallend geringfügig. Gewöhnlich wurden einen Tag um den anderen, im Ganzen 20 Injectionen bei einer Cur gemacht. Oft zeigten schon die ersten Injectionen recht frappante Wirkung. Das jodsaure Chinin zeigte in Dosen von 0·05—0·1 Grm sowohl bei innerem Gebrauche, als auch bei subcutaner Injection einen vortrefflichen neurotonischen Einfluß; ferner fand es bei Neuralgien Verwendung. Das jodsaure Strychnin wurde in Dosen bis zu 0·006 Grm. subcutan angewendet. Bezüglich des jodsauren Codeins zeigte es sich, daß sowohl seine antineuralgische Wirkung, als auch sein Einfluß auf neuralgiforme Zustände und Organschmerzen bedeutend energischer ist, als man dies von den bisher bekannten löslichen Codeinsalzen kennt. Diese Wirkung ist bei subcutaner Application energischer als bei interner Darreichung. Ferner fand das Codein Verwendung bei heftigem Hustenreiz, bei krampfartigen Hustenerscheinungen u. s. w. und kann diesbezüglich vortrefflich in der Kinderpraxis verwerthet werden. Auch Phthisiker gebrauchten es symptomatisch mit gutem Erfolge. Bei der subcutanen Einführung zeigten Dosen von 0·03—0·05 Grm. prompte Wirkung; intern können größere Gaben gereicht werden. Jodsaures Hyoscin zeigte sowohl intern, als subcutan doppelt, ja dreifach so starke Wirkung als das salzsaure, jod- und bromwasserstoffsaure Hyoscin. Für gewöhnlich erreicht man die gewünschte Hyoscinwirkung bei subcutanen Dosen von 0·0001—0·00015 Grm. des jodsauren Salzes. Dasselbe wurde auch bei Iritis und Keratitis als Mydriaticum benutzt, wobei es sich herausstellte, daß es in 0·05—0·06%iger Lösung, ohne zu reizen, prompte und sichere Heilaffecte erzielt. Auch das jodsaure Atropin läßt sich in $^1/_2$—$1^1/_2$%iger Lösung in der oculistischen Praxis vortrefflich verwerthen. — Die Versuche mit diesen Präparaten sind bei mehreren hundert Personen angestellt worden. Sie haben ergeben, daß die jodsauren Salze für therapeutische Zwecke wohl zu verwerthen sind, und daß sie gewisse Vorzüge besitzen, welche einerseits in den Löslichkeitsverhältnissen bestehen, wodurch es z. B. in bequemer Weise gelingt, das Lithium- und Chininsalz in geeigneten Dosen subcutan einzuverleiben, andererseits in der Wirksamkeit der Jodcomponente, welche fraglos den Werth der Base erhöht.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus.

Kaposi (Wien), Referent, hat sich seine Anschauung über den Pemphigus auf Grund der von Hebra gelehrten Principien und der theils noch mit ihm, theils später allein beobachteten zahlreichen Fälle der Wiener Hautklinik gebildet. Das Resumé seiner heutigen Ausführungen fußt auf einer Tabelle, die er später ausführlich publiciren wird und die sich aus allen den Krankengeschichten und Sectionsbefunden zusammensetzt, wie sie in den einzelnen Jahresberichten des Wiener Krankenhauses niedergelegt sind. Dieselbe

umfaßt die klinischen Pemphigusfälle der letzten 75 Jahre, von denen er die aus den letzten 30 Jahren aus eigener Anschauung kennt. Zu diesen im Ganzen 320 Fällen kommen ungefähr noch ein Drittel, gewiß über 100 Fälle, aus der Privatpraxis. Auf Grund dieses Materiales stellt K. heute die Diagnose Pemphigus und auf diesem Materiale fußen auch seine Thesen. Zu den letzteren hat Referent, da sie klar genug sind, nur wenige Punkte hinzuzufügen und überläßt das Andere der Discussion.

Auch der von NEUMANN seinerzeit zuerst als eigene Krankheitsform beschriebene P. vegetans ist geradeso nur eine besondere Entwicklungsform wie andere Typen, z. B. der P. vulgaris. Auch der isolirte Pemphigus der Schleimhäute verdient keine Ausnahmsstellung, denn nach jahrelangem Bestehen kommt es oft genug auch zur Hauteruption, wenn es auch vorkommt, daß Hautpemphigus bis zum Tode ohne Schleimhautpemphigus und Schleimhautpemphigus umgekehrt auch ohne Hautsymptome bleiben kann. Bei entsprechender Erfahrung, insbesondere nach längerem Verlaufe, läßt sich die Diagnose meistens sicherstellen, oft schon im Beginne der Affection. Selbst Erythema bullosum kann trotz colossaler Blasenbildung, langer Dauer und späterer Betheiligung des Stammes aus der ursprünglich typischen Localisation am Hand- und Fußrücken als solcher gegenüber Pemphigus differencirt werden. — Histologisch läßt sich ein Unterschied zwischen anderen blasenbildenden Affectionen, Urticaria, Erythema bullosum, absolut nicht ziehen. Meistens handelt es sich um sehr oberflächliche, meistens fast einkämmerige Blasen, dazu kommen oft Hämorrhagien. Was das Vorkommen der eosinophilen Zellen im Blaseninhalte betrifft, das in letzter Zeit von NEUSSER, GOLLASCH, LUKASIEWIČ constatirt wurde, so ist dasselbe nichts für Pemphigus Charakteristisches, da es auch bei anderen Krankheitsformen, jüngst sogar in Paris von LENEDDE und PERRIN auch bei Fällen der sogenannten Dermatitis herpetiformis erhoben wurde.

Der Pemphigus ist im Allgemeinen mit Recht als böse deletäre Erkrankung gefürchtet. Die Mortalität der obgenannten statistisch beobachteten Fälle des Referenten beträgt allerdings nachweislich nur 20%, jedoch blieben zu viele Fälle nicht lange in Beobachtung, sind sozusagen verschollen, was hier bei einer Erkrankung, die das ganze Leben andauert, besonders in Betracht kommt, und es muß daher die Mortalität weit größer gerechnet werden. Von den Anderen, die ja das Spital noch als Pemphiguskranke gebessert verlassen, sterben nach Schätzung aus der Privatpraxis gewiß noch 30—40%. Jedenfalls genießt nur ein kleiner Theil der Fälle ein erträgliches Dasein. Als Todesursachen werden außer intercurrenten Erkrankungen hauptsächlich die durch Eiweißverlust bei reichlicher Blasenbildung gesetzten am häufigsten beobachtet, also allgemeine Erschöpfung, Amyloidose der Organe, parenchymatöse Veränderungen des Herzfleisches; hinzugetretene Darmcatarrhe, Pneumonie bilden seltenere Todesursachen. Der Sectionsbefund ist sonst stets negativ, insbesondere auch der am Nervensystem. Trotz einzelner bis heute auch von der Wiener Hautklinik vorliegender positiver Rückenmarksbefunde ist nicht genügend Material vorhanden, um sich mit Bestimmtheit für die neurotische Natur, das ist also für Rückenmarksveränderungen als Ursache der Pemphiguserkrankung aussprechen zu können.

Wichtig ist, daß eine Form des Pemphigus in eine andere übergeht oder übergehen kann. Ist das Individuum bisher gesund und kräftig gewesen und hat eine benigne Pemphigusform acquirirt, so kann dieselbe im nächsten Jahre in einer malignen Form auftreten, oder aber es kann ein Pemphigus vulgaris, der durch langes Bestehen das Individuum entkräftet, sich in einen P. foliaceus verwandeln. Die Therapie hat große Fortschritte gemacht, so daß es heute wenigstens eher möglich ist, die Kranken über die Periode der malignen Erkrankungsformen hinüber zu bringen.

Die zur Discussion aufgestellten Thesen des Referenten lauten:

1. Pemphigus ist ein klarer klinischer Begriff. Derselbe erschöpft sich demnach weder in seinen morphologischen Eigenschaften (Polymorphie), noch in seinen histologischen Charakteren (mehr oder weniger intensive Betheiligung der Epidermisschichten und des Papillarkörpers), sondern in der Gesammtsumme jener und des klinischen Verlaufes.

2. Die nur sehr beschränkte Kenntniß der Ursachen dieser Krankheit und unsere vorwiegende Unkenntniß ihrer Aetiologie sind kein Grund gegen die Festhaltung des klinischen Begriffes des Pemphigus, da unsere Auffassung bezüglich anderer Hautkrankheiten ebenfalls von unserer Unkenntniß ihrer Aetiologie abzusehen gezwungen ist.

3. An einem und demselben Kranken kann man im Verlaufe von Monaten und Jahren alle überhaupt möglichen Formen, Gestaltungs- und Verlaufsweisen des Pemphigus beobachten, daraus folgt

4. daß die verschiedenartigen Typen des Pemphigus ein und dieselbe Krankheit darstellen.

5. Die den chronischen, recidivirenden, mehr weniger benignen oder malignen und letal verlaufenden Formen der Dermatitis herpetiformis zugeschriebenen, klinischen und histologischen Merkmale entsprechen in Allem und Jedem der seit jeher bei Pemphigus beobachteten und beschriebenen, sind also identisch mit Pemphigus.

6. Es liegt demnach nicht der geringste Grund vor, den althergebrachten classischen Namen und Krankheitsbegriff Pemphigus gegen den modernen der Dermatitis herpetiformis aufzugeben.

7. Aber auch die als acut und benigen verlaufende Processe von den Autoren angeführten Formen von sogenannter Dermatitis herpetiformis DUHRING entsprechen seit jeher wohlbekannten und benannten klinischen Erkrankungen: Urticaria papulo-bullosa, annularis, gyrata, Lichen urticatus, vorwiegend aber dem Erythema multiforme Hebra in seinen vesico-bullösen Formen.

8. Die Bezeichnung Dermatitis herpetiformis hat demnach auch bezüglich der acut verlaufenden erythemo papulo-vesiculo-bullösen Formen keine Berechtigung.

9. Ob es außerhalb der Reihe des Pemphigus und der anderen eben erwähnten, aber bereits genügend bekannten und benannten Krankheitsformen solche mit polymorphen Erythemen und Blasen gibt, die speciell und eben nur als Dermatitis herpetiformis zu bezeichnen wären, weiß ich nicht. Ich selber bin aber niemals Formen begegnet, welche nicht unter den früheren Bezeichnungen als längst bekannt und benannt mir erschienen wären, und bin also niemals in die Lage gekommen, an einem Krankheitsfalle den Namen Dermatitis herpetiformis zu einer Diagnose zu verwerthen.

O. ROSENTHAL (Berlin), Correferent, hat, wie die ausführlichen Thesen ergeben, sich nicht nur auf das Auseinanderhalten von Dermatitis herpetiformis und Pemphigus beschränkt, sondern bemüht, zunächst alle jene Processe auszuschalten, die man in der Literatur ab und zu noch mit in den weiten Begriff Pemphigus rechnet.

Pemphigus ist aber auch dann als solcher noch kein einheitlicher Krankheitsbegriff. Kein klarer klinischer Begriff, wie ihn K. bezeichnet hat. — Die so häufigen Bestrebungen so vieler neuerer Publicationen, einzelne Formen des Pemphigus besonders abzugrenzen und mit neuen Namen zu belegen, geben für die so oft gefühlte Empfindung der Nothwendigkeit einer Abscheidung einzelner Krankheitsformen den besten Beweis. Es herrscht hier allerdings noch wenig Klarheit, wofür schon der Umstand spricht, dass es heute noch — früher noch mehr — an 50 verschiedene Formen des Pemphigus gibt, beziehungsweise daß wenigstens so viele unterschieden und beschrieben werden. Dies ätiologische Moment muß allerdings vorderhand als zu wenig erforscht bei Seite gelassen werden. Hält man sich nur an die klinischen Merkmale, so ist zunächst die Dermatitis herpetiformis vom Pemphigus abzusondern und als eigene Erkrankung aufzufassen.

Wenn K. einwendet, daß die klinischen Momente der Dermat. herpet. sich sämmtlich auch in der Beschreibung von Pemphigusfällen finden, so ist dies für die Identität beider Processe deshalb nicht beweisend, weil man früher alle ähnlichen Affectionen von vornherein als Pemphigus bezeichnet hat. Es gibt auch Krankheitsformen, die man mit dem Namen Herpes Iris circinnatus bezeichnet, ohne daß sie der Form nach genau entsprechen, auch solche gehören zur Dermat. herpet. — Wenn auch ein Diagnostiker wie K. gewiß im Stande ist, jeden Fall zu classificiren, so bleibt das Factum doch bestehen, daß es nicht angebracht ist, die vielfachen, durch Aussehen und Verlauf und mit den verschiedensten Epitheta versehenen

Affectionen mit dem Alles und Nichts sagenden Namen Pemphigus zu belegen.

Die Thesen K.'s lauten:

1. Pemphigus bezeichnet nach dem heutigen Stande der Wissenschaft keine Krankheitseinheit, sondern eine bestimmte elementare Form eines Hautausschlages.

2. Daher sind folgende Gruppen auszuscheiden:

A. Gelegentlich blasenbildende Affectionen, großvesiculöse Eczeme, Urticaria bullosa etc.

B. Alle bullösen Dermatitiden bei a) Infectionserkrankungen: Erysipel, Scharlach, Pocken, Pyämie etc.; b) nach Verletzungen von Nerven und Entzündungen: P. traumaticus, neuroticus, bei centralen Affectionen: Myelitis, Tabes etc. c) bei Anwendung von Arzneimitteln: Dermatitis bullosa toxica. C. der P. syphiliticus. D. P. leprosus. E. Die Dermatitis bullosa hysterica s. P. hystericus. F. Das Erythema bullosum als eine Form des E. multiforme (HEBRA). G. Der Herpes Iris und circinnatus. H. Die Hydroa vacciniforme oder varioliforme (BAZIN). I. Die Epidermolysis bullosa hereditaria (KOBNER). K. Die Dermatitis exfoliativa neonatorum (RITTER). L. Dermatitis herpetiformis (DUHRING). Die Aufstellung dieser Affectionen mit den hauptsächlich von DUHRING und BROCQ aufgestellten klinisch wesentlichsten Merkmalen (Polymorphie, Parästhesie, Neigung zu Recidiven, relativ guter Allgemeinzustand) ist als ein Fortschritt zu bezeichnen. Man hat diese Krankheitsform je nach Acuität, Form etc. mit zahlreichen Namen belegt. M. Herpes gestationis. N. Die Impetigo herpetiformis (HEBRA, KAPOSI).

3. Erst nach Ausschaltung aller dieser Formen A—N bleiben Fälle zurück ohne Polymorphie und kreisförmige Anordnung, ohne starke Ausprägung von Parästhesien. Diese gehören dem eigentlichen Pemphigus. Man muß jedoch auch hier den P. acutus, welcher in seinem fieberhaften Verlaufe einer Infectionskrankheit sehr ähnelt und meist rasch letal endet, vom P. vulgaris, P. foliaceus und P. vegetans trennen.

4. Zu erwähnen ist noch eine congenitale bullöse Hautentzündung, die schwer zu classificiren ist und wahrscheinlich auf trophischen Störungen beruht. Dermat. bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques (HALLOPEAU).

5. Die vorstehende Classificirung erschöpft nicht die Frage der bullösen Hauterkrankungen, auch existiren eine Anzahl Uebergangsformen.

(Discussion folgt.)

Aus den Abtheilungen
der
67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

III.

Abtheilung für innere Medicin.

MARTIUS (Rostock): Die Indicationen der Schlauchbehandlung des Magens.

Die allgemeine Aufgabe derselben ist eine zweifache: erstens handelt es sich um die Entleerung des Magens von seinen Inhaltsmassen, zweitens um eine Einwirkung auf die Schleimhaut des leeren oder zuvor gereinigten Magens mit medicamentösen Mitteln hervorzurufen. Was die speciellen Indicationen anbetrifft, so lassen sich dieselben in absolute und relative trennen. Erstere bestehen da, wo es sich um einen Eingriff handelt, der zur Heilung eines Krankheitsvorganges nothwendig ist, dessen Unterlassung einen Kunstfehler bedeuten würde. Bei den relativen Indicationen kommt es auf die subjectiven Erfahrungen und Neigungen des einzelnen Arztes an; sie überwiegen leider allgemein die absoluten Indicationen. Absolute Indicationen für die Anwendung des Magenschlauches sind: 1. Die acuten Vergiftungen; Anwendung per os behufs Verdünnung des Giftes durch Wassereingießung mit nachfolgender Ausheberung. 2. Bei Stagnation der Mageninhaltsmassen in Folge von Pylorusstenose, mag dieselbe durch einen malignen Tumor oder durch eine gutartige Narbe bedingt sein. 3. In allen Fällen von Darmverschluß, gleichviel welcher Ursache; in Verbindung mit Darmeingießung hat die Magenausspülung in Fällen von Achsendrehung, Intussusception u. dgl. oft einen direct heilenden Effect und macht eine Operation überflüssig. Relative Indicationen sind: das Carcinoma ventriculi im Allgemeinen, acute und chronische Catarrhe, functionelle Erkrankungen des Magens, wie Hypersecretion des Magensaftes, continuirlicher Magensaftfluß u. s. w. Umstritten ist noch der Werth der Magenausspülung bei Neurasthenia gastrica. KRAFFT-EBING hat sich jüngst dagegen ausgesprochen. Vortr. selbst hat freilich in einer sehr großen Zahl solcher Fälle keinen Nachtheil von der Magenausspülung gesehen. Sie übt einen mächtigen suggestiven Einfluß aus. Die Schlauchbehandlung ist für die nervöse Dyspepsie nur eines der zur Heilung dieser Krankheit zu Gebote stehenden Mittel, aber nach seiner Erfahrung eines der wirksamsten. Wenn die Kranken sich selbst davon überzeugen, daß ihr Magen alles Genossene auch wirklich verdaut, so werden sie dadurch beruhigt.

Discussion.

Minkowski (Straßburg) will als Indication für die Anwendung des Magenschlauches auch die Magenblutung aufgeführt sehen, da sie oft sogar das einzige Mittel zur Stillung der Blutung ist. Das Ulcus ventriculi ist keine Contraindication gegen die Magenausspülung, wenn ein weicher Schlauch zur Anwendung kommt. Von Wichtigkeit ist auch für den therapeutischen Erfolg die Zeit der Ausspülung. Wenn man nach der Ausspülung z. B. am Morgen sofort wieder essen läßt, gehen die neu eingeführten Speisen auch alsbald wieder in Gährung über, und der ganze Zweck der Magenausspülung wird illusorisch. Deshalb thut man in vielen Fällen gut, spät Abends auszuspülen, damit der Magen über Nacht in Ruhe bleibt, die mechanische Insufficienz sich nach Möglichkeit wieder ausgleicht.

Quincke (Kiel) spült auch Abends 3 Stunden nach der letzten Mahlzeit aus. Das erschlaffte Organ erholt sich schneller. Statt des Trichters verwendet Qu. für die Ausspülung den Irrigator, welcher eine genauere Controle über die Menge des eingegossenen und ausgeflossenen Wassers gestattet.

Lenhartz (Leipzig) macht auf den Nutzen der Magenausspülung bei Tympanie des Darms, wie sie z. B. bei schweren Abdominaltyphen vorkommt, aufmerksam, ferner bei nervösem Oesophagospasmus und nervöser Dyspepsie. Bei letzterer tritt der Erfolg oft überraschend schnell ein.

Leo (Bonn) hebt den großen Werth der Magenausspülung im Säuglingsalter bei acuten und chronischen Erkrankungen des Magens und Darms hervor.

Rumpf (Hamburg) bestätigt die günstige Wirkung der Schlauchbehandlung bei acuten Brechdurchfällen. Bei der nervösen Dyspepsie muß man individualisiren. Für die Zeit der Ausspülung können keine allgemein giltigen Regeln aufgestellt werden. Auch am Morgen kann sie vorgenommen werden, wenn man nur leichte Nahrung danach genießen läßt. Man muß wenigstens danach streben, die Magenausspülung später am Morgen vorzunehmen, damit der Magen sich an die normalen Functionen wieder gewöhnt. Bei Ulcus ventriculi spült R. nicht aus, weil zuweilen Blut dabei fließt, wodurch eine Indication zur sofortigen Beendigung der Ausspülung gegeben ist.

GUMPRECHT (Jena): Ueber Percussion des Herzens bei vornübergebeugter Körperhaltung.

Der in Rede stehende Kunstgriff ist nicht neu und gewiß schon von manchem Praktiker gelegentlich benutzt worden. An pathologischen Fällen ist er aber noch nicht systematisch geprüft. Die nach gewöhnlicher Methode gewonnene absolute Dämpfung gibt über die wirkliche Herzgröße keinen Aufschluß, während die relative nicht frei von subjectiven Zuthaten ist. Wenn das Herz, nur seiner Schwere folgend, sich auf einer platten Unterlage ausbreitet, so liegt es beinahe mit seiner ganzen Breite auf; auch drängt es die Lungenränder in der Bauchlage zur Seite, wie Durchschnitte an gefrorenen Thiercadavern zeigen (Demonstration von Photographien). Die klinische Ausführung der Methode bietet keine Schwierigkeiten, im Gegentheil wird die normale Herzdämpfung leichter nachweisbar, da sie größer, intensiver und resistenter wird. Die Grenzen sind: linker Sternalrand, IV. Rippe, linke Mamillarlinie. Die Breite der Dämpfung beträgt normaliter höchstens $^1/_8$ des Thoraxumfanges. In pathologischen Fällen erweitert der Kunstgriff die Diagnostik. Am wenigsten gilt dies für die rechtsseitigen Herzdilatationen, welche nur ausnahmsweise durch Vornüberneigung des Körpers deutlicher werden. Dagegen ist der Nutzen bei Emphysem und linksseitigen Hypertrophien deutlich, es werden hier Zunahmen von 5—8 Cm. gegenüber der sonst percutirten Herzdämpfung gefunden. Da nun die linksseitigen Altershypertrophien am leichtesten durch Emphysem maskirt werden, so liegt hier das günstigste Gebiet für die Methode. Sie ermöglicht in solchen Fällen erst die Diagnose der Herzdilatation.

Discussion.

Rumpf (Hamburg) bestätigt die Vorzüge dieser Percussionsmethode, welche in vielen Fällen eine wesentliche Erleichterung für die Diagnose von Herzhypertrophien ist, die sonst schwer nachweisbar sind, speciell für die bei allen Emphysematikern eintretende Vergrößerung der Herzdämpfung.

ROMBERG (Leipzig): **Wie entsteht die Herzschwäche bei Infectionskrankheiten?**

Das normale Verhalten des Kreislaufs hängt in gleicher Weise von der Thätigkeit des Herzens, wie von der der Vasomotoren ab. Beide werden durch äußere Schädlichkeiten in sehr verschiedener Weise beeinflußt. Ihre Leistungsfähigkeit äußert sich in der Höhe des Blutdrucks. Ueber die Norm hinausgehende Druckerniedrigungen können mit Sicherheit als Zeichen ungenügender Thätigkeit des einen oder beider Factoren aufgefaßt werden. Aber es genügt nicht, nur die absolute Höhe des Druckes zu messen. Um ein Urtheil über das Verhalten von Herz und Vasomotoren im Einzelnen zu gewinnen, machte R. folgende Versuchsanordnung: Durch Bauchmassage, durch Compression der Aorta descendens oberhalb des Zwerchfells wird die Arbeit des Herzens gesteigert. Es entstehen Druckerhöhungen, wenn das Herz leistungsfähig ist. Gewisse Gefäßreflexe nach sensibler Reizung der Haut oder einer Schleimhaut steigern gleichfalls den arteriellen Druck, aber nur dann, wenn die Vasomotoren und das Herz in Ordnung sind. Durch Anwendung dieser verschiedenen Manipulationen ließ sich ermitteln, ob eine Infectionskrankheit Herz oder Vasomotoren oder beide gleichzeitig schädigt. Gemeinsam mit BRUHNS und PÄSSLER hat der Vortr. zunächst den Bac. pyocyaneus und den Pneumococcus FRAENKEL geprüft. Beide lähmen das Vasomotorencentrum im verlängerten Mark und führen dadurch eine tödtliche Störung des Kreislaufs herbei. Die peripheren Vasomotoren und in der Hauptsache auch die GOLTZ'schen Vasomotorencentren im Rückenmark bleiben intact. Der Bac. pyocyaneus beeinflußt in einem Theil der Fälle auch den Rhythmus und ganz vereinzelt die Leistungsfähigkeit des Herzens. Die Pneumococcen schädigen das Herz in keiner Weise. Bis in das letzte Stadium der Krankheit bewahrt es seine volle Leistungsfähigkeit. Durch gesteigerte Arbeit hält es sogar eine Zeit lang bei bereits beginnender Vasomotorenlähmung den Druck auf normaler Höhe. Einer Uebertragung dieser experimentell gewonnenen Ergebnisse auf die menschliche Pathologie stehen principielle Bedenken nicht im Wege. Bei der Pneumonie des Menschen spielt die Lähmung des Vasomotorencentrums im verlängerten Mark eine wichtige Rolle für die bei dieser Krankheit so wichtigen Kreislaufsstörungen. Die Thatsache, daß Menschen mit schwachem Herzen durch die Pneumonie besonders gefährdet sind, erklärt sich bei großer Ausdehnung der Erkrankung durch die Ueberlastung des rechten Herzens, in den anderen Fällen dadurch, daß das Herz hier nicht im Stande ist, den durch die Vasomotorenlähmung sinkenden Druck durch vermehrte Arbeit auf normale Höhe hinaufzutreiben, daß die Circulation hier also viel früher ungenügend wird, als bei Menschen mit normalen Herzen.

MENDELSOHN (Berlin): **Ueber die diuretische Wirkung der Lithiumsalze.**

Einleitend gibt der Vortr. eine Kritik der bisherigen Lithiumtherapie, in welcher mit besonderer Vorliebe gerade ein völlig unlösliches Salz, das Lithium carbonicum, verwendet wird. Dies gelangt aber vom Magen aus als Chlorlithium zur Resorption. Der Nachtheil dieses Präparates besteht darin, daß die starke Salzsäure, welche den Säurecomponenten des Chlorlithium bildet, bei ihrer großen Affinität viel weniger Lithium zur Bildung von löslichem harnsauren Lithium frei werden läßt, als ein anderes Lithiumsalz. Schon aus diesem Gesichtspunkt erscheint die Verwendung eines organischen Lithiumsalzes zum Zwecke der Harnsäureauflösung im Organismus zweckmäßiger. Da nun aber die Lithiumtherapie erfahrungsgemäß doch günstige Erfolge aufzuweisen hat, so hat der Vortr. experimentell geprüft, ob diese günstige Beeinflussung der harnsauren Diathese durch eine diuretische Wirkung der Lithiumpräparate zu erklären ist. Die Untersuchungen an verschiedenen Thierarten ergaben übereinstimmend eine Steigerung der Harnabsonderung durch die verschiedenen Lithiumsalze, so daß das Lithium also fortan den Diureticis zuzuzählen ist. Die einzelnen Präparate wirken indeß nicht in gleicher Intensität, am stärksten das Lithium citricum, danach das Lithium aceticum. Diese Salze empfehlen sich daher auch von dem Gesichtspunkte einer Steigerung der Diurese mehr als das kohlensaure Lithium. Der diuretische Effect tritt bei Gesunden wie bei Kranken deutlich hervor. Bei Gichtikern und Patienten mit Nierensteinen hat M. dies durch genaue Messungen festgestellt. Da alle Versuche, die abgelagerte Harnsäure innerhalb des Organismus durch Verabfolgung von harnsäurelösenden Mitteln zu lösen bisher gänzlich erfolglos geblieben sind, so sieht M. in dem Ergebniß seiner Versuche nicht etwa eine Empfehlung der Lithiumpräparate oder anderer derartiger Lösungsmittel, wohl aber einen Schritt zur Klarstellung derjenigen Momente, auf welchen bei den empirisch erprobten Mitteln, in erster Reihe den Mineralwässern, die günstige Wirkung beruhen kann. V.

Abtheilung für Chirurgie.

F. SCHULTZE (Duisburg): **Die Behandlung des Gesichtslupus.**

Die Behandlung des Gesichtslupus mittelst der radicalen Exstirpatition mit nachfolgender Transplantation nach THIERSCH soll nach SCH. in folgender Weise durchgeführt werden:

Zunächst wird das Operationsterrain präparirt. Der ulcerirende Lupus wird durch Umschläge längere Zeit behandelt, bis unter möglichst sauberen Verhältnissen gearbeitet werden kann. Bei der Exstirpation soll der Lupus principiell wie ein Tumor behandelt werden. Das Unterhautzellgewebe ist im Interesse des cosmetischen Resultats vollkommen zu schonen. Unterbindungen sind zu vermeiden. Bei der Transplantation ist stets nach exacter Blutstillung mit einem großen Lappen die Wange zu decken. Kleine Lappen geben ein schlechteres cosmetisches Resultat. Der Verband soll mit trockener steriler Gaze gemacht werden, und zwar wird zuerst ein Kranz Gaze auf die Peripherie, später ein centraler dachziegelförmiger Theil des Verbandes angelegt. Es wird hiedurch der Verbandwechsel erheblich erleichtert. Eventuelle Plastiken betreffen Auge, Nase und Schlund. Die Indication für Plastik des unteren Augenlides ist gegeben bei Verlust des Augenlides; ist der Lidrand erhalten, so kann stets ohne Ectropionbildung transplantirt werden. Oeffnung der Nasenlöcher, sowie Septumbildung wird erreicht durch Extension und Abduction, der Nasenflügel wird nach vorheriger circa 2 Cm. langer medianer Schnittführung gebildet. Totalplastiken sind bei Totaldefecten erst dann indicirt, wenn Alles ausgeheilt ist. Plastiken der Lippen, Mundwinkel etc. sind zu umgehen.

Im Ganzen kamen 22 Fälle zur Behandlung mit denkbar günstigstem cosmetischen Resultat. V.

Notizen.

Wien, 5. October 1895.

Louis Pasteur †.

Ein großer, vielleicht der größte Naturforscher unseres Jahrhunderts ist zu Grabe gegangen. LOUIS PASTEUR ist todt. Das Erbe, das er hinterläßt, ist wahrlich das eines Geistesfürsten. Kaum sind wir Aequalen im Stande, den ganzen Reichthum an Errungenschaften von ewiger Dauer zu überblicken, den wir ihm verdanken, und gleichwohl ist es künftigen Geschlechtern vorbehalten, die Bedeutung PASTEUR's in ihrer ganzen Größe zu schätzen, wenn einst Forschung und Erkenntniß bei den letzten Consequenzen der Ideen PASTEUR's angelangt sein werden. PASTEUR war es, der den Grundstein zu unseren modernen Heilbestrebungen gelegt und Stein um Stein zu dem großen Bau herangekarrt. LISTER, KOCH, BEHRING, sie alle nennen ihn Vater und beugen sich trauernd an der Bahre des großen Todten. Sein Genius erfüllt das noch unfertige Gebäude moderner Forscherarbeit . . . . .

PASTEUR's äußerer Lebensgang ist mit wenigen Worten geschildert. Im Jahre 1822 zu Döle im Jura-Departement als der Sohn eines Lohgärbers geboren, in Arbois, Besançon und Paris erzogen, erhielt

er bereits im Jahre 1848 — 1 Jahr nach Erlangung des Doctorgrades — den Lehrstuhl der Physik am Lyceum zu Dijon, ging 1848 als Professor der Chemie an die Universität Straßburg, von dort im Jahre 1854 nach Lille und 3 Jahre später nach Paris, um die wissenschaftliche Leitung der Normalschule zu übernehmen. Im Jahre 1863 wurde er als Professor der Geologie, Physik und Chemie an die École des beaux arts berufen und vom Jahre 1867 an wirkte er als Professor der Chemie an der Sorbonne. Im Jahre 1862 wurde er Mitglied der Akademie der Wissenschaften, und 1882 erfolgte seine Aufnahme in die Académie française in die Reihe der Unsterblichen.

Es war das Leben eines nimmermüden Arbeiters, dessen rastloses Drängen nach Erkenntniß und Wahrheit, gepaart mit echter Genialität, stets bahnbrechend und fruchtbar wirkte und zu Erfolgen ohne Zahl führte. Und auf wie mannigfachen Gebieten hatte PASTEUR seine Siege errungen! Eine seiner ersten Arbeiten betraf Untersuchungen auf dem Gebiete der physikalischen Chemie. Durch den von ihm erbrachten Nachweis über das Wesen des verschiedenen Verhaltens der weinsteinsauren Salze zum polarisirten Lichte gelangte er zur Entdeckung der Theorie der moleculären Dyssymmetrie und war damit einer der ersten Entdecker auf einem Gebiete, welches sich erst in den letzten Jahren Bahn gebrochen hat. An diese Studien schlossen sich die Arbeiten über Gährung und Fäulniß, die nachgerade epochale Bedeutung erlangten. Bis zu jener Zeit — Ende der Fünfziger-Jahre — standen die Lehren von BERZELIUS und LIEBIG auf diesem Gebiete in allgemeiner Geltung. PASTEUR blieb es vorbehalten, das Wesen der Gährung zu erforschen, die die Gährung bedingenden Mikroorganismen zu isoliren und künstlich Gährung zu erzeugen. In gleicher Weise gelang es PASTEUR, die Fäulnißprocesse auf die Wirkung von Mikroorganismen zurückzuführen. Damit war eine gründliche Umwälzung aller bisher zu Recht bestehenden Anschauungen eingetreten, und die wissenschaftlichen Erfolge PASTEUR's übten einen ungeahnten Einfluß auf die industrielle Technik einerseits, auf den Fortschritt der medicinischen Erkenntnisse andererseits. Denn wie durch die Kenntniß der Bier-, der Wein-, der Essiggährung, der Milchsäure- und Buttersäuregährung die Industrie in vorher nie gekannter Weise gefördert wurde, so bildeten die Lehren PASTEUR's über den Fäulnißproceß den Anfang und die Grundlage der Bacteriologie, unserer modernen Wundbehandlung und der Heilbestrebungen der jüngsten Tage. In nahem Zusammenhang mit diesen Arbeiten standen die Studien, welche PASTEUR über die Generatio aequivoca anstellte. Er war es, der diese Lehre endgiltig über den Haufen warf. Ihm verdankt ferner die Oenologie das „Pasteurisiren" der Weine, und die Seidenraupenzüchter sind durch PASTEUR zur Kenntniß der Ursache der „Corpuscules"-Krankheit der Seidenraupen gelangt und haben von ihm gelernt, derselben durch die Zellengraiuirung vorzubeugen, ein Verfahren, für welches PASTEUR im Jahre 1872 von der österreichischen Regierung einen Ehrenpreis von 10.000 fl. erhielt. Schon gelegentlich seiner Untersuchungen über die Gährungs- und Fäulnißerreger hatte PASTEUR die Entdeckung von der Modificationsfähigkeit der Mikroorganismen durch Temperaturunterschiede gemacht. Die Consequenz dieser Beobachtung waren die Studien PASTEUR's über mitigirte Krankheitsgifte. Damit begann PASTEUR in die Pathologie der Infectionskrankheiten direct einzugreifen. Nach den äußerst mühsamen und fleißigen Untersuchungen über die Heilung des Milzbrandes, die übrigens kein völlig befriedigendes Resultat ergaben, folgten die Arbeiten über Hühnercholera und endlich jene Entdeckung, welche den Namen PASTEUR's Jedermann geläufig machte, die Lyssaschutzimpfung. Sie gab den Anstoß zur Gründung des „Institut PASTEUR". Im Wege einer allgemeinen Subscription ermöglicht und im Jahre 1888 eröffnet, gibt diese Musteranstalt einem internationalen Stabe von Jüngern Gelegenheit, im Sinne des genialen Meisters zu wirken zum Ruhme der Wissenschaft, zum Heile der Menschheit.

PASTEUR wurde mit fürstlichen Ehren zu Grabe geleitet. Mit dem Präsidenten der Republik Frankreich trauert die Nation an seinem Grabe, die einen großen Sohn verloren, die internationale Gemeinde der Gelehrten, die den Hintritt eines Meisters der Forschung und des Wissens beklagt.

(Die Wasserversorgung Wiens.) Die Vereinigung der ehemaligen Vororte mit der Residenzstadt, sowie die rasch anwachsende Bevölkerung Wiens haben die Frage der Wasserversorgung der Großstadt, die wichtigste aller hygienischen Fragen, zu einer actuellen gestaltet. Trotz der in jüngster Zeit glücklich durchgeführten Einbeziehung neuer Quellen zur Speisung der „Hochquellenleitung" reicht die qualitativ tadellose Wassermenge der letzteren für Straßenbespritzung, Canalspülung, Badeanstalten, industrielle Zwecke etc. schon lange nicht mehr aus. Die Behörden sowohl, wie die Publicistik beschäftigen sich daher seit Jahren mit dieser Angelegenheit; während alle betheiligten Factoren einhellig die Nothwendigkeit der Herbeischaffung größerer Wassermengen betonen, sind die maßgebenden Kreise über die Mittel uneinig, welche hiebei in Anwendung zu kommen haben. Die Schwierigkeit, Wasser zu erhalten, führte zu dem Projecte, neben der Trinkwasser- eine Nutzwasserleitung (aus der Donau) zu errichten, für welches bekanntlich der Schöpfer der Hochquellenleitung, Prof. SUESS, eintritt, während das Stadtphysikat in seinem Gutachten vom 15. Juli 1892 in erster Linie die Einbeziehung selbst entfernterer Hochquellen ohne Rücksicht auf die Kosten, in zweiter Reihe die Ergänzung der Hochquellenleitung durch eine zweite, das Grundwasser des Steinfeldes führende Leitung und nur im Falle der Undurchführbarkeit dieser beiden Projecte die Errichtung einer, jedoch nur mit Donau-Grundwasser gespeisten Nutzwasserleitung empfahl. Kurz vor Abgabe dieses Gutachtens hatte die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien nach längerer Berathung eine Resolution gefaßt, in welcher dieselbe, einem Referate des Prof. MAX GRUBER zustimmend, die gesammte Versorgung der Stadt und insbesondere der Häuser mit ungleichartigem Genuß- und Nutzwasser für ein sanitäres Uebel und eine sanitäre Gefahr erklärte und die Ueberzeugung aussprach, daß durch Einleitung des Grundwassers des Wr. Neustädter Steinfeldes in die Stadt die Hochquellenleitung in glücklicher Weise ergänzt werden könne. — Nunmehr hat auch der österreichische Ingenieur- und Architektenverein Stellung zu dieser Frage genommen und nach Abhaltung zahlreicher Enquêten durch den hiezu gewählten Ausschuß sein Gutachten abgegeben, welches eine zwischen den bestehenden Gegensätzen vermittelnde Haltung einnimmt. Zunächst empfiehlt dasselbe im Hinblick auf die besonderen Vortheile, welche dem einheitlichen Versorgungssystem mit Wasser bester Qualität zukommen, die thunlichste Aufrechthaltung dieses Principes. Deshalb sei die „schon in nächster Zeit unvermeidliche Beschaffung von Nutzwasser" aus einem reinen Entnahmegebiete mittelst getrennter Zuleitungen vorerst auf ein thunlichst geringes Verwendungsgebiet (vornehmlich auf einzelne Industriebezirke und Objecte mit größerem Nutzwasserverbrauche) derart zu beschränken, daß das im übrigen Stadtgebiete zunächst erforderliche Nutzwasser womöglich noch aus den bestehenden Hochquellenleitungen und dem bereits vorhandenen oder neu zu beschaffenden Wasserwerken für bestimmte Verbrauchszwecke (Straßenbespritzung, Gartenbewässerung, Canalspülung etc.) beschafft werden könnte.

(Reciprocität in der ärztlichen Praxis.) Officiös wird verlautbart: Von Seite der königlich ungarischen Regierung wurden zum Zwecke der Durchführung der Reciprocität hinsichtlich der Praxis der Aerzte in beiden Reichshälften Verhandlungen angeregt. Das k. k. Ministerium des Innern legt Werth darauf, über die Zahl jener ungarischen, beziehungsweise croatisch-slavonischen Staatsbürger, welche ihr medicinisches Doctordiplom an einer österreichischen oder an einer ungarischen Universität erlangt haben und auf Grund desselben in dem im Reichsrathe vertretenen Ländergebiete die ärztliche Praxis ausüben, genaue Kenntniß zu besitzen. Die Bezirkshauptmannschaften und die Magistrate der Städte wurden daher im Wege der Landesbehörden aufgefordert, ein Verzeichniß der ungarischen Aerzte zu verfassen, welches die ungarische Zuständigkeitsgemeinde und das Comitat, das Datum des erlangten Doctordiploms, die Universität oder Lehranstalt, von der das Diplom ausgestellt wurde, endlich Angaben, ob die betreffenden Aerzte eine Anstellung im Gemeinde-Sanitätsdienste, bei Krankencassen etc. etc. besitzen und wie hoch sich deren fixe Jahresbezüge belaufen, endlich die Gemeinde, in welcher sie die Praxis ausüben, enthält.

(Denkmal-Enthüllung.) Am 22. September fand in Wartenberg (Böhmen) die feierliche Enthüllung des Denkmals für den aus Wartenberg gebürtigen, am 2. September 1887 verstorbenen Professor an der deutschen Universität in Prag, Dr. ANTON JAKSCH R. v. WARTENHORST, statt. Die Feier, welcher die Familienmitglieder, unter ihnen der Sohn, Prof. RUDOLF R. v. JAKSCH, und der Schwiegersohn, Prof. PETŘINA, und zahlreiche Vertreter der Prager Universität beiwohnten, wurde durch eine formvollendete Rede des derzeitigen Decans der deutschen medicinischen Facultät in Prag, Prof. v. ROSTHORN, eingeleitet, welche der scientifischen und didactischen Bedeutung des Verblichenen auf dem Gebiete der Medicin gerecht wurde. Das künstlerisch ausgeführte Denkmal bildet eine hohe Granitpyramide, deren Vorderseite das wohlgetroffene Reliefbild des Gefeierten trägt.

(Auszeichnung.) Dem Chefarzte des Militärcurhauses der österreichischen Gesellschaft vom weißen Kreuze in Arco, Dr. EDUARD SCHIDER, ist der Titel eines kais. Rathes verliehen worden.

(Polikliniken in Berlin.) Eine bemerkenswerthe Entscheidung in Angelegenheit der Polikliniken hat jüngst die Deputation für die städtischen Krankenanstalten Berlins getroffen. Sie hat einen Antrag der Direction des Krankenhauses am Urban, in der Nähe desselben Räume zur Abhaltung der Poliklinik zu miethen, abgelehnt, und zwar mit der Begründung, daß die Polikliniken der städtischen Krankenhäuser nur zur Nachcur derjenigen Kranken dienen sollten, welche aus dem Krankenhause entlassen werden, nicht aber, wie das häufig vorkomme, zur unentgeltlichen Behandlung begüterter Leute, welche thatsächlich häufig diese Gelegenheit benutzen.

(Zur Nachahmung.) Der Maire von Montpellier hat die Verpackung von Nahrungsmitteln irgend welcher Art in Drucksorten, wie Zeitungen, Buchtheile, Prospecte etc. verboten, da dieselben, einem Gutachten des städtischen Laboratoriums zufolge, Infectionskeime enthalten.

(Cholera-Nachrichten.) In der abgelaufenen Woche sind aus Galizien 18 Erkrankungs- und 12 Todesfälle (gegen 23 Erkrankungs- und 18 Todesfälle in der Vorwoche) gemeldet worden. Die Gesammtzahl der seit 23. August constatirten Cholerafälle beträgt 94, die Mortalität 60·6%.

(Statistik.) Vom 22. bis inclusive 28. September 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5448 Personen behandelt. Hievon wurden 1129 entlassen; 129 sind gestorben (10·25% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 58, egyptischer Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie 2, Blattern —, Varicellen 14, Scharlach 80, Masern 44, Keuchhusten 87, Wundrothlauf 21, Wochenbettfieber 1, Parot. epid. —, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 561 Personen gestorben (— 49 gegen die Vorwoche).

Gießhübl-Sauerbrunn, seine Kurmittel und Indicationen für dieselben.

Wie der langjährige Kurarzt Dr. W. GASTL in der „Prager Med. Wochenschrift" mittheilt, liegt der Kurort im Egerthale an beiden Ufern der Eger — mitten in einem 860 Joch großen Fichtenhochwalde, 340 Meter üb r der Nordsee und ist von herrlichen Parkanlagen umgeben, woraus sich der hohe Ozongehalt der Luft erklärt. Die reine, frische, staub-, rauch- und keimfreie Waldluft ist also einer der Hauptheilfactoren von Gießhübl-Sauerbrunn.

Gießhübl-Sauerbrunn übt einen überraschenden Einfluß auf **Spitzencatarrhe** und chronische **Bronchialcatarrhe** aus und ist besonders bei **Bronchoblennorrhoe** mit Bronchiectasie und massenhafter Secretion von großem Werthe, was wohl auf den Einfluß der mit flüchtigen Harzölen geschwängerten Luft und auf die Wirkung der Inhalation zerstäubten Sauerbrunnens zurückzuführen ist. Außerdem wirkt aber diese **reine aromatische Luft** auch anregend auf die **Nervenkranken**, die zur Durchführung der Kaltwasserkur ein starkes Contingent der Kurgäste bilden, ebenso auf das Gros der **Reconvalescenten** nach schweren Krankheiten, Operationen und anstrengenden Bade- und Trinkkuren, endlich auch auf jene Kranken, die zum Zwecke von **pneumatischen Kuren** den hier zu allererst im Jahre 1883 eingeführten Zählweg benutzen, also auf alle diejenigen, welche an **Asthma**, **Emphysem der Lunge** und **Herzerweiterung** leiden.

Ein weiteres und wohl das hauptsächlichste Kurmittel in Gießhübl-Sauerbrunn ist **der vorzügliche Sauerbrunn**, der in vier gefaßten Quellen zu Tagen tritt, von denen aber nur zwei zur Trinkkur und zum Versandt geeignet sind — während die dritte, wegen ihres hohen Eisengehaltes, als Badewasser und die vierte wegen ihres hohen Alkali- und geringen Kohlensäuregehaltes zu Inhalationszwecken verwendet wird. Den unter dem Sammelnamen Mattoni's Gießhübler in mehreren Millionen Flaschen in die ganze Welt versandten Sauerbrunn liefern zwei Quellen, die eine, 40 Meter über der Thalsohle, aus Granit und Basalt sprudelnde alte **König Ottoquelle**, welche bereits vor 380 Jahren beschrieben wurde und die **Thalquelle**, welche wegen ihres enormen Wassergehaltes auch dem ausgedehntesten Versandt in alle Zukunft die Garantie ungeschmälerter Leistung bietet.

Der Gießhübler Sauerbrunnen ist als Trinkkur indicirt bei Erkrankungen der Luftwege, des Magens, bei Icterus, Gallensteinen, bei Catarrhen der Harn- und Geschlechtsorgane, Nieren- und Blasensteinen, chronischer Nierenentzündung und Albuminurie, bei Diabetes, Nervosität, Hysterie und Hypochondrie, Erbrechen der Schwangern, bei **Blutarmuth, Scrophulose, Rachitis, Gicht, Typhus, Puerperalfieber**, bei Exsudationen in den Körper- und Gelenkhöhlen, wo es sich um rasche Aufsaugung der Exsudate handelt etc. Mit der Trinkkur kann eine entsprechende Badekur in den oben erwähnten Krankheitsformen unterstützend einwirken.

Als ein weiteres Kurmittel in Gießhübl-Sauerbrunn ist die **Wasserkur**, die Badekur überhaupt anzuführen. Ich erwähne nur, **daß die Wasserheilanstalt in Gießhübl-Sauerbrunn** modern, ja in einzelnen Theilen **ganz specifisch eingerichtet ist**, denn manche Einrichtungen, die hier zuerst und ganz allein getroffen wurden, sind durch den mehr als 12jährigen Gebrauch in tausenden von Fällen mit Recht als festes Glied in das Armamentarium der Hydrotherapie aufgenommen worden, so die **strömenden Sitz-, Knie- und Fußbäder**, die **Staubdouche**, die **rotirenden Douchen**, die große Douche. Indicirt ist die Wasserkur bei chronischen **Nervenkrankheiten**, bei **Neurasthenie** und **Hysterie**, die letztere in Verbindung mit der **Milchmast-** und **Massagekur** von Playfair, Beard & Mitchell, die Neuralgien, die Hyperästhesien und Anästhesien in Verbindung mit der **Hydroelektricität**, welche von allen österreichischen Kurorten zuerst in Gießhübl 1883 als integrirender Heilfactor eingeschaltet wurde, bei **Lähmungen** und Krampfformen, bei psychischen Depressionszuständen, bei Spermatorrhoe, **Impotenz, Schlaflosigkeit**, chronischen **Intoxicationen** mit Morphin, Alkohol etc.

Die Einrichtung zur **Inhalationskur** daselbst besteht in einem **Apparate**, der vielfach auf hygieinischen Ausstellungen demonstrirt, in Venedig und London ausgezeichnet wurde und in einem eigenen, seit 1884 eingerichteten Pavillon aufgestellt ist. Die Wirkung ist eine ganz auffallende auf den **Larynx** und die **Bronchien**; der in denselben angesammelte saure Schleim wird neutralisirt, dünnflüssig gemacht und aus den Bronchien entfernt; **die catarrhalisch geschwellte Schleimhaut wird zugleich** durch die Einwirkung des Wassers, der Alkalien und der Kohlensäure **gewaschen** und **desinficirt**, durch die Temperatur desselben (8° C.) abgekühlt und so zur Heilung gebracht. Außerdem wirkt diese Temperatur zugleich erfrischend und abhärtend, wodurch die Kur nicht blos curativ, sondern auch prophylaktisch wirkt.

Ein **Kurmittel**, welches in Gießhübl-Sauerbrunn **zur Behandlung von Lungenemphysem** und **Herzverfettung** zuerst im Jahre 1883 eingerichtet und seit dieser Zeit mit Vortheil für die Kranken angewendet wird, **ist der Zählweg in Verbindung mit einer Vorrichtung zum Einathmen von comprimirter und Ausathmen in verdünnte Luft.**

Das Hauptmaterial, welches hier zur Behandlung kommt, sind **Lungenemphysematiker**, welche in verdünnte Luft ausathmen und dadurch ihre Lungenalveolen von verdorbener Luft und dem angesammelten Schleim durch Aspiration entleeren. Darauf werden die Kranken auf ansteigenden Wegen in den harzigen Hochwald geschickt und so gezwungen, wieder tief einzuathmen und die unthätig gewordenen Alveolen mit Harzöl, Sauerstoff und ozonreicher Luft von Neuem zu füllen; dadurch wird in denselben ein neuer Stoffwechsel eingeleitet und die unelastisch gewordenen Alveolen wieder zu ihrer alten Elasticität und neuer Functionsfähigkeit zurückgebracht. Der Kranke steigt einen ziemlich steilen, gut gebahnten Weg an, der in 30 Stationen getheilt und mit Sitzbänken und Nummern versehen ist, so weit, bis er wieder kurzathmig geworden ist; dann setzt er sich nieder, notirt sich die Nummer der Bank in seinem Buche, ruht aus und steigt dann nicht mehr, sondern geht ruhig herunter. So kommt er täglich weiter, d. h. zu einer immer höheren Nummer, weil eben größere Gebiete seiner Lunge wieder functionsfähig werden. Hat der Patient den ganzen Zählweg, d. h. 4 Kilom. Länge mit einer Steigung von 200 Meter, in einer Tour, ohne kurzathmig zu werden, gemacht, so wird er entlassen, denn man hat die Gewähr, daß sein Emphysem gewichen ist, was die jedesmalige Untersuchung auch bestätigt.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Vossius A., Das Staphylom der Cornea und Sklera. 3 Tafeln mit Text. Breslau 1895, J. N. Kern.

Rieder H., Handbuch der ärztlichen Technik. Leipzig 1895, F. C. W. Vogel.

Ziegelroth, Die Nervosität unserer Zeit. Stuttgart 1895, A. Zimmer.

Bürger L., Die staubfreie Abfuhr des Hauskehrichts. Wien 1895, Selbstverlag.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Offene Correspondenz der Redaction und Administration.

Herrn Dr. R. R. in Nürnberg. Solche Curse bestehen in Wien nicht; ein Verzeichniß der Vorlesungen findet sich im Lectionskatalog, der durch jede Buchhandlung besorgt wird.

Nr. 41. Sonntag den 13. October 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“** in Wien, I., **Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Eine Modification des Gleich'schen Operationsverfahrens beim Plattfuß.

Von **Prof. Dr. Obalinski** in Krakau.*)

Die Schmerzen, welche durch den sogenannten Plattfuß hervorgerufen werden, sind verschiedenen Grades; während die einen Träger dieses pathologischen Zustandes nur zu Fachbeschäftigungen untauglich werden, bei welchen sie viel herumgehen oder stehen müssen, und im Ruhezustande die Schmerzen bei ihnen nicht so groß sind, empfinden die anderen auch sonst so große Schmerzen, daß sie gar nicht herumgehen, sondern tage-, sogar wochenlang bettlägerig werden, da auch mäßiges Herumgehen für sie lästig wird.

Diese Schmerzen zwangen die mit ihnen behafteten Plattfüßler, bei den Aerzten Rath zu suchen; sie waren auch der Grund näherer Untersuchungen über den Plattfuß überhaupt, wobei sich zeigte, daß nicht jeder Plattfuß jene Schmerzen oder Ermüdung beim Gehen aufweise, da manche Menschenracen, wie z. B. die Neger, sich durch Plattfüße auszeichnen und dennoch gute Fußgänger sind, daß weiter angeborene Plattfüße und Pedes valgi ziemlich gut fungiren, ohne jegliche Schmerzen zu verursachen.

Der schmerzhafte Plattfuß entsteht, wenn ein bis nun normaler Fuß binnen kurzer Zeit zum Plattfuß wird, wodurch das Verhältniß der Ansatzpunkte gewisser Muskelgruppen eine Schwankung erfährt. Einige Autoren betrachteten diesen Schmerz als Symptom einer Muskelentzündung, doch haben Gosselin und Lorenz die Unrichtigkeit dieses Ausspruches nachgewiesen, und von ihnen stammen die modernen Benennungen: „Tarsalgie des adolescents, contracter Plattfuß“, indem der von den gezerrten Gelenkbändern verursachte Nervenreiz auf die Pronatoren übergeht und in ihnen eine reflectorische Contractur hervorruft.

Darauf beruht der gute Erfolg der im Anfangsstadium anempfohlenen Massage und der keilförmigen Schuheinlagen.

Nachdem aber diese Therapie nicht selten nur vorübergehenden Nutzen bringt, nachdem andererseits nicht alle Patienten sich so einem langwierigen und dadurch ziemlich kostspieligem Curverfahren unterziehen können, sannen die Chirurgen schon seit geraumer Zeit darauf, um diesem Uebel auf radicalere und zugleich kürzere Art vorbeugen zu können.

Hieher gehört die beinahe gleichzeitig von zwei deutschen Chirurgen angegebene und angewendete Operationsmethode (Trendelenburg und Hahn), welche auf Osteotomie beider Unterschenkelknochen oberhalb der Malleoli beruht, ähnlich, wie dies bei der Mac Ewen'schen Osteotomie des Genu valgum geschieht. Der erste von ihnen war mit dem erzielten Erfolg ziemlich zufrieden, der andere minder, so daß er manchmal noch das Ogston'sche Verfahren hinzufügen mußte, nämlich die Excision eines Keiles in der Talonaviculargegend.

Auf dem 22. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1893) veröffentlichte Gleich, Operationszögling an weil. Billroth's Klinik, ein neues Operationsverfahren, bei dem ein schräges Durchsägen des Fersenbeines und Verschieben der hinteren Hälfte nach unten und innen genügt, um einen ausreichenden Fußbogen zu bilden.

Gleich's Methode besteht aus folgenden Operationsacten: 1. Subcutane Tenotomie der Achillessehne. 2. Ein dem Pirogoff'schen ähnlicher Bügelschnitt. 3. Durchsägen des Fersenbeines in der Richtung von unten nach oben und von vorne nach hinten. 4. Verschiebung der hinteren Hälfte des durchsägten Fersenbeines nach unten und innen und Naht.

Dem Autor selbst war es nicht vergönnt, die theoretisch so gut erdachte und an der Leiche erprobte Methode auch am Lebenden auszuführen, doch wurde dieselbe einmal

*) Vorgetragen auf dem VII. Congreß polnischer Chirurgen zu Krakau.

von v. EISELSBERG in Wien und zweimal von BRENNER in Linz angewendet. Der erste von ihnen operirte ganz nach den vom Verfasser angegebenen Regeln, der zweite machte statt des Bügelschnittes einen Seitenschnitt, außerdem ließ er im zweiten Fall die Tenotomie der Achillessehne aus.

Vor einigen Monaten hatte ich Gelegenheit, einen schmerzhaften Plattfuß auf diese Weise zu operiren, und da, wie ich es oben gezeigt habe, die Anzahl der so operirten Fälle noch sehr gering ist, erlaube ich mir, diesen Fall zu publiciren, und zwar um desto mehr, nachdem ich im Verfahren selbst kleine Modificationen eingeführt habe, die meines Erachtens den guten Erfolg des Verfahrens zu sichern bestimmt sein dürften.

A. W., 17 Jahre alt, Glasergeselle aus Wieliczka, erschien am 1. April l. J. im Ambulatorium des chirurgischen Pavillons des hiesigen allgemeinen Krankenhauses wegen bedeutender, seit einem halben Jahre dauernder Schmerzen im linken Fußgelenke. Da nach einer flüchtigen Untersuchung die Diagnose auf schmerzhaften Plattfuß gestellt wurde, machte ich dem Vater des Pat. den Vorschlag einer kleinen Operation, wozu beide gerne sich entschlossen und Pat. allsogleich im Spital verblieb.

Die Untersuchung wies auf: Körperbau und Ernährungszustand dem Alter angemessen. Der linke Fuß in Pronationsstellung, wodurch die Fußsohle abgeplattet erscheint und ihr innerer Rand weniger concav als beim rechten Fuß, was auch graphisch auf dem beigefügten Ichnogramm (Fig. 1 a, b) dargestellt ist. Der Höcker des Kahnbeines steht mehr nach innen hervor als im normalen Zustande, und außerdem liegt derselbe unterhalb einer Linie, welche vom Fersenbeinhöcker zum Köpfchen des ersten Metatarsalknochens gezogen gedacht wird. Ich lege besonderen Nachdruck auf dieses von mir zuerst berücksichtigte Ausmaß, da man sich leicht überzeugen kann, daß dieser Punkt im normalen Zustande auf der genannten Linie selbst und bei besonders hoch gebauten Füßen sogar über derselben zu liegen kommt.

Ich beschloß, die Operation nach dem von GLEICH angegebenen Verfahren auszuführen und führte sie auch am 5. April 1895 in Chloroformnarkose aus, doch mit einigen kleinen Modificationen, zu denen ich auf Grund folgenden Raisonnements kam.

In Anerkennung des Umstandes, daß es besser ist, die Narbe nicht an der Fußsohle zu bekommen, was schon von BRENNER berücksichtigt worden ist, legte ich den Weichtheilschnitt anders an, und zwar umgekehrt, wie es GLEICH angerathen hat, also in Gestalt eines ∩, so daß der Bogen nach oben, die Schenkel dagegen nach unten gerichtet waren. Dies that ich deswegen, um zugleich mit demselben Schnitt auch die Tenotomie der Achillessehne ausführen zu können, welche ich gegen BRENNER für einen sehr wichtigen Operationsact halte. Dadurch wurde nach schräger Durchsägung des Fersenbeines dessen hintere Hälfte sehr mobil und der Zutritt zu ihr sehr erleichtert, so daß dieselbe durch mehrere Catgutnähte in der gewünschten Stellung fixirt werden konnte, worauf ich besonderen Nachdruck lege. Eine Reihe von Hautnähten schloß die Wunde vollständig ab.

Der Verlauf war sehr günstig. Der Verband wurde nach 14 Tagen gewechselt; prima intentio. Daß das Resultat der Operation ein ganz gutes war, kann man einerseits schließen aus dem nach 6 Wochen gemachten Ichnogramm (Fig. 2) und weiter aus den Aussagen des vorgestellten Patienten (3 Monate nach der Operation), daß er gut herumgehen kann und keine Schmerzen mehr empfinde.

a b

Fig. 1.

Fig. 2.

Resultate der elektrischen Behandlung

einer

veralteten — ein Jahr lang bestehenden — traumatischen Contractur der rechten Ober-extremität.

Von **Dr. St. Szuman in München.**

Der im Folgenden beschriebene Fall scheint dem Verf. insoferne ein allgemeineres Interesse zu beanspruchen, als veraltete traumatische Contracturen gewöhnlich eine schlechte Prognose ergeben; andererseits aber auch aus dem Grunde, weil hier der Werth der Elektricität als Heilmittel gegenüber mechanischen Heilfactoren (Massage, Gymnastik) mehr als sonst hervorgetreten ist.

Anamnese: Patientin N. N., 47 Jahre alt, kam am 25. Juni 1892 in meine Behandlung. Am 2. Januar 1891 gewahrte sie angeblich einen gelblichen Punkt in der Mitte der Vorderfläche des Interphalangealgelenkes des rechten Daumens und fühlte an dieser Stelle sehr heftige reissende Schmerzen.

Am folgenden Tage wurde ein Bader gerufen, der eine kleine Incision an der schmerzenden Stelle machte. Es soll sich aus der Wunde nur wenig Eiter, untermischt mit Blut, entleert haben. Als die Schmerzen nicht aufhörten und Schwellung der ganzen Hand und des unteren Drittels des Vorderarmes eintrat, consultirte Patientin am 4. Januar 1891 einen Arzt, welcher angeblich unter Chloroformnarkose zwei tiefe Incisionen machte: Die eine, etwa 6 Cm. lang, über dem Handgelenk in der Mitte der Volarfläche des Vorderarmes, seiner Längsachse entsprechend, die zweite, etwa 5 Cm. lang, an der Volarfläche des Metacarpus, der ersten und zweiten Phalanx des rechten Daumens in der Richtung der Längsachse desselben. — Aus beiden Wunden soll sich eine Menge gelben, mit Blut untermischten Eiters entleert haben. Die beiden Wunden wurden angeblich drainirt. Antiseptischer Verband, sehr langwierige, 6 Monate lang dauernde Eiterung, dann Heilung.

Status praesens. Bei meiner ersten Untersuchung war der Befund der folgende. Den Incisionswunden entsprechend, war je eine etwa 5 Cm. lange Narbe bemerkbar. Die Narbe an der Volarfläche des Unterarmes war in ihrem Verlauf, insbesondere aber am unteren Ende stark eingezogen.

Fig. 1.

Die tiefste Stelle der Einziehung lag etwa $^1/_5$ Cm. unter dem Niveau der Unterarmrundung. Die Umgebung der Narbe fühlte sich radial und ulnarwärts sehr derb an. Die Narbe am rechten Daumen war straff, brückenartig gespannt. Ihre Umgebung fühlte sich auch derb an. Es bestand eine Contractur sämmtlicher Finger der rechten Hand. — Der Daumen war in die Hohlhand eingezogen, und zwar in der Weise, daß er dem Metacarpus des Zeigefingers auflag. Die Stellung des zweiten bis fünften Fingers war die folgende. Die ersten Phalangen standen etwa in einem Winkel von 150° zum Metacarpus, die zweiten zu den ersten Phalangen im rechten Winkel, die dritten zu den zweiten in einem Winkel von etwa 120°. In dieser Stellung (Fig. 1) sollte nach Angabe der Pat. die kranke Hand ein Jahr lang trotz angewandter Dehnungen, Streckungen, Massage, Bäder etc. verharrt haben. Es bestand nur eine ganz minimale Beweglichkeit (Flexion und Extension) in den Metacarpophalangealgelenken des 2.—5. Fingers. Alle Interphalangealgelenke konnten weder willkürlich flectirt, noch extendirt, die Finger weder ab- noch adducirt werden. Die Beweglichkeit des Handwurzelgelenkes: Beugung, Streckung, Ab- und Adduction der Hand war fast ganz aufgehoben. Das Capitulum ulnae war dorsalwärts verschoben, und es war dadurch eine Subluxation zwischen ihm und der entsprechenden halbmondförmigen Gelenkfläche des Radius geschaffen. Das Flexions- und Extensionsmaximum war im Ellbogengelenk der kranken Extremität etwa um einen Winkel von 20° geringer als normal. Die Pronation und Supination des Unterarmes konnte nur mit großer Mühe ausgeführt werden. Den herabhängenden Arm vermochte Patientin nicht ganz bis zur Horizontalen zu heben. Befand sich der Arm in der soeben angegebenen Stellung, so konnte die Hand bei Flexion des Unterarmes weder auf das Gesicht, noch auf den Nacken gelegt werden. Es bestand eine Atrophie der Muskeln der Hand, des Unter- und Oberarmes, welche zunächst folgende Maßbestimmungen veranschaulichen:

Rechte kranke obere Extremität.		Linke gesunde obere Extremität.	
Umfang der Hand in der Mitte rechts	16·7 Cm.	Umfang der Hand in der Mitte links	18·3 Cm.
Umfang des Handgelenkes rechts	14·5 „	Umfang des Handgelenkes links	15·5 „
Umfang in der Mitte des Vorderarmes rechts . .	17·2 „	Umfang in der Mitte des Vorderarmes links . . .	19·0 „
Umfang d. Ellbogens rechts .	21·5 „	Umfang d. Ellbogens links .	22·3 „
Umfang in der Mitte des Oberarmes rechts . . .	22·5 „	Umfang in der Mitte des Oberarmes links	23·4 „

Die kranke Hand fühlte sich wachsartig und kühl an, die Haut darüber war welk, schlaff, von livider Verfärbung. Die Nägel am Zeige- und Mittelfinger waren verunstaltet und glänzend (glossy fingers [1]). Nach Angabe der Patientin waren dieselben ein Jahr lang im fortwährenden Wechsel begriffen. Die Kraft der Finger und der Hand war gleich Null. Patientin vermochte nicht die leichtesten Gegenstände zu heben.

Sensibilität. Dieselbe war am Zeige- und Mittelfinger vollständig aufgehoben, weder Tast-, noch Orts-, noch Temperatursinn war vorhanden. Zugleich bestand Analgesie an diesen Fingern. Beim Druck auf den eingezogenen Theil der Narbe am Unterarm empfindet Pat. eine von da aus in die Hohlhand und in den Mittel- und Zeigefinger ausstrahlende starke Formication.

Sowohl aus der Anamnese, als auch aus dem anatomisch-pathologischen Befund war es sofort klar, daß es sich um eine traumatische Contractur an der rechten oberen Extremität mit ihren Folgezuständen: Atrophie der Muskeln, Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen handelte.

Die elektrische Untersuchung ergab quantitative und qualitative Erregbarkeitsveränderung — Ea R an den Nn. medianus, ulnaris und radialis. Die galvanische und faradische Erregbarkeit war an denselben vollständig erloschen. Die durch den galvanischen Strom erzeugten Zuckungen von diesen Nerven versorgter Muskeln waren träge, langgezogen, wurmförmig. $AnSZ > KaSZ$.

Schon aus dem anatomisch-pathologischen Befund konnte man schließen, daß die Leitungshemmung in der Sphäre der Nn. medianus und ulnaris durch bindegewebige Induration: Bildung von Narbengewebe oberhalb des Handgelenkes — bedingt war. An dem N. radialis entstand dieselbe wohl in Folge der permanenten Dehnung desselben, welche durch die im Status praesens beschriebene anatomische Configuration der betroffenen Extremität hervorgerufen war.

Therapie: Elektricität, Galvanisation.

An. auf den Plexus brachialis in der Fossa supraclavicularis, Ka. zunächst labil, dem Verlauf des N. medianus und ulnaris entsprechend, dann auf die Nervenpunkte des Medianus, Ulnaris, Radialis, ferner An. auf die Nervenpunkte am Oberarm

[1]) Erb, Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. II, pag. 524. Leipzig 1876, 2. Auflage.

und in der Ellenbeuge, Ka. labil am Unterarm und stabil auf die Medianus- und Ulnarispunkte über dem Handgelenke; endlich An. an letztgenannten Stellen, Ka. stabil und labil auf die Handmusculatur: Mm. lumbricales, interossei, Muskeln des Daumen- und Kleinfingerballens.

Stromstärke steigend 1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15 M.-A. Häufige Wendungen der Pole und Unterbrechungen des Stromes. Bei Reizung der Nervenpunkte und beim Galvanisiren der Handmusculatur wurde die Einheitselektrode von 3 Quadr.-Cm. Oberfläche, beim Elektrisiren der Ober- und Unterarmmusculatur große Elektroden von 40 und 50 Quadr.-Cm. Oberfläche angewendet. Die Stromdichtigkeit war bei Reizung der Nervenpunkte und der Handmusculatur $\frac{1-8}{3}$, beim Elektrisiren der Ober- und Unterarmmusculatur betrug sie $\frac{1-15}{40-50}$. Die Elektroden waren stets mit warmem Wasser gut durchfeuchtet. Den galvanischen Strom entnahm Verf. einer Batterie von 60 LECLANCHÉ'schen, leistungsfähigen Elementen. Die Dauer der Sitzung betrug im Anfang je 5, später je 8—10 Minuten.

Schon der Effect der ersten Sitzung war ein ganz überraschender. Pat. gab an, daß sie in der sonst ganz leblosen, kalt und wachsartig sich anfühlenden Hand ein Gefühl von Wärme, Frische und Leben empfinde; sie konnte mit den sonst fast ganz starren Metacarpophalangealgelenken aller Finger deutlich wahrnehmbare Flexions- und Extensionsbewegungen machen, die ersten Phalangen aller Finger ab- und adduciren; ferner vermochte sie den Arm über die Horizontale bis zu einem Winkel von etwa 30° zu erheben. Wurde der Unterarm in der soeben genannten Elevationsstellung flectirt, so konnte Patientin die Hand auf's Gesicht und auf den Kopf legen.

Nach der zweiten Sitzung konnte sie deutliche Greifbewegungen mit dem Daumen und Zeigefinger machen. Bleistift, Federhalter und andere leichte Gegenstände fassen und halten, auf die ihr gereichte Hand einen deutlich wahrnehmbaren Druck ausüben. Nach der vierten Sitzung vermochte sie den Hut vom Kopfe herunterzunehmen und wieder aufzusetzen.

In den folgenden 13 Sitzungen nimmt die Kraft und die Beweglichkeit der Hand, insbesondere des Zeigefingers und des Daumens immer mehr zu, und sind sogar feinere Manipulationen, wie Knotenmachen am Faden, Einhaften und Zuknöpfen des Mantels möglich.

Nach der 17. Sitzung kann Patientin schon ganz deutlich schreiben.

Von der dritten Woche der Behandlung ab wurde Pat. angewiesen, alle leichteren Arbeiten im Haushalt zu verrichten zu suchen. Dazu gehörte anfangs Tragen von leichten, später auch schwereren Gegenständen, Mangeln, Bügeln der Wäsche etc. Bei den zuletzt genannten Verrichtungen benutzte Patientin natürlich nur aushelfend die kranke Hand.

In oben beschriebener Weise wurde Patientin 2 Monate lang täglich mit dem constanten Strome behandelt. Das Faradisiren und Galvanofaradisiren der kranken Oberextremität, die ein paar Mal versuchsweise angewendet wurden, hat Verf. wieder fallen lassen, weil der Effect dieser elektrischen Proceduren dem durch den galvanischen Strom erzielten nicht vergleichbar war.

Befund nach der Behandlung.

Anatomische Configuration (Fig. 2). Die Hand präsentirt sich in der Pronation mehr gestreckt wie vor der Cur. Sie hat in der Maximalextensions- und Adductionsstellung der Finger die Form einer seichten Mulde. Die ersten Phalangen stehen zum Metacarpus in einem Winkel von etwa 175°, die zweiten zu den ersten in einem Winkel von etwa 160°, die dritten zu den zweiten in einem Winkel von etwa 130°. Sowohl mit den Metacarpophalangeal- als auch den Interphalangealgelenken sind deutliche Flexions- und Extensionsexcursionen möglich.

Die Finger können ziemlich ausgiebig ab- und adducirt werden. Die Beweglichkeit des Handgelenkes hat etwas zugenommen. Die Stellung des Oberarmes zum Unterarm ist unverändert geblieben. Die Pronation und Supination des Vorderarmes ist in viel höherem Grade als früher möglich. Inwieweit die Atrophie der Handmusculatur, der Muskeln des Vorder- und Oberarmes verschwunden ist, veranschaulichen die folgenden Maßbestimmungen.

Rechte kranke obere Extremität.		Linke gesunde obere Extremität.	
Umfang der Hand in der Mitte	17·6 Cm.	Umfang der Hand in der Mitte	18·3 Cm.
Umfang d. Handgelenkes	14·7 „	Umfang des Handgelenkes	15·5 „
Umfang in der Mitte des Vorderarmes	18·5 „	Umfang in der Mitte des Vorderarmes	19·0 „
Umfang des Ellbogens	22·0 „	Umfang des Ellbogens	22·3 „
Umfang in der Mitte des Oberarmes	23·0 „	Umfang in der Mitte des Oberarmes	23·4 „

Zwischen den ersten und zweiten Phalangen aller Finger vermag Patientin selbst ganz kleine Gegenstände (Münzen etc.) durch Adduction zu halten. Greifbewegungen sind nur zwischen Daumen und Zeigefinger möglich. Diese beiden Finger haben an Kraft so sehr zugenommen, daß Patientin zwischen ihnen Gegenstände bis zu 2 Kgrm. Schwere halten kann. Die Kraft der Hohlhand ist so groß, daß dieselbe bis 4 Kgrm. Gewicht tragen kann. Die Sensibilität, welche früher am Zeige- und

Fig. 2.

Mittelfinger gar nicht vorhanden war, hat sich an der ersten Phalanx dieser beiden Finger wieder eingestellt, an den zweiten und dritten Phalangen derselben fehlt sie vollständig und ist zugleich von Analgesie begleitet. Die Haut an der Hand ist von nahezu normaler Farbe und Beschaffenheit bis auf die dritten Phalangen des Zeige- und Mittelfingers, die schwach livid verfärbt sind, sich kühl und welk anfühlen und deren Weichtheile den natürlichen Tonus nicht wieder erlangt haben. An den übrigen Partien der Hand, sowie am Unter- und Oberarm ist der natürliche Tonus der Weichtheile wiedergekehrt; die Musculatur fühlt sich dort überall fest und derb an.

Bei dem beschriebenen Fall wurden, bevor er in meine Behandlung kam, angeblich beinahe ein Jahr lang Massage, Gymnastik (Dehnungen und Streckungen), sowie Bäder angewendet; doch ist der Zustand die ganze Zeit hindurch der gleiche geblieben. Die Indication für die elektrische Behandlung ergab sich für den Verf. von selbst schon aus der Thatsache, daß die Elektricität hier früher gar nicht zur Verwendung gekommen war. Trotzdem es paradox erscheinen könnte, den Werth der Elektricität bei der Behandlung von traumatischen Contracturen zu betonen, fühle ich mich doch veranlaßt, dies zu thun, und zwar insofern, als die Elektricität in dem vorliegenden Falle von veralteter traumatischer Contractur, wo sich mechanische und hydropathische Proceduren (Massage, Gymnastik, Bäder) ganz unwirksam zeigten, doch noch ein befriedigendes Resultat ergab.

Ueber die manuelle Behandlung der Herzkrankheiten.

Von **Dr. Arnold Lorand** in Karlsbad.

(Schluß.)

Die Handgriffe, welche direct auf das Herz applicirt werden, bestehen in einer sanften und gleichmäßigen Vibration der Hand über der Herzgegend, weiterhin in einer sanften Beklopfung derselben, welche mit Streichungen abwechseln.

Der Effect dieser Handgriffe ist Herabsetzung der abnorm vermehrten Thätigkeit des Herzens. Ich hatte im Gymnastisch-orthopädischen Institute des Dr. Wide in Stockholm Gelegenheit, mehrere Patienten zu beobachten, welche vor dem Beginn der Sitzung einen Puls von 120 und danach einen Puls von 90 Schlägen hatten. Dr. Astley-Levin in Stockholm veröffentlichte eine große Statistik, in welcher er zeigte, daß beinahe in jedem Falle durch diese Behandlungsweise der abnorm schnelle Puls in Folge von Herzfehlern herabgesetzt wurde, und zwar in vielen Fällen von 120 auf 90, in manchen Fällen selbst auf 77 oder 75.[6]) Der Puls wird, wie ich hier bemerken will, dreimal gemessen, nämlich: 1. nach der Ankunft des Patienten, 2. unmittelbar vor dem Beginne der Sitzung (mindestens eine Viertelstunde nach der Ankunft), 3. nach der Sitzung. Wie ich noch bemerke, war der in der Zahl verminderte Puls auch voller und kräftiger.

Um nun diese Thatsachen zu erklären, müssen wir annehmen, daß die Applicirung dieser Handgriffe auf die Herzgegend eine Wirkung auf das Vaguscentrum in der Medulla oblongata ausübt. Durch die Erregung des Vagus werden die Contractionen des Herzens in der Zahl vermindert, die Pause zwischen den einzelnen Systolen, die Diastole, wird größer, und es wird in diesen größeren Zeiträumen sich mehr Blut in der Kammer ansammeln, es erfolgt eine stärkere Contraction des Herzens und eine größere Menge von Blut wird sich in die Arterien ergießen. Der Puls wird voller und kräftiger.

Daß die Beklopfung des Herzens im Stande ist, einen Einfluß auf die Zahl der Pulsschläge auszuüben, wurde auch von M. Heitler[7]) gezeigt. Aus den Untersuchungen von Heitler ging hervor, daß in Folge der Beklopfung der Herzgegend der Puls langsamer, kräftiger und voller wurde.

Auch die Knetung des Abdomens, wie auch die Anwendung der anderen obenerwähnten Handgriffe, können, wenn auch in geringerem Grade eine ähnliche Wirkung auf das Herz ausüben.

Wie Dr. Lewin[8]) in einer interessanten Statistik gezeigt hatte, verlangsamte sich der Puls nach der Knetung des Abdomens in 140 Fällen um zehn Schläge in der Minute.

Es ist vielleicht möglich, daß der durch die Reibung der Haut an der ganzen Oberfläche des Körpers verursachte Reiz, wie ich es früher empfohlen, auch eine Reflexaction auf den Vagus ausüben kann. Wir wissen, daß auch psychische Affecte einen ähnlichen Einfluß auf den Vagus ausüben können. So erwähnt Bottkin[9]) den Fall eines Patienten mit progressiver Muskelatrophie, der, wenn er an seinen eigenen Zustand dachte, einen langsamen Puls bekam. Couty und Charpentier[10]) haben gezeigt, daß die psychische Erregung eines curarisirten Hundes, wenn er das Heulen eines anderen Hundes hörte, dem man auf die Pfoten trat, einen ähnlichen Erfolg hatte wie die Reizung des Vagus.

Es ist gewiß, daß die oben erwähnten Vorgänge auch einen Einfluß auf die Splanchnici ausüben; eine mäßige Reizung derselben kann mit zum allgemeinen Heilerfolge beitragen.

Wie wir nun oben gesehen haben, wird das Herz, wenn wir die Circulation an der Peripherie verbessern und den venösen Kreislauf unterstützen, besser mit Blut versehen; und wenn wir die nervösen Centren erregen, so erhalten wir größere Diastolen, eine größere Menge von Blut wird sich in der Kammer ansammeln und wir erzielen auch eine Drucksteigerung. Die Gegenwart einer genügenden Menge von Blut unter einem genügenden Drucke wird den Effect auf die Ganglien und Muskelfasern des Herzens ausüben, daß sich dasselbe besser contrahiren wird. Die Experimente von Sewall und Donaldson zeigen, daß die Contractionen des Herzmuskels von der Menge der Flüssigkeit innerhalb des Herzens abhängen. Durch die Erregung des Vagus können wir auch die Contractilität des Herzmuskels verbessern. Nach Gaskell wirkt der Vagus direct auf die Muskelfasern des Herzens und beeinflußt die rhythmischen Contractionen desselben.

Die kräftigen Contractionen der Muskelwände der Kammer können eine sehr bedeutende Wirkung ausüben. Wie Ludwig, Hesse und Macalister gezeigt haben, kann, wenn sich die Muskelwände der Kammer gut und prompt contrahiren, der Rückfluß des Blutes gehindert werden.

Durch mehrere schwedische Aerzte wurden Fälle mitgetheilt, wo die Vermehrung der Herzdämpfung in Folge von Herzdilatation durch diese Methode verschwunden sei. Auch Bezzly Thorne[11]) erwähnt, indem er Schott's Methode beschreibt, solche Fälle. Ich selbst hatte Gelegenheit einen solchen Fall zu beobachten, doch fand ich, daß in diesem Falle die Erscheinung nur periodisch und nicht constant war. Immerhin müssen wir die Möglichkeit einer Verkleinerung der Herzdilatation zugeben, als Folge einer Verbesserung der Contractilität der Herzmuskeln, welche dieselben durch die oben erwähnte Procedur gewinnen.

Daß auf die Herzgegend applicirte mechanische Reize im Stande sind, einen Einfluß auf die Contractionen des Herzens auszuüben, wurde schon vor 13 Jahren von M. Heitler constatirt. Damals fand Heitler[12]), daß schon eine Percussion der Herzgegend eine dilatirte Herzhöhle zur Verkleinerung bringen kann. Weiters sagt Heitler: „Es scheint mir nicht unwahrscheinlich, daß der durch den Percussionsschlag ausgeübte Reiz unter Umständen erregend auf das Herz wirkt und dasselbe zur Contraction anregt. Vielleicht dürfte die Massage im weiteren Sinne des Wortes auch bei Herzkrankheiten ihre Indication finden." Nach weiteren Versuchen fand Heitler, daß durch Beklopfung der Herzgegend die Vergrößerung der Herzdämpfung wie bei dilatirtem Herzen im Umfange wesentlich abnimmt, und daß auch der Puls, wie ich dies schon früher erwähnte, langsamer, voller und kräftiger wird.

Schließlich kommt Heitler zu dem Resultate, man könne mit Bestimmtheit annehmen, „daß die Beklopfung der Herzgegend den Tonus des Herzmuskels erhöht".

Die Dauer einer jeden Sitzung sollte sich nicht über eine halbe Stunde erstrecken, einige Minuten Pause zwischen den einzelnen Gruppen von Bewegungen eingerechnet. Der Hauptgrundsatz ist, den Patienten nicht zu ermüden.

Sobald die Diagnose des Herzfehlers gemacht ist, sollte diese Methode angewandt werden. In wohl compensirten Fällen ist keine tägliche Behandlung nothwendig, in uncompensirten Fällen jedoch sollte sie täglich gemacht werden. Die Handgriffe zur Verbesserung der Circulation an der Peripherie können auch mehrmals täglich angewendet werden, besonders, wenn wir schwere Symptome, wie große Dyspnoe und Herzschwäche vor uns haben. In solchen Fällen empfehle ich eine allgemeine Abreibung der ganzen Oberfläche des Körpers mit Streichungen der Extremitäten von der Peripherie centralwärts und eventuell Knetung des Abdomens.

Besonders wenn wir eine schwache Thätigkeit des Herzens vor uns haben und dasselbe spärlich mit Blut versorgt wird,

[6]) „Tidskrift i Gymnastik", 1892, 2 Hättet.

[7]) Ueber die Wirkung thermischer und mechanischer Einflüsse auf den Tonus des Herzmuskels. „Centralblatt für die gesammte Therapie", 1894, Heft 4.

[8]) „Tidskrift i Gymnastik", 1892, 2 Häftet.

[9]) Nach Tigerstedt und Tarchanoff.

[10]) Nach Lauder Brunton in Hare's Therapeutics.

[11]) „Lancet", 4. Mai 1894.

[12]) M. Heitler, Ueber acute Herzerweiterung. „Wiener med. Wochenschr."

kann eine solche manuelle Verbesserung der Circulation gute Resultate haben. Für die Vornahme dieser Abreibung würde ich den Gebrauch einer nicht zu scharfen Bürste vorschlagen.

Der Effect der manuellen Behandlung der Herzkrankheiten ist gewöhnlich das Verschwinden der lästigsten Symptome der Incompensation. Dyspnoe, Herzklopfen, venöse Stagnation und Oedem verschwinden schon nach einer mehrtägigen Behandlung. Wenn die manuelle Behandlung noch im wohl compensirten Stadium begonnen wird, kann dem Eintritte der Incompensation oft vorgebeugt werden. Selbstredend ist diese Behandlung eine nur symptomatische und die geringste Beeinflussung einer pathologischen Veränderung der Herzklappen undenkbar. Eine Verbesserung des Tonus der Herzmuskeln jedoch, wie bei Dilatation des Herzens, kann nach dem Obigen ohne Weiteres zugegeben werden.

Es sind auch Fälle mitgetheilt worden, wo man geglaubt hatte, daß selbst Geräusche bei Mitralinsufficienz durch diese Methode zum Verschwinden gebracht wurden, theoretisch und speciell nach den oben erwähnten Versuchen von LUDWIG, HERZE und MACALISTER scheint dies nicht unwahrscheinlich, denn, nachdem der Tonus verbessert wird und sich die Herzmuskeln besser contrahiren können, sind sie vielleicht im Stande, die Regurgitation des Blutes zu hindern.

In Stockholm hatte ich am königl. Central-Institut für Gymnastik und am Gymnast.-orthopäd. Institut des Dr. WIDE Gelegenheit, den Verlauf der Behandlung bei zahlreichen Patienten verfolgen zu können. Von diesen möchte ich folgenden Fall mittheilen.

Fräulein D., 26 J. alt, leidet an Mitralinsufficienz mit Stenose, welche sie in ihrem 14. Jahre in Folge von Chorea acquirirt hat. Sie trat vor 2 Monaten in das königl. Central Institut ein. Vor dem Eintritte klagte sie über Dyspnoe in der Nacht, Palpitation mit Oedem an den Knöcheln. Nachdem sie kurze Zeit behandelt wurde, konnte sie schon wohl schlafen, und zur Zeit hatte sie über Nichts zu klagen. Der Puls der Patientin war vor dem Beginne der Sitzung durchschnittlich 120 und danach 90, wovon ich mich jedesmal, und zwar acht Tage hindurch überzeugen konnte. Ich hatte auch die interessante Beobachtung gemacht, daß, als die Patientin das Institut verließ, sie auch die kirschblaue Färbung der Nägel verlor, welche sie bei der Ankunft hatte. Dies zeigt, daß durch die Behandlung die venöse Stagnation an der Peripherie behoben wurde.

Keiner der Patienten dieser Institute hatte auf Befragen über irgend welche lästige Symptome der Krankheit zu klagen, selbst wenn sie kürzere Zeit hindurch behandelt worden sind. Es waren hauptsächlich Patienten mit Klappenfehlern oder Fettdegeneration des Herzens, welche mehrere Jahre hindurch krank waren, bevor sie sich der Behandlung unterworfen haben.

Dieselben Handgriffe können auch auf mechanischem Wege gemacht werden. LIEDBECK's Vibrator hat den Vortheil, daß die Bewegungen mehr gleichmäßig gemacht werden können und die Hand nicht so früh ermüdet.

Schweden, das Vaterland von P. H. LING, welchem die Palme auf dem Gebiete der Gymnastik gebührt, hat diese Behandlungsmethode zuerst adoptirt, und von hier aus breitete sie sich auf andere Länder aus. Die Principien dieser Methode sind so einfach (bestehend in Herabsetzung des Widerstandes der Arterien und besserer Füllung des Herzens mit Blut) und die Resultate so günstig, daß diese Methode gerechten Anspruch auf allgemeine Anwendung hat. Durch sie wird der Zufluß des venösen Blutes zum Herzen und der Abfluß des arteriellen aus demselben begünstigt und auf diese Weise die Herzarbeit erleichtert, die Kraft der Herzmuskeln für die Zukunft conservirt, mit einem Worte die Vitalität des Herzens verlängert. Demgemäß glaube ich mit vollem Rechte behaupten zu können, daß die Prognose der Herzkrankheiten in der Zukunft eine günstigere sein wird. Es wird eines der schaurigsten Capitel verschwinden, von welchem uns die Pathologie erzählt, die fürchterlichen Leiden eines uncompensirten Herzens und den verzweifelten Kampf der betheiligten Organe um die Existenz darstellend.

Als sehr lehrreiches Beispiel für die Behandlung von Angina pectoris mittelst dieser Methode möchte ich folgenden Fall aus meiner Privatpraxis erzählen:

Vor einem Monate wurde ich zu einer 26jährigen Patientin mit Angina pectoris gerufen. Patientin war bewußtlos, die Herzaction derart übermäßig gesteigert, daß Herz- und Pulsschläge nicht zählbar waren. Gesicht sehr geröthet, Stirn sehr heiß, und beim Betasten hatte ich das deutliche Gefühl wie von einem hämmernden Klopfen. Eisumschläge, vorher durch einige Zeit angewendet, hatten keinen Erfolg. Nachdem ich durch 5 Minuten die schon oben beschriebenen vibrirenden Bewegungen mit Streichungen abwechselnd über die Herzgegend ausgeführt hatte, wurden die Pulsschläge wieder zählbar, das Bewußtsein kehrte zurück, und nach einigen weiteren Minuten waren die Herzschläge wieder normal.

Ich glaube, daß man die Herzmassage in allen ähnlichen Fällen mit großem Erfolge anwenden könnte.

Diese Behandlung sollte nur durch eine geschulte Hand und nur durch Aerzte vorgenommen werden, da sonst mehr geschadet als genützt wird. Im dringenden Nothfalle, wo es sich darum handelt, die „vita" zu retten, kann ein einfaches „Hausmittel" angewendet werden, nämlich eine allgemeine Abreibung des Körpers, sowie Knetung der Muskeln, wie sie schon vor einigen Jahren von LAUDER BRUNTON [13]) empfohlen wurde, ferner Massage des Abdomens. Der Werth einer ähnlichen Behandlungsmethode war auch dem großen HARVEY bekannt, welchen LAUDER BRUNTON in seiner Harvey'an Oration [14]) mit folgenden Worten citirt: „A man in consequence of an injury, an affront, he could not revenge, was so overcome with hatred spite and passion, that he fell in a strange disorder suffering from extreme compression and pain in the heart and breast, from which he only received some little relief at last, when the whole of his chest was pummelled by a strong man as the baker kneads dought."

Neue Arzneimittel.

Medicamentöser Kefir.

Von **Dr. Oskar Lanzer** in Wien.

Unsere Therapie hat in den letzten Jahren große Wandlungen durchgemacht. Die Lehre von den Mikroorganismen und den durch dieselben hervorgerufenen Infectionskrankheiten hat naturgemäß unseren Chemikern und Pharmakologen als erstrebenswerthes Ziel gezeigt, bacterientödtende Substanzen in solche Verbindungen zu überführen, welche bei Tödtung der Bacterien und Bacillen dem menschlichen Organismus nicht schaden. Während in den chemischen Laboratorien dergestaltige Körper gesucht wurden, arbeiteten die Bacteriologen nach dem alten Satze der Homöopathen „similia similibus" und versuchten es, den Bacterien, unseren Feinden selbst, das Remedium abzutrotzen, mittelst dessen sie zu vernichten wären. Die Mißerfolge des Tuberculins haben die Bestrebungen nach dieser Richtung hin nicht aufzuhalten vermocht, und der Gedankengang, welcher zur Erzeugung des Tuberculins geführt hat, liegt schließlich doch eigentlich mutatis mutandis auch der neuen Heilserumtherapie zu Grunde. Wiewohl wir der Ueberzeugung sind, daß der letzten therapeutischen Richtung die Zukunft gehört, wollen wir es doch versuchen, die Herren Collegen auf ein Heilmittel aufmerksam zu machen, welches dem ersteren, dem chemischen Gebiete angehört. Wir glauben dies schon aus dem Grunde nicht unterlassen zu sollen, weil dasselbe auch dann noch seine Existenzberechtigung haben dürfte, wenn selbst die Antitoxintherapie schon vollständig ausgebaut sein wird.

Das Heilmittel, welches wir meinen, ist der medicamentöse Kefir.

---

[13]) „Practitioner", Vol. 51, pag. 190.
[14]) 18. Oct. 1894.

Derselbe schien uns als ein an Nährstoffen überreiches, verdauungförderndes, sehr leicht resorptionsfähiges und durch seinen Gehalt an Kohlensäure erfrischendes Mittel am geeignetsten, für folgende Medicamente ein Geschmackscorrigens, Einhüllungsmittel und nicht zuletzt ein die Wirkung des Arzneistoffes unterstützendes und förderndes Vehikel zu dienen, nämlich für Creosotal, Guajacolcarbonat, Arsen und Jod. Hervorheben müssen wir, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um eine einfache Verreibung der Stoffe im Kefir handelt, sondern, was namentlich bei dem Creosotal und Guajacolcarbonat von großer Wichtigkeit ist, daß es unseren Bemühungen gelungen ist, die Stoffe im Kefir vollkommen gelöst und unzersetzt zu erhalten. Erwähnen wir noch, daß sämmtliche Arten des medicamentösen Kefir nur gegen ärztliche Verschreibung abgegeben werden dürfen, so haben wir genug vorausgeschickt, um uns nun den einzelnen Sorten von medicamentösem Kefir zuwenden zu dürfen.

Creosotal- und Guajacolcarbonat-Kefir.

Creosotal-Kefir stellt eine dickliche, milchweiße Flüssigkeit von angenehm säuerlichem Geschmack, saurer Reaction dar, ist vollkommen unschädlich und wird selbst bei empfindlicher Verdauung gut vertragen. Von Creosotal-Kefir werden folgende Nummern erzeugt:

Nr. 1 mit . . . . . 1 Gramm
„ 2 „ . . . . . 3 „
„ 3 „ . . . . . 5 „ und
„ 4 „ . . . . . 10 „ Creosotal Inhalt.

Von Guajacolcarbonat-Kefir werden ebenfalls 4 Nummern

Nr. 1 mit . . . . $^1/_2$ Gramm
„ 2 „ . . . . 1 „
„ 3 „ . . . . $1^1/_2$ „
„ 4 „ . . . . 2 „ Guajacolcarbonat Inhalt

erzeugt.

Beide Präparate haben uns in folgenden Erkrankungsfällen derartige Dienste geleistet, daß wir ruhig behaupten dürfen, sie bewähren sich in den nachstehenden Fällen besser als irgend ein anderes, dem Arzneischatze entlehntes Mittel:

1. Bei Tuberculose der Athmungs- und anderer Organe.
2. Bei chronischen Catarrhen der Athmungsorgane, namentlich wenn dieselben Verdacht auf Tuberculose erwecken.
3. Bei scrophulösen Erkrankungen der Lymphdrüsen und anderen scrophulösen Erkrankungen.
4. Bei Erkrankungen des Magens, wie chronischem Magencatarrh, Magenkrebs, nervösen Dyspepsien und unstillbarem Erbrechen Schwangerer als desinficirendes, Appetit anregendes und die Verdauung beförderndes Mittel.
5. Bei allen Erkrankungen der Leber, bei denen eine ausschließliche Milchcur angezeigt ist, wie Lebercirrhose etc.
6. Bei Nieren- und namentlich chronischen Blasenerkrankungen als diuretisches und desinficirendes Mittel.
7. Bei Anämie und Chlorose, um die Ernährung und Blutbildung in wenigen Wochen bedeutend zu heben.
8. In der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten und bei allen jenen Erkrankungen, bei welchen eine roborirende Diät angezeigt ist.

Die günstigen Erfolge, welche eine Creosotal-Kefircur hervorbringt, treten bald, oft nach wenigen Wochen, zu Tage und äußern sich durch größeren Appetit und folgerichtig auch dann durch Zunahme des Körpergewichtes.

Bei Catarrhen der Athmungsorgane vermindern sich die Rasselgeräusche und schwinden häufig vollständig.

Bei nicht zu weit vorgeschrittener Tuberculose hellen sich leichte Dämpfungen in einigen Monaten auf, die Bacillen werden immer seltener und verschwinden schließlich ganz.

Bei Erkrankungen des Verdauungstractes werden Creosotal-Kefir, als auch Guajacolcarbonat-Kefir selbst von sehr empfindlichen Kranken ohne jede Beschwerde gut vertragen; sie wirken im Magen und Darme desinficirend, hemmen die Entwicklung der Gährungs- und Fäulnißprocesse und spalten sich längs des Verlaufes des ganzen Dünndarmes in Creosot, resp. Guajacol, und Kohlensäure, so daß der Körper unter der fortwährenden, milden Einwirkung von Creosot, resp. Guajacol steht.

Als leitender Grundsatz hat zu gelten, daß die Creosotal- oder Guajacolcarbonat-Kefircuren bei Erkrankungen der Athmungsorgane durch viele Monate, selbst noch durch 2 Monate nach constatirter Genesung eingehalten werden müssen, denn eine nur kurze Behandlungsdauer ist ohne jeden Nutzen.

Nimmt man beispielsweise, wie es bei mittelschweren Fällen vorkommt, eine viermonatliche Behandlungsdauer in Aussicht, so verfährt man in folgender Weise:

Man beginnt mit einer Flasche täglich von Nr. 1, trinkt die Hälfte eine Stunde nach dem Frühstück, die andere im Verlaufe des Vormittags bis eine Stunde vor dem Mittagtisch, oder aber man nimmt die zweite Hälfte eine Stunde nach dem Nachtmahl, und zwar stets schluckweise. Eine besondere Diät zu beobachten, ist nicht nothwendig.

Creosotal-Kefir Nr. 1 wird durch 14 Tage, sodann Nr. 2 ebenfalls 14 Tage und Nr. 3 durch 8 Wochen genommen.

Ist die Behandlung von befriedigendem Erfolge begleitet, verbleibt man auch noch die letzten 4 Wochen bei dieser Dosis, anderenfalls geht man zu Nr. 4 über und nimmt dieselbe durch 4 Wochen, im Bedarfsfalle noch entsprechend länger.

Von Guajacolcarbonat-Kefir wird Nr. 1 durch 14 Tage, sodann Nr. 2 ebenfalls durch 14 Tage und hierauf Nr. 3 durch 8 Wochen genommen. Ist man mit dem Resultate zufrieden, bleibt man bei Nr. 3 noch die letzten 4 Wochen, sonst geht man zu Nr. 4 über.

In vielen Fällen wird es von Vortheil sein, die Behandlung abwechselnd mit Creosotal-Kefir und Guajacolcarbonat-Kefir nach den oben vorgeschriebenen Grundsätzen durchzuführen, namentlich dann, wenn der Kranke eine Abwechslung wünscht; insbesondere ist der Guajacolcarbonat-Kefir dann vorzuziehen, wenn der Kranke an Tuberculose des Darms oder an sehr geschwächten Verdauungsorganen leidet.

Für Kinder ist die Dosis entsprechend niedriger, und wird man mit Nr. 1 sein Auskommen finden.

Bei Erkrankungen, die unter 4—8 angeführt sind, wird die Cur mit beiden Präparaten nur so lange durchgeführt, als es der behandelnde Arzt nach den vorhandenen Krankheitserscheinungen für nothwendig erachtet.

Arsen-Kefir.

Von demselben werden
Nr. 1 mit 3,
„ 2 mit 4
„ 3 „ 5 und
„ 4 „ 6 Tropfen Solutio arsenical. Fowleri

erzeugt. Indicirt ist derselbe bei allen Erkrankungen, bei denen die Behandlung mit Arsen in Verbindung mit einer stark roborirenden Diät üblich ist.

In erster Linie gehört hieher die ganze Gruppe der Nervenerkrankungen, wie Neurasthenie, Hysterie, Chorea, Tabes dorsualis, Hauterkrankungen (Psoriasis) etc.

Der Arsen-Kefir wird wohl in vielen Fällen unbedingt der Solut. ars. Fowleri, ebenso den so häufig in ihrem Arsengehalte je nach der Witterung beim Auffangen der Quellen so stark differirenden Mineralwässern von Roncegno, Levico etc. vorzuziehen sein. Sollten größere Dosen von Arsen als nothwendig sich erweisen, kann man 2 Flaschen täglich von 1 und 2 oder von 2 nehmen.

Eine Anweisung für die Ordination von Arsen-Kefir kann hier weiter nicht am Platze sein, weil Kranke, die Arsen-Kefir nehmen, unter steter ärztlicher Aufsicht stehen müssen.

Jod-Kefir.

Dieser wird in 4 Nummern erzeugt.

Nr. 1 enthält $^1/_2$ Gramm Jodnatrium
„ 2 „ 1 „ „
„ 3 „ $1^1/_2$ „ „
„ 4 „ 2 „ „

Anwendung findet derselbe bei allen jenen Erkrankungen, bei denen Jodpräparate in Verbindung mit roborirender Diät angezeigt

sind, als Resorbens, Antisyphiliticum, Antirheumaticum, ferner bei Scrophulose, chronischen Vergiftungen durch Blei und Quecksilber, sowie bei chronischem parenchymatösen Morbus Brighti.[1])

Revue.

Die neuesten Mittheilungen auf dem Gebiete der Heilserumtherapie bei Diphtherie.

(Schluß.)

Das Amsterdamer Kinderkrankenhaus, in das die Mehrzahl der Diphtheriekranken Amsterdams aufgenommen wird, und in welchem unter der Leitung Dr. DE RANITZ' seit Jahren alle Fälle nach den gleichen Principien behandelt werden, bietet eine ziemlich große, auch für die Vergleichung mit späteren Resultaten brauchbare Statistik und erscheint deshalb als gute Beobachtungsstelle zur Controle der Resultate der Serumtherapie. Vom 24. October 1894 bis zum 1. Juni 1895 wurden, wie Dr. TIMMER (4) berichtet, 147 Fälle mit dem klinischen Bilde der Diphtherie serumtherapeutisch behandelt; davon starben 13 = 8·8%. Von 51 operirten Fällen starben 18%. In den vorausgegangenen 10 Jahren schwankte die Gesammtmortalität zwischen 31·0 und 50·5%, die Mortalität der operirten Fälle zwischen 51·0 und 67·5%. Wenn man, um die leichteren Fälle auszuschalten, blos die Fälle mit Stenosenerscheinungen berücksichtigt, so endeten von 94 hieher gehörigen Fällen 10 letal. In 51 von den 94 Stenosenfällen wurde 39mal tracheotomirt und 12mal intubirt (davon 2mal secundär tracheotomirt); davon starben 9 = 18%. Die bacteriologische Untersuchung der 147 Fälle ergab 117mal den Diphtheriebacillus. Die Mortalität dieser 117 Fälle gestaltete sich noch günstiger: sie betrug nur 7·7%. Diese so günstigen Resultate setzt T. hauptsächlich auf Rechnung der großen Dosen, welche verwendet wurden. So wurde z. B. den 51 Operirten ein Totalquantum injicirt, äquivalent mit 81mal Serum III. Bei 2 Pat. wurde ein Quantum, äquivalent mit 7500 Antitoxineinheiten, verbraucht. Ein directer Einfluß des Serums auf die Symptome der Krankheit trat im Allgemeinen wenig deutlich hervor. Auffallend war nur eine relativ schnelle Verbesserung des Allgemeinbefindens. Auch die Beeinflussung der Stenose war keine frappante. Eine Einwirkung auf Temperatur, Puls und Respiration wurde in einer zu geringen Zahl von Fällen beobachtet, als daß daraus ein Schluß gezogen werden könnte. In 5 Fällen trat nach der Injection Collaps ein; doch genasen diese Fälle alle ohne weitere Folgen. Die in 68 Fällen vorhandene Albuminurie konnte nicht als schädliche Folge der Injectionen aufgefaßt werden. Exantheme kamen bei 30 Pat., am spätesten 14 Tage nach der Injection, vor. Das Auftreten der Efflorescenzen erfolgte bisweilen mit Erhöhung der Temperatur, sogar mit Erbrechen, auch wurde in einigen Fällen deutliche Desquamation beobachtet, so daß die Frage, ob Scharlach oder Serumexanthem, schwer zu lösen war. Gelenkserscheinungen kamen selten vor. Postdiphtherische Paralysen wurden während der Serumperiode nicht öfter gesehen als vorher. Im Großen und Ganzen wurden keine bleibenden schädlichen Folgen der Seruminjectionen beobachtet, während ihr heilender Einfluß unverkennbar war. —

Weniger günstig als die bisherigen Mittheilungen lauten diejenigen aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle. KURT MÜLLER (5), der den Bericht erstattet, constatirt zunächst die Schwere des Diphtheriematerials, was schon aus der großen Zahl der Tracheotomien hervorgeht, die jedes Jahr nothwendig werden, und die in der Serumperiode 70% aller Fälle ausmachten. Theils in Folge äußerer Verhältnisse, theils mit Absicht wurde eine Reihe von Fällen nicht mit Serum behandelt; diese konnten als Controlfälle insoferne betrachtet werden, als sie an Schwere den mit Serum behandelten Fällen nichts nachgaben; dies geht schon daraus hervor, daß von ersteren nur ein geringer Procentsatz weniger zur Tracheotomie kam als von letzteren (63·7% gegenüber 73%). Es wurden nun vom October 1894 bis April 1895 im Ganzen 110 Diphtheriekranke behandelt, davon 71 mit und 39 ohne Serum. Im Uebrigen war die Behandlung eine völlig gleichartige und bestand neben Reinhaltung der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle und der üblichen Nachbehandlung nach der Tracheotomie lediglich in guter Ernährung (unter Umständen mit der Schlundsonde oder per rectum) und Kräftigung des Herzens durch Alcoholica. Zur Beförderung der Expectoration dienten Spray mit Kalkwasser und arzneiliche Expectorantien (Senega, Ipecacuanha). Die Gesammtsterblichkeit der 110 Fälle betrug nun 37·3%, während im Jahre vorher um fast 20% mehr gestorben waren. Ob dieser Niedergang der Sterblichkeit dem Serum zu danken ist, kann die Vergleichung zwischen Serum- und Controlfällen ergeben. Von den Serumfällen starben 40%, von den Controlfällen 31%. Diese Differenz verschlechtert sich noch zu Ungunsten des Serums, wenn man blos die Tracheotomirten in's Auge faßt. Von 52 Tracheotomirten der Serumtherapie starben 50%, während von 25 der Controlreihe nur 40% starben. Ohne Serum wurden also mindestens ebenso gute Resultate erzielt wie mit dem Serum. Den Grund für die von den Angaben einer Anzahl von Autoren abweichenden Resultate sucht M. einerseits in dem Umstande, daß fast sämmtliche Fälle bereits 4 oder mehr Tage krank waren und ferner in der Eigenart der Infection. Was den ersten Punkt betrifft, so hat BEHRING selbst oft genug betont, daß die Serumbehandlung ihre Triumphe nur in den ersten Stadien der Erkrankung feiert, und M. ist der Ansicht, daß die Serumtherapie nur unter bestimmten Bedingungen eine curative ist, dann nämlich, wenn eine Immunisirungswirkung noch möglich ist, d. h. nur dann, wenn erst ein kleines Zellterritorium erkrankt ist und der große gesunde Rest der Körperzellen sozusagen giftfest gemacht werden kann. Jedenfalls legen die Beobachtungen M.'s den Schluß nahe, daß zur Zeit ein weit vorgeschrittener Diphtheriefall durch die Serumbehandlung deutlich nicht mehr beeinflußt werden kann. Was nun den zweiten Punkt, die Art der Infection betrifft, so lagen von den 110 Fällen 94 genaue bacteriologische Beobachtungen vor, welche 83mal Diphtheriebacillen ergaben. Von den restlichen 11 Fällen waren drei Viertel solche von Rachendiphtherie, scheinbar ohne Betheiligung des Kehlkopfes. Man kann deshalb sagen, daß mit größter Wahrscheinlichkeit alle die Fälle diphtherieähnlicher Erkrankung, welche die Tendenz zeigen, auf Kehlkopf und Luftröhre überzugehen, von Diphtheriebacillen erzeugt werden; es kommt also dem LÖFFLER'schen Bacillus die Erzeugung absteigender Diphtherie zu. Wenn nun auch in fast allen Fällen von Larynx- und Trachealdiphtherie die specifischen Bacterien vorhanden waren, so zeigte sich doch weiterhin, daß sie nur in sehr wenigen Fällen allein vorkamen. Von 94 Fällen waren nur 18 Fälle reiner Diphtherie, 32 waren mit Staphylococcen, 19 mit Diplococcen, 6 mit Streptococcen, 5 mit Staphylococcen und Streptococcen complicirt. Die große Mehrzahl der Fälle war somit secundär inficirt. Diese Fälle sieht M. als außerordentlich ungünstige Objecte für die Serumbehandlung an, zumal wenn sie sich in vorgeschrittenen Stadien befinden. Bei ihnen kam es fast regelmäßig nach der Injection zu Temperatursteigerung. Wenn es sich bestätigen sollte, daß thatsächlich reine Diphtheriefälle prompt mit Entfieberung, secundär inficirte dagegen stets mit Fiebersteigerung reagiren, so wäre darin ein für die Serumwirkung prognostisch außerordentlich gutes Hilfsmittel an die Hand gegeben.

Was die Frage nach der Schädlichkeit des Heilserums betrifft, so kann M. dieselbe ohne Weiteres verneinen. Hingegen konnte bezüglich der Beeinflussung der Weiterverbreitung des localen Processes kein Unterschied gegenüber den Controlfällen beobachtet werden. Recidive wurde nur in einem einzigen Falle, 18 Tage nach der Injection, beobachtet. Der Fall endete letal.

Um einen Beitrag zur Frage nach dem Immunisirungswerth des Heilserums zu liefern, wurden bei jedem einzelnen der zur Behandlung gelangten Diphtheriefälle sämmtliche Geschwister, sobald sie in derselben Wohnung wohnten und das 12. Lebensjahr nicht überschritten hatten, mit 120 Antitoxineinheiten immunisirt. Von 125 so behandelten Fällen zeigte etwa ein Drittel den bekannten Urticariaausschlag, sonst aber keinerlei üble Nachwirkungen. Der Urin, der 24 Stunden vor und nach der Impfung untersucht wurde,

[1]) Zur Bereitung des medicinischen Kefirs, dessen Central-Versendungsdepôt die Lang'sche Apotheke, VII., Stiftgasse 21, übernommen hat, wird das Product der Lehmann'schen Kefiranstalt verwendet.

erwies sich stets als eiweißfrei. Nach $^1/_4$ Jahr verfügte M. über 121 Nachrichten von den 125 Fällen. Es stellte sich heraus, daß 3 Kinder sicher an Diphtherie erkrankt waren, während bei 2 weiteren Kindern, welche gestorben waren, nicht mit Sicherheit erhoben werden konnte, ob sie diphtheriekrank waren. Dieser Versuchsreihe wurde eine zweite zum Zwecke der Vergleichung angeschlossen, indem genaue Auskunft darüber eingezogen wurde, ob unter denselben hygienischen Verhältnissen befindliche 50 Geschwister unter 12 Jahren von an Diphtherie behandelten Kindern gesund geblieben oder erkrankt sind. Es zeigte sich, daß in der Zwischenzeit nur ein $3^1/_2$jähriger Knabe möglicherweise an Diphtherie erkrankt war und rasch durch Verwendung des Serums geheilt wurde. Es wurden somit durch die Immunisirung anscheinend keine günstigeren Chancen zur Vermeidung der Erkrankung geschaffen, und es bestätigt dieses Resultat die Ansicht, daß die Präventivimpfung von langer Dauer nicht sein könne. —

Im Cantonsspitale zu Münsterlingen wurden, wie W. WILLE (6) berichtet, vom October 1894 bis April 1895 38 Diphtheriefälle mit Heilserum behandelt. Von 16 Operirten starben 7, von 27 Nichtoperirten 2. In den Vormonaten Januar bis September waren von 48 Operirten 35 und von 21 Nichtoperirten 4 gestorben. Als das auffallendste und constanteste Symptom wurde in der Ueberzahl der Fälle 1—2 Tage nach Beginn der Behandlung eine Besserung des Allgemeinzustandes beobachtet. Bei 7 Fällen, welche von Anfang an septischen Charakter gezeigt hatten, wurde eine Wirksamkeit des Serums vollständig vermißt. Local wurde fast überall eine rasche Loslösung der Pseudomembranen beobachtet. Gleichwohl wurde von der LÖFFLER'schen Menthol-Toluollösung ausgiebiger Gebrauch gemacht, da mit Sicherheit constatirt werden konnte, daß die energische Localbehandlung nach LÖFFLER doch den besten Einfluß auf vollständiges Abstoßen der Beläge hatte. Schädliche Nebenwirkungen spielten eine höchst nebensächliche Rolle. Wenn auch W. aus seiner kleinen Beobachtungsreihe keine allgemein giltigen Schlüsse ziehen kann, so sprach doch die Beobachtung des einzelnen Falles für eine specifisch günstige Wirksamkeit des Heilserums.

Ueber die Erfahrung der praktischen Aerzte im Canton Thurgau berichtet Dr. J. ALBRECHT in Weinfelden (7). Es liegen dem Berichte 70 Beobachtungen mit einer Mortalität von 7·46% zu Grunde, während in den Vorjahren die mittlere Sterblichkeit im Canton Thurgau 13·27% betrug. Der Berichterstatter tritt entschieden für die allgemeine Anwendung des Diphtherieheilserums ein.

Ba.

Referate und literarische Anzeigen.

LORENZ (Wien): Ueber die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung mittelst der functionellen Belastungsmethode.

Nachdem L. sein Verfahren der Heilung der congenitalen Hüftverrenkung auf operativem Wege an bisher 170 Fällen erprobt hatte, ging er daran, auf den bei den Operationen gewonnenen pathologisch-anatomischen Erfahrungen fußend, eine Methode der unblutigen Behandlung dieses Gebrechens zu ersinnen, was ihm denn auch gelungen ist, da er bereits 13 Fälle auf diese Weise mit Erfolg behandelt hat („Centralbl. f. Chir.“, 1895, Nr. 33).

Die unblutige Behandlungsmethode ist L.'s operativer Methode genau nachgebildet und stellt sich, wie diese, folgende Aufgaben: 1. Herabholung des nach oben dislocirten Schenkelkopfes in das Pfannenniveau (Reduction), 2. Vertiefung des Pfannengrübchens, 3. Einpflanzung des Schenkelkopfes in die Pfanne (Reposition). Die Reihenfolge dieser einzelnen Acte ist bei der unblutigen Methode selbstverständlich eine andere, da der Herabholung des Schenkelkopfes die Reposition desselben in das Pfannengrübchen auf dem Fuße folgen muß, während die Vertiefung, resp. Ausweitung desselben der Nachbehandlung überlassen bleibt. Die Herabholung des Schenkelkopfes in das Pfannenniveau erfolgt ohne jede vorbereitende Extensionsbehandlung auf dem Wege forcirter manueller oder instrumenteller (Schrauben-) Extension in Narkose des Pat. Nach vollzogener Reduction des Schenkelkopfes wird die Reposition desselben in die Pfannentasche auf dem Wege starker Abduction, event. unter Beihilfe der Flexion erzielt. Ueber die vollzogene Reposition kann, falls dieselbe gelang, nicht der leiseste Zweifel herrschen. Der Schenkelkopf überspringt nämlich den hinteren Pfannenrand unter dem akustischen Phänomen eines dumpfen Trommelschlages, der weithin vernehmbar ist, und unter dem palpatorischen Phänomen einer ruckweisen Erschütterung, welche wie ein elektrischer Schlag von allen, den Körper des Kindes fixirenden Händen empfunden wird. Diese Phänomene können bei wiederholter Ein- und Ausrenkung jedesmal nach Belieben neuerdings erzeugt werden.

Die erzielte Einrenkung kann zunächst nur bei extremer Abductionshaltung des Beines Bestand haben. Daher wird die Vertiefung, resp. Ausweitung der defecten Pfanne zunächst unter Beibehaltung der extremen Abductionslage des eingerenkten Beines eingeleitet und durch in der Längsachse des Femur gegen den Pfannenboden wirkenden mechanischen Druck, also durch eine Belastungsbehandlung bewerkstelligt. Etappenweise wird die extreme Abduction allmälig vermindert, so weit dies jeweilig ohne Reluxation des Schenkelkopfes über den hinteren Pfannenrand möglich ist, bis endlich das Bein in einer bis zu jenem Grad corrigirten Abductionshaltung sich befindet, bei welcher das Stehen und Gehen, wenn auch vorderhand in noch unbequemer Weise, so doch überhaupt möglich wird. Von diesem Zeitpunkte ab steht der vor und unter dem hinteren Pfannenwalle befindliche Schenkelkopf, resp. der Pfannenboden, unter dem Druck der Rumpflast, welche somit zur Ausweitung der engen Pfanne in den Dienst der Therapie gestellt wird. Der Pat. tritt sich sozusagen den Schenkelkopf mit jedem Schritt tiefer in die Pfanne hinein.

Die Details seiner Methode behält sich L. noch vor. Er betont noch, daß seine Methode als Belastungsmethode im strengsten Gegensatz zu allen anderen Methoden steht, welche durchwegs Extensionsmethoden sind. Bei seinem Vorgehen wird die Tragfunction der Knochen kaum unterbrochen und dadurch wird jene schwere Schädigung des Wachsthums und der Festigkeit der Knochen hintangehalten, welche bei der eine Reihe von Jahren durchgeführten Extensionsbehandlung (Apparatotherapie) schließlich unvermeidlich wird. Ein weiterer Vortheil dieser Methode besteht noch darin, daß im Falle des Mißlingens einer zweifellosen, verläßlichen Reposition in Narkose von der weiteren Verfolgung des Behandlungsplanes sofort Abstand genommen und Pat. der operativen Behandlung zugeführt werden kann, ohne Jahre hindurch erfolglos hingehalten zu werden.

Ba.

HEINRICH MEYER (Basel): Beiträge zur Frage des rheumatisch-infectiösen Ursprunges der Chorea minor.

Die für unsere Anschauungen über die Aetiologie der Chorea bedeutungsvolle Arbeit M.'s (Jahrb. f. Kinderh.“ und „Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte“, 1895, Nr. 18) ist auf Grund des reichhaltigen Materials des Baseler Kinderspitales ausgeführt und stützt sich auf 52 Krankengeschichten, worunter 32 Mädchen und 20 Knaben. Bezüglich des Lebensalters erwies sich hauptsächlich das 9. und 10. Lebensjahr stark betroffen (11, resp. 9 Fälle). Besonders werthvoll ist der Umstand, daß Verf. 31 Fälle aufgesucht und nachuntersucht hat. 3 Fälle sind bald nach dem Spitalsaufenthalt verstorben, über einen weiteren Fall liegen genaue Berichte vor, so daß sich die Zahl der verwendbaren Fälle auf 35 beläuft. Auf Grund der von IMMERMANN für den Rheumatismus aufgestellten Kriterien gelangt Verf. zu dem Schlusse, daß die Chorea rheumatisch-infectiösen Ursprunges sei. Weniger bekannt als das Auftreten von echtem Rheumatismus mit, vor oder nach Chorea sind jene Fälle einfacher Chorea, die mit Endocarditis oder Gelenkserkrankungen verlaufen. Die Beobachtung, daß 2 Schwestern an Gelenksrheumatismus und Chorea zu ziemlich gleicher Zeit erkrankten, legt den Gedanken nahe, an eine Verbreitung der Krankheit nicht durch Imitation, sondern durch Contagion zu glauben. Wie der Gelenksrheumatismus so häufig Ursache von Herzfehlern ist, finden sich unter den 35 genannten Choreatischen 16 mit Veränderungen am Herzen, u. zw. leiden alle mit Ausnahme eines einzigen an ausgesprochenen Herzfehlern.

Als weiterer Beweis für den Zusammenhang zwischen Rheumatismus und Chorea könne die Thatsache gelten, daß die Chorea sich durch ein zeitweise gehäuftes Auftreten auszeichne und daß diese Epidemien von Chorea mit denen von Gelenksrheumatismus zusammenfallen. Auch ex juvantibus könne auf die nahe Verwandtschaft dieser beiden Erkrankungen geschlossen werden. Weitere Beobachtungen zeigen auch bei ätiologisch zweifelhaften Fällen von Chorea durch späteres Auftreten von Rheumatismus ihren wahren Charakter. Nur in 7 Fällen konnte aus der Krankengeschichte eine rheumatische Infection vor oder nach der Chorea nicht nachgewiesen werden; allerdings waren 5 derselben poliklinische Fälle. Von ganz besonderer Bedeutung für die vorliegende Frage ist ein tödtlich abgelaufener Fall, der von Prof. DUBLER in Basel $16^1/_2$ Stunden p. m. bacteriologisch untersucht wurde und Streptococcus pyogenes- sowie Staphylococcus pyogenes citreus-Culturen ergab, Spaltpilze, die bekanntlich auch schon bei Rheumatismus acutus nachgewiesen wurden. s—s.

Aus der chir. Univ.-Klinik des Prof. Laudi in Pisa.

P. VENTURA (Corfu): Ueber Einpflanzung entkalkten Knochens zur Deckung knöcherner Substanzverluste.

Verf. referirt über die Krankengeschichte eines 20jährigen Mannes, welchem wegen acuter Osteomyelitis ein 10 Cm. langes Stück der linken Ulna resecirt worden ist. Nach drei Tagen wurde ein gleich großes Stück entkalkten Kälberknochens implantirt und an das umgebende Periost befestigt. Die Entkalkung geschah in einer Salzsäurelösung (1:10), worauf das Stück in fließendem Wasser gewaschen, in Sublimatalkohol verwahrt, vor der Einfügung in absolutem Alkohol gewaschen, mit Gaze getrocknet und mit Jodoform bestäubt wurde. Nach 25 Tagen war das implantirte Stück durch einen resistenten Wall immobilisirt, nach 35 Tagen Alles vernarbt und durch Massage die Function der Gliedmasse hergestellt.

SENN hat in gleicher Weise an Hundeschädeln, BUŠCARLET an Diaphysen experimentirt.

Verf. beschreibt nun (Rif. med. 1895, Nr. 166) seine Versuche an Hunde- und Kaninchenschädeln, wobei er sich bemühte, die Dura m. nicht zu verletzen. Mit der Implantation stand die Diploeblutung sofort. Er verwendete Salzsäurelösung (4:100) und zur Conservirung Sublimatalkohol (1:400). Bei den getödteten Thieren war nach 10 Tagen die Knochenscheibe durch ein gelbröthliches, dem Discus und Epicranium anhaftendes Gewebe befestigt. Nach drei Wochen war der Discus wesentlich kleiner, erweicht, das neugebildete Umgebungsgewebe senkt sich in dessen Ränder und Buchten. Späterhin ist das Implantationsstück nur im Centrum als graues Scheibchen zu erkennen, nach 40 Tagen als erweichter grauer Punkt, um denselben ein hartes mit dem Cranium verschmolzenes Gewebe. Nach zwei Monaten ist der Knochen neugebildet, dicht, ohne Tabula vitr. — Zur Controle wurde trepanirten Thieren kein Knochen eingepflanzt; nach acht Wochen war das Epicranium an die Ränder der Knochenlücke und die Dura durch ein starres Gewebe ohne Knochenneubildung befestigt.

Die eingehenden histologischen Untersuchungen V.'s ergaben, daß der überpflanzte entkalkte Knochen eine reactive Entzündung mit Proliferation von Elementen, Einwanderung kleiner Zellen und dadurch Neubildung des Verbindungsgewebes hervorrufe. Dieses durchdringt den Discus, befestigt ihn an den umgebenden Knochen, jenen erst langsam, dann durch große Phagocyten rapid resorbirend. Gleichzeitig Erweichung im umfassenden Knochen durch Zellenproliferation behufs Knochenneubildung. Nach V. ist es sehr wahrscheinlich, daß der Proceß im neugebildeten compacten Knochen nicht aufhört, sondern eine allmälige Umwandlung in einen diploetischen stattfindet.

Resumirt man die Thierversuche und die Erfahrungen am Kranken, so sind die Resultate der Einpflanzung entkalkten Knochens sehr günstig; nur hält V. die von einzelnen Chirurgen geübte Einlagerung kleiner entkalkter Knochenstücke in tuberculöse Knochenhöhlen etc. für wenig Erfolg versprechend, da hier unvollkommene Asepsis, Unmöglichkeit einer Heilung per primam und andere Ursachen hemmend einwirken. Verf. empfiehlt, erst in einer zweiten Operation zu implantiren, das umgebende Periost zu erhalten, die Knochenscheibe genau zu modelliren und gibt dem entkalkten Kälber- oder Lammsknochen vor allen anderen Ersatzmitteln, den lebenden Knochen inbegriffen, den Vorzug. Sp.

Anatomischer Atlas für Studirende und Aerzte. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. DALLA ROSA herausgegeben von **Dr. Carl Toldt**, k. k. Hofrath, o. ö. Professor der Anatomie an der Universität Wien. Wien und Leipzig 1896. Urban & Schwarzenberg. Erste Lieferung, Bogen 1—10: A. Die Gegenden des menschlichen Körpers. B. Die Knochenlehre. (Fig. 1—172.) Preis dieser Lieferung 5 Mark = 3 fl. ö. W.

Die erste Lieferung eines epochalen Werkes liegt uns vor. Ein anatomischer Atlas, der den Namen eines der hervorragendsten Anatomen und bewährtesten Lehrer der österreichischen Hochschulen trägt, dessen Bilder — sie sollen die Zahl Tausend erreichen — ausnahmslos nach zu diesem Zwecke angefertigten Präparaten von Künstlerhand gezeichnet, von Künstlern in Holz geschnitten und (zum Theil mehrfärbig) reproducirt wurden, verdient wohl diese Bezeichnung.

Die erste, zehn Druckbogen in Groß-Lexikonformat umfassende Lieferung enthält bereits 172 Abbildungen, deren vollendete Plastik den Beschauer vorweg gefangen nimmt, obgleich die bildliche Darstellung der Körperregionen des menschlichen Körpers sowie der Osteologie gerade nicht die dankbarste Aufgabe eines anatomischen Atlas darstellt. Und doch, wie naturgetreu ist die Wiedergabe der mikroskopischen Bilder, welche die Entwicklung und die histologischen Verhältnisse der Knochen illustriren, wie entzückend schön und wahr die in dieser Lieferung enthaltenen Abbildungen der Rumpf- und Schädelknochen! Solche Bilder prägen sich dem Gedächtnisse tief ein und erleichtern das Studium der Anatomie in früher nicht gekannter Weise, zumal der Herausgeber, wo irgend möglich, dafür gesorgt hat, die topographischen Verhältnisse zu berücksichtigen.

Die Auswahl der Abbildungen des Werkes, dessen Gebrauch durch Beigabe eines terminologischen Registers zu jedem Abschnitte wesentliche Erleichterung erfahren wird, zeugt von der langjährigen, reichen Erfahrung im theoretischen und praktischen Unterricht eines Anatomen, dessen bewährter Prosector, Prof. DALLA ROSA, auch hier Herrn Hofrath TOLDT thatkräftig unterstützt hat.

Von besonderem Interesse ist die genaue Durchführung der erst vor wenigen Monaten seitens der „Anatomischen Gesellschaft" zu Basel vereinbarten anatomischen Nomenclatur im vorliegenden Werke, dessen mit Sicherheit zu prognosticirender außerordentlicher Erfolg neben dem Herausgeber und dessen wissenschaftlichem Collaborator auch den technischen Mitarbeitern, dem vortheilhaft bekannten akademischen Zeichner Fritz Meixner, dem bewährten artistisch-xylographischen Institute F. X. Matolony und der musterhaft geleiteten und leistungsfähigen Druckerei Gottlieb Gistel & Comp. in Wien zu danken sein wird.

Der unermüdlichen Verlagshandlung Urban & Schwarzenberg gereicht dieses glänzend ausgestattete, den heimischen medicinischen Verlag auszeichnende Werk, das trotz der Kostspieligkeit seiner Herstellung nichts weniger als theuer ist und in kürzester Frist in den Händen der Aerzte und Studirenden sein dürfte, zu großer Ehre. — Wir sehen dem Erscheinen der weiteren Lieferungen mit Interesse entgegen. B.

Die neueren Hilfsmittel zur Diagnose und Therapie der Blasenkrankheiten. Von **Dr. med. A. König** in Wiesbaden. Mit 3 Tafeln in 5farbigem Chromodruck. Leipzig 1895, C. G. Naumann.

Das Büchlein erscheint im Rahmen der vom obigen Verlage herausgegebenen „Medicinischen Bibliothek", in welcher kurze Abhandlungen, meist specialistischer Gebiete, den Bedürfnissen des praktischen Arztes angepaßt, dargeboten werden. Der Inhalt ent-

spricht nicht ganz dem Titel des Heftes, indem vorwiegend in kurzen Zügen die Entwicklung und praktische Bedeutung der Cystoskopie zum Gegenstand der Darstellung gewählt werden.

Da das Buch aber auch praktische Bemerkungen über die Indicationen der localen Untersuchung, über die Gefahren dieser, über Desinfection der Katheter u. A. enthält, so wird der praktische Arzt, der die Literatur des Gegenstandes nicht verfolgen kann, hier immerhin einige Belehrung schöpfen können.

In drei Tafeln sind Typen markanter cystoskopischer Bilder wiedergegeben, von denen die besten dem cystographischen Atlas NITZE's entnommen sind. O. ZUCKERKANDL.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber einen Fall von **Zerreißung der Art. axillaris bei Reposition einer chronischen Schultergelenksluxation** berichtet Dr. L. MAKARA aus der Klinik KOVÁCS in Budapest („Pester med.-chir. Presse", 1895, Nr. 35). Der Fall betraf einen 42jähr. Taglöhner mit einer 45 Tage alten Schultergelenksluxation, deren Reposition in Narkose versucht wurde. Bei der ersten Traction und Rotation bewegte sich zwar der Humeruskopf von seinem Platze, aber der nun folgende Versuch der Eindrehung in die Gelenkshöhle gelang nicht, vielmehr bildete sich in der Achselhöhle unter dem Pectoralis eine Geschwulst, der Radialpuls auf der operirten Seite war verschwunden. Die nach wenigen Stunden gemachte Unterbindung der Art. subclavia konnte das Auftreten von Gangrän des Armes nicht verhüten. Der Pat. starb am 7. Tage nach der Operation unter Erscheinungen der Sepsis. Die Section ergab eine mit Acromionbruch complicirte, rechtsseitige Luxatio subcoracoidea, Zerreißung der rechten Art. axillaris, nicht gangränösen Thrombus in Folge der Ligatur der rechten Art. axillaris, Gangrän der rechten oberen Extremität und putride Infection. Bei den in der Literatur nicht gerade seltenen derartigen Fällen trat der Tod meist in Folge der durch das Absterben der Extremität erfolgenden Sepsis oder in Folge der Verblutung ein. Die Gründe der Gefäßverletzung waren in den in der Literatur mitgetheilten Fällen: 1. Gewaltsame Reduction, 2. hohes Alter bei atheromatösen Gefäßen, 3. Adhäsion zwischen der Gefäßwand und dem Knochen, 4. gleichzeitiger Bruch.

— Im Jahre 1889 machte Dr. STEPP in Nürnberg zum ersten Male Mittheilung über die Verwendung des Bromoforms bei Keuchhusten. Seine Angaben wurden vielfach bestätigt, gelegentlich aber auch bestritten. Nach 6jähriger reicher Erfahrung theilt nun ST. seine weiteren Beobachtungen **über die Anwendung des Bromoform** mit („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 36). Danach vermag das Bromoform die Heilungsdauer des Keuchhustens ganz beträchtlich abzukürzen, da leichte Fälle in 2—3 Wochen, mittelschwere Fälle in 4—5 Wochen, ganz schwere in 6—8 Wochen zur sicheren Heilung kommen, während ohne Behandlung leichte Fälle 5 bis 6 Wochen, mittelschwere 10—12 Wochen und schwere Fälle bis zu einem halben Jahre dauern. Mit dieser Abkürzung der Behandlungsdauer ist aber auch eine stetige Abnahme der einzelnen Anfälle in Bezug auf Zahl und Heftigkeit verbunden. Ein nahezu ausnahmsloses Ergebniß ist die mächtige Anregung des Appetits, wodurch der Kräftezustand nicht nur erhalten bleibt, sondern sich noch wesentlich bessert. Die Complication mit pneumonischen Infiltrationen wird allerdings nicht immer vermieden, doch kommen die meisten derartigen Fälle zur Genesung. Was die Dosirung betrifft, so kann man ohne jeden Nachtheil dreist höhere Dosen geben. Einem halbjährigen Kinde gibt ST. 3 Tropfen, einem einjährigen 4—5 Tropfen 3mal täglich. Doch soll das Bromoform nie bei leerem Magen gegeben werden. Zwei Beobachtungen sprechen fast dafür, daß das Bromoform ein Specificum gegen Keuchhusten bildet: Ein 3jähriger Knabe hatte 3·0 Bromoform auf einmal ausgetrunken; außer momentaner Benebelung waren weitere Folgen nicht wahrzunehmen; aber der heftige Keuchhusten war von dem Augenblick an völlig geheilt. In dem anderen Falle nahm ein 2jähriger Knabe 30 Tropfen Bromoform; er fiel um und schlief. 2 Tage später war der Keuchhusten vollständig verschwunden. Außer bei Keuchhusten hat ST. das Bromoform bei Tuberculose angewendet, und zwar in Kapseln zu 0·5, 4—6 Stück täglich und mit dem Erfolg, daß bei Nichtfiebernden eine erfreuliche Besserung in Bezug auf Appetit und Gewichtszunahme bei großer Verminderung des Auswurfes erzielt wurde. Bei Kranken, welche fieberten und Zerfallsherde hatten, war das Bromoform nutzlos. Ein geradezu durchschlagender Erfolg wurde bei der durch Emphysema pulmonum bedingten Dyspnoe erzielt. Am 1. Tage der Behandlung schon (4—6 Kapseln täglich) nahm die Athemnoth ab, das Liegen wurde wieder möglich, in den nächsten 2—3 Tagen erfuhr die schwere Bronchitis eine wesentliche Abnahme, der Auswurf verschwand und in kurzer Zeit waren die Kranken genesen. Hingegen blieb das Bromoform wirkungslos bei Asthma in Folge von Herzfehlern, Arteriosklerose oder Nierenaffection, ein Beweis, daß eine narkotische Wirkung des Bromoforms ausgeschlossen ist. Sehr gute Dienste leistete das Bromoform ferner bei den vielgestaltigen Pneumonien im Kindesalter, besonders bei Masernpneumonien. In diesen Fällen wurde gegeben:

Rp. Bromoform gtts. 9
Spirit. vin. . . . . 3·0
Aqu. . . . . 90·0
Syrup. . . . . 10·0
S. Stündlich 1 Löffel voll zu nehmen.

Aeltere Kinder erhalten 6—16 Tropfen mehr. Recht günstige Resultate wurden ferner erzielt bei chronischer Bronchitis rachitischer Kinder, bei welchen Verdacht besteht, daß vergrößerte Bronchialdrüsen das Leiden verursachen, endlich bei einer bisher vergeblich behandelten Kinderkrankheit, bei Spasmus glottidis. 4 mit Bromoform behandelte solche Fälle sind in kurzer Zeit geheilt.

— Angeregt durch das Verfahren SCHLIEP's, welcher den Nabelschnurrest der Neugeborenen täglich mit einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung bepinselt und damit eine sehr schnelle Mumification erreicht, hat Dr. F. SCHMEY in Beuthen („Allg. med. Central-Ztg.", 1895, Nr. 73) dasselbe Verfahren **zur Behandlung der Hämorrhoiden und Analfissuren** versucht und damit „die glänzendsten Erfolge" erzielt. Er nimmt die Pinselungen täglich mit einer 2proc. Höllensteinlösung vor. Sie sind angeblich absolut schmerzlos.

— Dr. E. VOLLMER in Bad Kreuznach hat einen Fall von **Lupus erythematodes discoides mit der LASSAR'schen Schälpaste behandelt** und auf diese Weise, wie er in der „D. med. Woch." (1895, Nr. 38) berichtet, insofern ein günstiges Resultat erzielt, daß nach 5wöchentlicher Behandlung der Pat. zwar noch durch seinen, das Gesicht betreffenden Lupus erythematodes gezeichnet, aber nicht mehr entstellt war; die narbigen Vertiefungen waren ausgeglichen und das Niveau der Gesichtshaut wieder ein continuirliches. Die LASSAR'sche Paste wurde jeden Morgen durch eine Stunde angewendet, während des Abends das UNNA'sche Quecksilberpflaster-Mull aufgelegt wurde.

— Mit dem lediglich aus Albumosen bestehenden Fleischpräparate **Somatose** hat Dr. HERTMANNI in Elberfeld („D. med. Woch.", 1894, Nr. 52) sehr befriedigende Resultate erzielt. Er verwendete es bei Kindern in den ersten Lebenswochen, die nicht an Gewicht zunehmen wollten, ferner bei einem sehr schwachen, an hochgradiger Rachitis leidenden, halbjährigen Kinde. Allerdings trat in diesen Fällen erst nach mehrtägigen Erscheinungen seitens des Darms Gewöhnung an das Mittel ein. Endlich wurde Somatosemilch bei Gastritis und sehr geschwächten Wöchnerinnen mit gutem Erfolge gegeben. Gleich günstige Resultate berichtet Dr. THOMALLA, dirigirender Arzt des Marienhospitales in Hückeswagen, über die Anwendung der Somatose bei kranken und schwächlichen Personen („Zeitschr. für Krankenpflege"). Er gab es zu 1—2 Theelöffel in Milch und Wasser zu gleichen Theilen gelöst bei Typhus, Gastritis und Gastroenteritis, Pneumonie, Scrophulose, Chlorose etc. TH. erwähnt noch, daß die Somatose in Chocolade und zu Biscuits verarbeitet in den Handel gebracht und von Kindern außerordentlich gern genommen wird. Endlich wird ein Cacaopulver, das 10% Somatose enthält, angefertigt, welches, mit Milch zubereitet, von Kindern wie schwächlichen Erwachsenen wegen des Nährwerthes statt Kaffee und Thee täglich genossen werden sollte.

— **Gegen Schnupfen** werden in „Pharm. Ztg." neuerdings folgende Medicamente empfohlen:

Ichthyol. . . . . 1·0
Aether.
Alcohol. . . . . aa. gutt. I
Aq. destill. . . . . 90·0
S. Zur Ausspritzung der Nase.

Jodol.
Acid. tannic.
Acid. boric. . . . . aa. 5·0
S. Schnupfpulver.

Gegen die concomitirenden Kopfschmerzen:

Cocain. hydrochlor. . . . . 1·0
Camphor. . . . . 4·0
Bismuth. subnitr. . . . . 30·0
S. Schnupfpulver.

*

Acid. boric. . . . . 20·0
Salol. . . . . 6·0
Menthol. . . . . 0·25
Cocain. hydrochl. . . . . 0·06
S. Schnupfpulver.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus.

Discussion.

Petrini de Galatz (Bukarest) hält es für unlogisch, die Gruppe Pemphigus vulgaris zu zerstören, um eine solche der Dermatitis herpetiformis daraus zu gestalten. In diese Bezeichnung kleiden, damit mehr einer Mode als dem Bedürfnisse entsprechend, die Mehrzahl moderner Dermatologen eine Reihe verschiedenartiger Processe, z. B. Fälle von Urticaria papulosa-bullosa, Er. multiforme, Dermatitis pustulosa, Hydroa. Redner sah Fälle, die er auch als D. herpetiformis diagnosticirt hätte, Fälle von Hauteruptionen mit circinnärem und polymorphem Charakter. Aber diese Fälle könnten ebenso gut als P. circinnatus, Erythema multiforme bullosum chronicum etc. diagnosticirt werden. Im Jahre 1892 hat Redner in seiner Arbeit „Du Pemphigus foliacé, Étude histologique de trois cas semblables" (Congrès Internationale de Vienne de 1892") drei Typen des Pemphigus aufgestellt: 1. Pemphigus vulgaire chronique à poussées périodiques ayant le plus souvent une terminaison fatale. 2. Pemphigus foliacé. 3. P. vegetans vulgaire. Letztere beide Formen können entweder schon als solche beginnen oder sich aus dem P. vulg. chron. entwickeln. Neben diesen drei Typen gibt es noch eine weitere Gruppe benigen verlaufender Pemphigusfälle bei jungen Individuen, ein-, zweimal recidivirend mit Ausgang in Heilung. Diese letzte Gruppe gehört in die Hydroa bulleux Bazin's. Außer dieser möchte Redner noch den Pemphigus circinnatus, Herpes Iris, Erythema Iris, die Urticaria chronica „à petites papules" in eine besondere Gruppe einreihen, dieser aber den Namen Dermatitis Duhring ohne das Attribut „herpetiformis" geben. Auf diese Art ist man weniger frei und zerstört nicht den Begriff des P. vulgaris. Die Hydroa vacciniforme ist ein Typus, den man an die Seite der Hydroa simplex setzen muß, der also nicht verdient, nach Bazin, bezw. Rosenthal speciell angeführt zu werden.

Escherich (Graz) wendet sich blos gegen die These Rosenthal's, betreffend die Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter), welche hier als ein Synonym, also als identisch mit P. neonat., angesehen wird. E. schlägt vor Allem vor, den Ausdruck P. infantum für neonatorum zu gebrauchen, da er die Affection auch oft bei 6—8jährigen Kindern gesehen. Ausgang stets in Heilung, das Allgemeinbefinden wenig getrübt. In den Blasen waren wohl Coccen, diese konnten aber nie inoculirt werden.

Von diesen Fällen durchaus verschieden verliefen 5 Fälle von Dermatitis exfoliativa seiner Beobachtung, nämlich sämmtlich letal. Es trat hier allmälig auf dem ganzen Körper eine Abhebung und Schälung der Haut ein, Epidermolysis universalis. Der Verlauf war 1mal fieberlos, 4mal fieberhaft mit den septischen Veränderungen, bezw. Symptomen sehr ähnlichen Erscheinungen, wie sie Ritter beschreibt. Die Vorbedingung dieser Erkrankung scheint jedoch ein dem Neugeborenen eigenthümlicher physiologischer Zustand der Haut zu sein. Andere ätiologische Momente waren bisher nicht eruirbar. (Demonstration von Photogrammen von P. infantum, Dermat. exfoliativa und Ichthyosis congenita, sowie Hautstücken der beiden letzten Erkrankungen.)

Schwimmer (Budapest) erinnert an die Discussion über die Berechtigung der Aufstellung der Dermatitis herpetiformis Duhring am Pariser Congreß 1889. Die Wahrheit scheint ihm in der Mitte zu liegen. Prof. Kaposi gehe zu weit, die Existenzberechtigung der Derm. herp. zu leugnen. Sch. hat in den letzten 5 Jahren 24 Pemphigusfälle neben 18 Fällen von Derm. herp. gesehen. Wenn das Verhältniß vielleicht auch bei einigen bis heute oder weiterhin zu Gunsten des Pemphigus verschoben wird, so gibt es für ihn doch den eigenen klinischen Begriff Duhring's, wenigstens läßt sich dieser prognostisch rechtfertigen. So beobachtete Sch. unter 24 Pemphigus-Kranken gegen 50% Todesfälle, bei den 18 an D. herp.-Kranken bis jetzt kaum einen einzigen. Klinisch hat Redner stets das Gefühl, daß alle diese Veränderungen mit dem Nervensystem zusammenhängen, wie ja auch die Haut embryologisch mit dem Nervenapparat zusammen entsteht.

Neumann (Wien) hat nie Fälle gesehen — auch die von Brocq in Paris so vorgestellten kann er nicht als solche ansehen —, welche er als eine besondere Form der D. herp. bezeichnen könnte. Dabei leugnet er ja nicht, daß sie vorkommen können, oder daß sie vielleicht Duhring nicht gesehen hat.

P. foliaceus wird P. vulgaris bei einem nicht gut genährten, herabgekommenen Individuum. P. vegetans ist aber schon im Beginne eine besondere Form, also eine Erkrankung sui generis, nicht eine Variation des P. foliaceus. Es gibt Individuen, welche auf äußere Reize Pemphigus bekommen, z. B. an der Achselhöhle, an der Conjunctiva nach Augenoperationen.

Die Diagnose kann man oft schon aus gewissen klinischen Momenten machen, kreisförmiger Gruppirung einzelner Efflorescenzen, selbst nur aus Krusten. Also P. vulgaris, P. foliaceus, P. acutus, P. vegetans; andere Formen kennt N. nicht.

Neisser (Breslau) wundert sich, daß Neumann bei so reichem Material niemals Fälle gesehen hat, die als Derm. herp. zu bezeichnen wären. Wenn Kaposi nur etwas connivent ist, wie er das heute schon auch bei der Unterscheidung zwischen Lupus und Hauttuberculose ist, so läßt sich vielleicht auch hier eine Einigung erzielen. P. vegetans hält N. ganz besonders für eine klinisch berechtigte eigene Form. Therapeutisch hat N. vom Strychnin manches Vielversprechende gesehen, so daß er dessen methodische Anwendung zur weiteren Prüfung empfiehlt. Wichtig scheint ihm, was Escherich hervorgehoben hat, die Epidermolyse ohne Entzündung. Dadurch werden Fälle blasenbildender Affectionen mit Entzündung ausgeschaltet.

Kopp (München) warnt vor zu früher Anwendung des Lapisstiftes und anderer Aetzmittel bei blasenbildenden Affectionen des Mundes. Man kann so leicht etwas für luetische Plaques halten, was durch Pemphigusblasenbildung entblößte Schleimhaut ist.

Kaposi: Alle Formen des Pemphigus können an einem und demselben Individuum im Verlaufe längerer Beobachtung vorkommen. Der Durchschnittsfall ist der P. vulgaris; die Krankheit erscheint immer wie ein Blitz aus heiterem Himmel, was übrigens zur Charakterisirung unserer Unkenntniß in Bezug auf die Aetiologie dieser Erkrankung hervorgehoben zu werden verdient; aus ihm kann sich dann unter Umständen ein P. foliaceus oder vegetans entwickeln, der später wieder in einen P. pruriginosus übergeht. Die Frage der concomitirenden Entzündung aufzustellen, ist nicht wichtig, denn es gibt Fälle von Pemphigus auch mit Entzündung, die von den localen Vorgängen, Secretabsperrung etc., abhängen. K. kann deshalb die von Escherich angezogenen Fälle nicht als principiell wichtig für die ätiologische Bedeutung des einzelnen Falles ansehen. Was die Dermatitis exfoliativa neonatorum betrifft, so beruht dieselbe auf einer vasomotorischen Störung, auf einer Parese der Capillaren der Haut, durch Athmungsvorgänge bedingt; es kommt dabei zur serösen Ausschwitzung rings um die Gefäße, zur Abhebung der Epidermis und Entblößung des Coriums auf weite Strecken. Die Kinder gehen, ohne daß es zu einer Cocceninvasion gekommen ist, schon an Wärmeverlust durch die Haut zu Grunde. Viele derartige Fälle kamen Redner im Laufe der Jahre aus den Gebärkliniken und dem Findelhause zu Gesicht. Redner demonstrirt ferner an zahlreichen Abbildungen, die von Heitzmann nach den lebenden Originalien getreu in Farben ausgeführt wurden, verschiedene Pemphigusformen, wie sie am selben Individuum zu verschiedenen Zeiten und unter gänzlich verschiedenen Bildern auftreten, wie demnach eine Pemphigusform in die andere übergehen kann. Prognostisch läßt sich übrigens auch für anscheinend benigne Formen nichts voraussagen. P. vulgaris oder circinnatus, an sich benigne Formen, sah K. schon letal verlaufen. Die Dermatitis herpetiformis ist ein Sammelbegriff theils von Erythema multiforme und anderen bullösen Affectionen, Urticaria etc., theils von Pemphigus. Seinerzeit waren die Dermatitis herpetiformis-Fälle nur gutartig, heute gibt es auch hier schon Todesfälle, als Beweis dafür, daß es sich hier um Pemphigusfälle handelt. Wer da glaubt, daß du Castel etwas anderes damit bezeichnet, wenn er einen Krankheitsfall, den er als D. herpetiformis vorstellte, welcher aber von Hallopeau als Pemphigus bezeichnet, „Dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives" nennt, also das, was wir Pemphigus nennen, oder daß dadurch die Bezeichnung kürzer ist, der möge diesen ersteren Namen wählen.

Rosenthal (Schlußwort) möchte als positives Ergebniß der Debatte nur drei Punkte hervorheben: 1. die Anerkennung des P. acutus, der bisher von mancher Seite geleugnet wurde; 2. die Einigkeit über die Existenz des P. vegetans; 3. die Uebereinstimmung über die Prognose des Pemphigus, die früher als stets infaust, heute allgemein als weniger schlecht hingestellt wurde. Gegen Petrini erwähnt R., daß die Hydroa vesiculeux nicht übersehen, sondern in These VII als Synonimum des H. iris erwähnt wurde.

Als eine Modesache kann er die Aufstellung der Derm. herpetiformis nicht ansehen, übrigens steht Petrini mit sich selbst in Widerspruch, da er die Prognose des Pemphigus für schlecht ansieht. Wo bringt er dann die gut verlaufenden unter?

Den Standpunkt Escherich's theilt R. insoferne, als man die Dermatitis exfoliativa neonatorum von der Ichthyosis congenita trennen muß. Unbegreiflich erscheint ihm die Behauptung Neumann's, der noch niemals einen Krankheitsfall gesehen hat, bei dem er Dermatitis herpetiformis diagnosticiren könnte. R. sieht bei seinem kleinen Materiale jährlich 8—10 solcher Fälle. Was die Vegetationen des von Neumann zuerst beschriebenen P. vegetans betrifft, so hält sie R. für wahrscheinliche Folge secundärer Einwirkung von Mikroorganismen, was bei dem feuchten Sitze dieser Efflorescenzen (Achselhöhle, Genitale) leicht möglich ist. Die Cardinalfrage, auf die noch Antwort gegeben werden muß, ist und bleibt, ob es eine Dermatitis herpetiformis gibt, welche nicht in Pemphigus übergeht oder nicht. Für R. ist diese Frage längst im bejahenden Sinne entschieden.

C. Ullmann.

Aus den Abtheilungen
der
67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

IV.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

FEHLING (Halle): Ueber neuere Operationsmethoden bei schweren Gebärmutterscheidenvorfällen.

Der Vortr. warnt einleitend davor, jede leichte Senkung von vornherein operativ behandeln zu wollen. Bei jungen Frauen, wo die Senkung im Anschluß an das Wochenbett entsteht, genügt oft längeres Liegenlassen in puerperio, Sorge für gute Rückbildung u. s. w. Steht die Frau noch mitten in der Fertilitätsperiode und ist der Vorfall nicht zu stark, so behilft man sich mit Pessarien von ovaler Form und nicht zu groß gewählt, da Geburten in 64% der Fälle zum Rückfall führten. Bei alten Frauen oder wo sonst die Operation contraindicirt ist, soll bei hochgradigen Formen ein Stützapparat oder die Operation nach FREUND angewandt werden. Alle anderen Vorfälle sollen operirt werden nach den bekannten Methoden von SIMON-HEGAR u. A.; dann muß auch soweit als möglich auf Verkleinerung des Uterus hingearbeitet werden. Trotz alledem gibt es Rückfälle, die bei den verschiedenen Operationen zwischen 10—40% schwanken. Für eine Reihe der Fälle schützt zweizeitiges Operiren; bei anderen, wo der Mißerfolg in dem anatomischen Verhalten des Vorfalls, Lockerung des Bandapparates liegt, muß man mit den alten Methoden der Scheiden-Dammplastik andere Operationen combiniren.

Hieher gehört die Ventrofixatio nach OLSHAUSEN; diese hat aber 20% Recidiv ergeben und bringt den weiteren Nachtheil eines Bauchbruches. Günstigere Resultate verspricht die Vaginofixation nach DÜHRSSEN-MACKENRODT, doch sind hier die Erfolge noch nicht genügend lange beobachtet.

Für wieder andere Fälle paßt die Totalexstirpation der Gebärmutter, combinirt mit Scheiden- und Dammplastik. Diese erzielt nur 7% Rückfälle, zeigt aber in der Literatur 10% Todesfälle. Diese Operation soll nur bei hochgradiger Veränderung des Uterus und bei älteren Frauen ausgeführt werden, da sie bleibende Verstümmelung setzt. Im Ganzen kann man hoffen, durch richtigere Auswahl der Operationsmethoden bessere Dauerresultate zu erzielen.

Discussion:

Prochownik (Hamburg) ist auch gegen das frühzeitige und viele Operiren bei Vorfällen und empfiehlt warm die Pessarbehandlung, u. zw. sein Schalenpessar. Mit der Totalexstirpation erziele man die besten Erfolge jenseits der Vierziger-Jahre. Jenseits des 56. Lebensjahres seien operative Dauerresultate nicht mehr zu erhoffen. P. ist kein begeisterter Anhänger der Vaginofixatio, die er früher viel geübt. Die Harnblase komme doch wieder herunter und stülpe die vordere Scheidenwand wieder vor.

Gottschalk (Berlin) ist gleichfalls gegen die operative Vielgeschäftigkeit bei der Prolapsbehandlung, besonders bei den leichteren Formen, die wir nicht selten, zumal bei jüngeren Individuen, mit bestem Erfolge orthopädisch und durch Massage behandeln können. Man muß hier sehr individualisiren und die Ursache der Senkung mehr in's Auge fassen. Denn gerade die hochgradigeren Formen, die wir bei abgemagerten, durch rasche Aufeinanderfolge einer größeren Zahl von Entbindungen sehr heruntergekommenen Individuen sehen, müssen prognostisch ganz anders beurtheilt werden. Wir sehen hier in dem Prolaps vielfach nur eine Theilerscheinung einer allgemeinen Erschlaffung des ganzen Bauchfells und der ganzen Bauchwand. Hier finden wir neben dem Prolaps Enteroptose, Wanderniere und nicht selten auch Hernien: Inguinal- und Nabelhernien. Was nützt es hier, ein enges Scheidenrohr zu schaffen? Die Beschwerden bleiben bestehen, der Vorfall wird nicht beseitigt. In den hochgradigeren Fällen genügt überhaupt die Colporrhaphie und Perineoplastik allein nicht, man muß auch dem Uterus selbst einen Halt geben. G. hat wiederholt mit gutem Erfolge die Colporrhaphie mit der ALEXANDER-ALQUIÉ'schen Operation combinirt. Gerade durch die gleichzeitige Verkürzung der Ligg. rotunda wird der Uterus stark elevirt und der vorderen Bauchwand genähert, bleibt aber dabei frei beweglich und läßt die Harnblase unversehrt. — In neuerer Zeit ist G. zufällig auf ein anderes Verfahren, den Uterus, bezw. die Cervix selbst im Becken hinten zu fixiren, gekommen, und zwar gelegentlich eines mit einem retrouterinen Beckenabsceß complicirt gewesenen derartigen Falles. Durch die hier nothwendig gewordene Jodoformgazedrainage des Douglas war es zu einer festen narbigen Fixation der Cervix etwa in Höhe des inneren Muttermundes gekommen und ein gutes dauerndes Heilresultat des Vorfalles erzielt worden. Seitdem ist G. in einigen Fällen absichtlich in der gleichen Weise verfahren, d. h. er hat bei der medianen Colporrhaphie (SÄNGER) den Douglas eröffnet, eine kleine Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe gelassen, durch welche die DOUGLAS'sche Tasche während 8 Tage 2mal mit Jodoformgaze ausgestopft wurde. Diese andauernde Gazetamponade bedingt ausgiebige feste Verwachsungen, die den Halstheil nach hinten oben fixiren, ohne daß die Heilung der Colporrhaphiewunde irgendwie beeinträchtigt wird. Die Eröffnung der DOUGLAS'schen Tasche ist heutzutage ungefährlich. Es handelt sich also bei dieser Methode um eine Combination der gewöhnlichen Colporrhaphia mediana mit einer durch Gazetamponade bewirkten intraperitonealen narbigen Fixation der Cervix. Die kleine Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe ist sich selbst zu überlassen; die Narbe wird um so fester. Beschwerden machen diese Narben nicht.

Leopold (Dresden) fragt FEHLING nach dem Verbleib des Silberdrahtes bei der FREUND'schen Operation.

Schatz (Rostock) empfiehlt Pessarbehandlung bei Prolaps, und zwar die Schalenpessare, welche den Vorzug haben, fortschreitend kleiner gewählt werden zu können. In späterer Zeit läßt dann SCH. Kugelpessare tragen.

Brennecke (Magdeburg) hat die Vaginofixatio bis jetzt noch nicht ausgeführt. Er bildet in schwereren Fällen einen ausgiebig hohen Damm und ventrofixirt vorher den Uterus transperitoneal, d. h. er schneidet die Bauchdecke blos bis zur Fascie ein, läßt sich dann den Uterus nach vorn gegen die Bauchwunde andrängen und sticht die fixirende Nadel durch Fascie und Peritoneum blind durch. Die Fascie soll nicht durchtrennt werden, damit sich kein Bauchbruch bilde. Die Bauchhöhle soll nicht ad hoc eröffnet werden; sei dies aus einer anderen Indication nothwendig, so vernähe er die ganze vordere Uterusfläche breit mit der Bauchwand.

Prochownik bestätigt GOTTSCHALK die guten Erfolge mit der Combination der Colporrhaphie und Verkürzung der Ligg. rotunda. P. ist ein Gegner der von SCHATZ empfohlenen Kugelpessare und empfiehlt nochmals warm seine Schalenpessare.

Fehling (Schlußwort) ist durchaus nicht gegen runde Pessare, nur sollten zuerst ovale versucht werden; erst wenn diese versagen, sind runde zu wählen, die ja die Scheide erweitern, anstatt sie zu verengern. F. warnt vor der von BRENNECKE empfohlenen blinden Ventrofixation ohne Eröffnung der Bauchhöhle wegen der Gefahr der Darmverletzung.

LEOPOLD (Dresden): Ueber die Leitung der normalen Geburten lediglich durch äußere Untersuchung.

Durch die äußere Untersuchung läßt sich I. und II. Schädellage und Gesichtslage mittelst der bekannten, vom Vortragende früher schon genauer beschriebenen vier Handgriffe, die durch Abbildungen illustrirt werden, erkennen, desgleichen der Fortgang der Geburt verfolgen. Die innere Untersuchung kann nicht ganz ausgemerzt werden, aber sie ist im Wesentlichen auf die pathologischen Fälle zu beschränken oder nur als Ergänzung der äußeren Untersuchung nothwendig. Sie wird die werthvollste Ergänzung der äußeren Untersuchung bleiben.

Die bis jetzt vorliegenden Erfahrungen in der Klinik und Privatpraxis beweisen, daß eine große Zahl von Geburten namentlich in der Privatpraxis lediglich durch äußere Untersuchung geleitet werden kann. Die innere Untersuchung hat sich an bestimmte Indicationen zu knüpfen; hier ist sie werthvoll.

So lange nicht die geringsten Abweichungen bezüglich der Wehenthätigkeit und des Befindens von Mutter und Kind vorliegen, ist die innere Untersuchung zu entbehren.

An den Lehrstätten sollen die äußere und innere Untersuchung gleichmäßig gelehrt werden, doch soll in späterer Zeit des Studiums mehr Nachdruck auf die Leitung der normalen Geburt lediglich durch äußere Untersuchung gelegt werden.

In der Privatpraxis sei die Statistik bezüglich des Kindbettfiebers in Folge der schwierigen Durchführbarkeit der Antisepsis noch keine günstige, deshalb empfehle sich gerade hier eine Einschränkung der inneren Untersuchung.

Discussion.

Schatz (Rostock) empfiehlt eine Modification des 2. äußeren Handgriffes: Der Steiß soll mit der Hohlhand umfaßt und schräg abwärts gegen den Kopf herabgedrückt werden. Dadurch werde das Kind stärker über die Bauchfläche flectirt und der Rücken springe deutlicher erkennbar hervor. Der 3. Griff soll Steiß und Rücken entgegendrücken, also auch ein schräger Handgriff sein. Auch SCH. ist überzeugt, daß in sehr vielen Fällen die Geburt lediglich durch äußere Handgriffe geleitet werden kann.

Fehling (Halle) will die innere Untersuchung nicht so weit bannen, wie LEOPOLD; er sieht schon in der Entwicklung der Gynäkologie eine Gefahr für den geburtshilflichen Unterricht. Die innere Untersuchung sei viel schwieriger zu erlernen; wenn man der Hebamme die innerliche Untersuchung verbiete, so verlerne sie dieselbe. Die Hebamme müsse sich desinficiren lernen, und zwar streng nach der Uhr; eine Schnelldesinfection gebe es nicht. Die Heb-

ammen dürfen nicht zu viel mit Lochien in Berührung kommen, hier liege die Quelle der Gefahr und hier sei der Hebel anzusetzen. Die Aerzte müssen mehr in der inneren Untersuchung unterrichtet werden. Zum Schluß warnt F. davor, die Consequenzen der äußeren Untersuchung zu weit zu treiben.

Werth (Kiel) schließt sich im Ganzen Fehling an. In der vorgeschlagenen Analuntersuchung erblicke er einen Exceß der äußeren Untersuchungslehre. Man müsse den Hebammen möglichst unzweideutige Anweisungen geben und ihnen möglichst wenig Spielraum in ihren Entscheidungen lassen. Der von Schatz angegebene 2. äußere Handgriff (Herstellung einer stärkeren Beugung) sei nicht neu.

Lomer (Hamburg) empfiehlt Gummihandschuhe für die innere Untersuchung. Solcher Gummihandschuh ließe sich in Sublimat sicher desinficiren. In den meisten Fällen werde das feine Gefühl dadurch nicht beeinträchtigt, nur bei Placentalösungen habe er in dieser Hinsicht Schwierigkeiten gehabt.

Brennecke: Alle Lehren helfen bei den Hebammen nicht viel. Die Entbindungen in der ärmeren Privatpraxis sind wegen der Ungunst der häuslichen Verhältnisse nicht streng antiseptisch zu leiten.

Kellmann (Breslau): In der Poliklinik läßt sich die innere Untersuchung nicht umgehen; in der Klinik in Breslau sei bei 1000 Geburten nicht innerlich untersucht worden. Die innerliche Untersuchung solle sich auf die Feststellung der Weite des Muttermundes beschränken; das Abtasten der Fontanellen sei nicht nothwendig.

Leopold (Schlußwort) hält die Thatsache, daß man eine Geburt lediglich durch äußere Untersuchung leiten kann, für höchst bedeutungsvoll. Der Studirende müsse selbstverständlich nach beiden Richtungen hin ausgebildet werden; die Aerzte sollen die innere und äußere Untersuchung beherrschen.

V.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XVII.

GRASER (Erlangen): **Die erste Verklebung der serösen Häute.**

G. fand an den Endothelien von zur Verklebung kommenden Stellen Zeichen von Zerfall. Auch schlug sich in, an und um diese absterbenden Endothelien Fibrin in einer Weise nieder, daß man an eine Mitwirkung der Endothelien zu dieser Fibrinbildung denken mußte. Der wesentlichste Theil des Fibrins stammt sicher aus dem entzündlichen Plasma, die absterbende Zelle gibt dazu nur ein Etwas, das man als Fibrinferment bezeichnen kann. Als ganz besonders gerinnungserregend sind die Nucleinsubstanzen zu betrachten. Eine Fibrinabscheidung findet niemals an intacten Endothelien statt; sie müssen vorher eine Schädigung erfahren haben, und diese darf keine sehr schwere sein. Eine solche den Endothelien verderbliche Schädigung wird durch die Anwendung von Antisepticis hervorgerufen, besonders durch Sublimat und Carbol, weniger durch Thymol und Bor, aber auch durch die längere Zeit fortgesetzte Einwirkung der die Eintrocknung begünstigenden Luft.

v. BÜNGNER (Marburg): **Ueber die Einheilung von Fremdkörpern unter Einwirkung chemischer und mikroparasitärer Schädlichkeiten.**

Redner hat an Meerschweinchen Versuche bezüglich der Einheilung von Fremdkörpern vorgenommen, und zwar wurden Stückchen von Schwamm, von injicirter Lunge, Terpentin und Jodoform, Culturen von Staphylococcus aureus in die Peritonealhöhle implantirt. Die sich einstellenden Veränderungen waren folgende: Infiltration mit Rundzellen, am zweiten Tage Proliferationsvorgänge seitens der Bindegewebs- und Endothelzellen, mit sämmtlichen Phasen der Kerntheilung, dann Neubildung von Capillargefäßen hauptsächlich vom Endothel aus und endlich Entwicklung von Riesenzellen aus den Granulations- und gewucherten Endothelzellen. Die Riesenzellenbildung im Granulationsgewebe ist als ein für die Heilung günstiger Vorgang aufzufassen, da sie nur bei intensiverer Verwachsung und Weiterentwicklung organisatorischer Vorgänge auftritt. Das Jodoform führt eine bedeutende Auswanderung von Exsudatzellen herbei, ein Umstand, der vor allzu schematischer Anwendung warnen muß.

GURLT (Berlin): **Bericht zur Narkosenstatistik.**

Im verflossenen Jahre sind 77 Berichte eingegangen, 12 aus dem Auslande. Die Summe aller Narkosen beträgt 52.677, darunter 31.803 Narkosen von Chloroform mit 22 Todesfällen, 15.712 von Aether mit 5—6 Todesfällen, 2148 von Chloroform-Aether, 11.445 von Billroth'scher Mischung und 24 von Pental. Gesammtmaterial 266.151 chirurgische Narkosen mit 100 Todesfällen, d. h. 1 : 2661; bei Chloroform 1 : 2309, bei Aether 1 : 6104, Chloroform-Aether 1 : 10.162, Billroth'sche Mischung 1 : 4383, Pental 1 : 213. In Bezug auf die Resultate mit dem Chloroform verdienen auch die neueren Präparate keinen Vorzug. Auch im letzten Jahre sind wie beim Aether, so auch beim Chloroform üble Zufälle seitens des Respirationsapparates, wie Bronchitis und Pneumonie, beobachtet worden, beim reinen Chloroform 2 Todesfälle, in Verbindung mit Aether 7 Pneumonien mit 3 Todesfällen. Eine Anzahl von Chloroformtodesfällen ist kaum diesem Mittel zuzuschreiben, dagegen hat der Aether, der 33mal so häufig als im ersten Berichtsjahre angewendet wurde, zwar eine relativ geringere Sterblichkeit, aber um so unangenehmere Nebenwirkungen. Zu seinen Schattenseiten gehört, daß einzelne Personen sich refractionär erweisen, Hypersecretion von Schleim, Catarrhe und Pneumonien mit letalem Ausgang auftreten. Unter 15.712 Aethernarkosen sind 30 Pneumonien (davon 15 tödtlich) beobachtet, 13 im Anschluß an Bauchoperationen. Nach G.'s Ansicht ist daher die Aethernarkose bei Bauchoperationen gänzlich zu vermeiden. Die 5—6 bei Aether eingetretenen Todesfälle sind kaum dem Anästheticum zuzuschreiben (großer Blutverlust, Ileus, Aspiration von Speisebrei).

DRESER (Bonn) spricht über Aethernarkosen mit genauer Dosirung des verabreichten Aetherdampfes mit Demonstration eines entsprechenden Apparates. —r.

Notizen.

Wien, 12. October 1895.

(Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie.) Aus **Prag** wird uns berichtet: Die Wanderversammlung des Wiener Vereines für Psychiatrie und Neurologie hat am 4. und 5. October d. J. unter zahlreicher Betheiligung von Fachgenossen und Aerzten hier stattgefunden. In der Eröffnungssitzung, welche im psychiatrischen Hörsaale der hiesigen Landesirrenanstalt unter dem Vorsitze des Vereinspräsidenten, Hofrath v. Krafft-Ebing, stattfand, begrüßte A. Pick die Versammlung mit einer herzlichen Ansprache, in welcher er seiner Freude darüber Ausdruck verlieh, daß der Verein Prag als Ort seiner ersten Wanderversammlung gewählt habe, und wies auf den von ihm verfaßten Begrüßungsartikel der zu Ehren des Vereines erschienenen Festnummer der „Prager med. Wochenschr." hin, in welchem es diesbezüglich heißt: „Wir erinnern daran, daß hier in Prag zur selben Zeit, wo in Wien der Narrenthurm errichtet wurde, im Rahmen des allgemeinen Krankenhauses eine Abtheilung für Geisteskranke ihren Platz fand, daß von Prag aus unter Riedel der moderne Irrenhausbau seinen Weg durch Oesterreich fand und die Prager Anstalt durch lange Zeit auch für Deutschland vorbildlich blieb, daß endlich von Prag aus die ersten hervorragenden, vom Geiste der modernen Medicin getragenen deutschen Arbeiten psychiatrischen Inhalts ausgingen, sich knüpfend an die Namen von Fischel, Duchek und Spielmann." Auch der anwesende Director der Landesirrenanstalt, Dr. Czumpelik, begrüßte die Gäste auf's Wärmste und betonte in seiner Ansprache, daß die Anschauungen des Vereines für die Prager Landesirrenanstalt immer maßgebend waren und noch sind, und daß sich dadurch ein geistiges Band zwischen Prag und Wien ergebe. Namens des Vereines erwiderte v. Krafft-Ebing mit Worten innigsten Dankes die Begrüßung und versicherte, daß der Vorschlag, die Wanderversammlung in Prag abzuhalten, allgemeine Zustimmung gefunden habe und mit Jubel aufgenommen worden sei. Die ursprüngliche Benennung des Vereines sei in die gegenwärtige umgewandelt worden, weil Psychiatrie und Neurologie Zwillingsschwestern seien, welche nicht getrennte Wege gehen können. Das Zusammenwirken beider Doctrinen habe in kurzer Zeit bedeutende Früchte gezeitigt, und zwar weniger für die Psychiatrie als für die Neurologie. Wie anders stünden wir heute ohne diese Wechselseitigkeit den von Jahr zu Jahr immer häufiger vorkommenden Neurosen gegenüber, wenn wir nicht erkannt hätten, daß ein Theil dessen, was wir als somatisch sich abspielend dachten, psychischer Natur

ist. Im weiteren Verlaufe seiner Rede besprach v. KRAFFT-EBING die innigen Wechselbeziehungen der Neurologie zu den übrigen Gebieten der Medicin und namentlich zur Chirurgie und Gynäkologie. Die epochalen Leistungen der Gehirnchirurgie seien nur durch die Fortschritte in der topischen Diagnose der Gehirnkrankheiten ermöglicht worden, und nimmer könnte der Chirurg das helfende Messer ansetzen, wenn ihm der Neurologe nicht zuvor das Operationsfeld genau angeben würde; doch müsse man zugeben, daß uns auch da Täuschungen nicht erspart worden sind, und haben sich insbesondere manche Fälle, welche nach dem Symptomencomplexe mit Sicherheit als JACKSON'sche Epilepsie angesprochen wurden, bei der Operation als genuine Epilepsie oder durch einen Gehirntumor bedingt herausgestellt. Solche unvermeidliche Täuschungen seien zwar ein Unglück für den betreffenden Patienten, dürfen uns aber nicht vor operativen Eingriffen bei dazu indicirten Fällen abhalten. Die Beziehungen der Gynäkologie zur Neurologie seien zwar nicht in dem Sinne aufzufassen, wie er in der Bezeichnung „Hysterie" ausgedrückt wurde, aber durch die Forschungen in der letzten Zeit sei ein causaler Connex zwischen gewissen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane und Nervenaffectionen mit Bestimmtheit nachgewiesen worden; auch hier seien unleugbar therapeutische Erfolge durch operative Eingriffe erzielt worden, obgleich man zugeben müsse, daß mehr operirt werde, als nöthig sei. Redner schloß seine beifällig aufgenommene Rede mit den Worten: „Auch unsere heutige Versammlung wird zur Hebung unseres wissenschaftlichen Strebens beitragen, und in diesem Sinne wollen wir unsere Verhandlungen beginnen". — Für die in Aussicht genommenen vier Sitzungen der Wanderversammlung wurden über Vorschlag des Redners KAHLBAUM, WERNICKE, ARNOLD PICK und OBERSTEINER zu Präsidenten gewählt. Unmittelbar darauf begannen die wissenschaftlichen Verhandlungen, über welche ausführlich berichtet werden wird.

(II. Oesterreichischer Aerztekammertag.) Der am 5. d. M. zu Brünn abgehaltene, von sämmtlichen constituirten Aerztekammern beschickte Kammertag, welchem der Vorsitzende der geschäftsführenden mährischen Kammer, San.-R. Dr. FRANZ BRENNER, präsidirte, hat folgende Beschlüsse gefaßt: 1. Bezüglich der Alters- und Witwenversorgung sprach sich die Mehrheit der Kammern im Principe für die Zwangsversicherung aus und beauftragte das bisherige Comité, noch weitere eingehende Studien hauptsächlich in der Richtung zu machen, daß die den einzelnen Aerzten aufzuerlegenden Lasten möglichst geringe seien. Das Wiener Comité wird dem nächsten, in Wien stattfindenden Kammertage Bericht erstatten und Anträge stellen, nachdem ein von ihm auszuarbeitender, an alle Kammern zu versendender Fragebogen die Anschauungen der Kammer in dieser Frage gesammelt haben wird. 2. Betreffs Verfassung einer Standesordnung wurden die Kammern von Niederösterreich, Böhmen und Schlesien beauftragt, einen diesbezüglichen Entwurf auszuarbeiten. 3. Der Kammertag erklärt eine Reform der medicinischen Studien- und Prüfungsordnung für dringend nothwendig. 4. Der Kammertag hält es im Interesse der vom Gesetze beabsichtigten Wirksamkeit der Institution des Ehrenrathes für unerläßlich, daß alle gegen die kammerpflichtigen Aerzte bei den ordentlichen Gerichten eingeleiteten strafrechtlichen Untersuchungen, sowie deren Ausgang, beziehungsweise das Urtheil, den Aerztekammern in analoger Weise, wie es bei den Advocaten- und Notarenkammern der Fall ist, mitgetheilt werden. — Bezüglich der Errichtung eines Standes-Clubs der Aerzte unter den Reichsrathsmitgliedern erklärte der Präsident der Czernowitzer Kammer, Abgeordneter Dr. WOLAN, daß die Aerzte, welche Mitglieder des Abgeordnetenhauses sind, von Fall zu Fall, wo es sich um ärztliche Interessen handelt, ein Einvernehmen suchen werden. Schließlich sprach sich der Kammertag für geheime Abstimmung bei den nächsten Kammerwahlen aus. Die Geschäftsführung für das nächste Jahr hat die Wiener Kammer übernommen.

(Zur Statistik des Sanitätswesens.) Die statistische Centralcommission veröffentlicht in dem soeben erschienenen zweiten Hefte des 40. Bandes der „Oesterr. Statistik" die Ergebnisse des Sanitätswesens in den im Reichsrathe vertretenen Ländern für das Jahr 1892. Wir entnehmen dem 296 Seiten umfassenden Tabellenwerke die nachfolgenden Mittheilungen über den Stand des Sanitätspersonals: Die Zahl der Doctoren der Medicin, von welchen ein großer Theil schon Doctoren der gesammten Heilkunde ist, und der Wundärzte betrug im Berichtsjahre 4082 angestellte und 2472 nicht angestellte Doctoren der Medicin und 909 angestellte und 622 nicht angestellte Wundärzte, zusammen 8085 Aerzte. Bei einem Vergleiche mit der Anzahl der Aerzte vor 20 Jahren ergibt sich bei den Doctoren der Medicin ein Zuwachs von 34·64% der angestellten und von 9·59% der nicht angestellten, somit ein Zuwachs von 25·19% aller Doctoren der Medicin, bei den Wundärzten eine Abnahme von 10·61% der angestellten, von 56·71% der nicht angestellten und von 37·21% aller Wundärzte; für die Doctoren der Medicin und die Wundärzte zusammen ergibt sich ein Zuwachs von 26·15% der angestellten, ein Abgang von 15·74% der nicht angestellten Personen, somit ein Zuwachs von 9% des gesammten Sanitätspersonals. Nach der Zählung der Bevölkerung vom 31. December 1880 entfielen im Jahre 1883 auf 100.000 Einwohner 23·32 Doctoren der Medicin und 11·67 Wundärzte oder 34·90 Doctoren der Medicin und Wundärzte zusammen, dagegen im Jahre 1892, nach der Zählung der Bevölkerung vom 31. December 1890 berechnet, 27·64 Doctoren der Medicin, 6·45 Wundärzte oder 34·10 Doctoren der Medicin und Wundärzte zusammen. Auch die Zahl der Hebammen ist eine ziemlich große (17.822), dennoch ist sie zu gering und ihre Vertheilung eine ungleichmäßige; im Durchschnitte entfiel auf je 1333 Einwohner eine Hebamme, doch gibt es auch Bezirke (in Galizien und der Bukowina), wo auf 50.000 Einwohner nur eine Hebamme kommt.

(Universitätsnachrichten.) Der Professor am Militär-Thierarznei-Institut in Wien, Privatdocent Dr. JOHANN CSOKOR, ist zum a. o. Professor der Veterinärkunde an der Wiener Universität ernannt worden. — Dr. ALOIS SACHSALBER hat sich für Augenheilkunde an der Universität Graz habilitirt.

(Auszeichnung.) Dem Polizeibezirksarzte kais. Rath Dr. FERDINAND POLLENDER in Wien ist anläßlich seiner Versetzung in den dauernden Ruhestand der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen worden.

(Militärärztliches Officierscorps.) Der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. CONRAD VOGL, Commandant des Garnisons-Spitales Nr. 14 in Lemberg, und der Marine-Oberstabsarzt I. Cl. Dr. ADOLF ALTSCHUL wurden in den Ruhestand versetzt und dem Letztgenannten der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen.

(Ueber das Resultat der Cholera Schutzimpfungen), welche Dr. HAFFKINS derzeit auf eigene Kosten in Indien vornimmt, wird der „Times" aus Calcutta berichtet: „Bisher hat HAFFKINS in Nordindien etwa 40.000 Impfungen vorgenommen. In Calcutta, wo 13·47% der ungeimpften Bevölkerung von der Seuche ergriffen wurden, die eine Mortalität von beinahe 98% besaß, erkrankten von einmal Geimpften blos 2·2%, während unter den wiederholt Geimpften überhaupt kein Cholerafall vorkam." Authentische Berichte sind abzuwarten.

(Cholera-Nachrichten.) In der abgelaufenen Woche wurden aus Galizien 19 Erkrankungen und 18 Todesfälle (gegen 18 Erkrankungs- und 12 Todesfälle in der Vorwoche) gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August constatirten Cholerafälle beträgt 113, die Morbidität 68% (!).

(Todesfälle.) In Wien ist am 9. d. M. der Stabsarzt Dr. CARL VESZELY, Mitglied des Militär-Sanitäts-Comités und Abtheilungsvorstand des Garn.-Spitales Nr. 1 in Wien, im 53. Lebensjahre gestorben. — Aus Krakau wird das Ableben des em. Professors der Geschichte der Medicin, Dr. JOSEF OETTINGER, einstigen Redacteurs des „Przeglad lekarski" gemeldet, der am 6. d. M., 77 Jahre alt, gestorben ist.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 14. October 1895, 7 Uhr Abends
im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Doc. Dr. S. FREUD: Ueber Hysterie. (1. Vortrag.)

Schädlichkeit des übermangansauren Kaliums.

Nach „Journal für Zahnheilkunde", VIII., Nr. 29.

Eines der gebräuchlichsten Mundspülwässer ist oder war die Lösung des übermangansauren Kaliums, welche auch bei Krankheiten zur Desodorisirung der Mundhöhle von den praktischen Aerzten noch oft warm empfohlen wird. Daß das regelmäßige Benutzen dieser Lösung den Zähnen schadet, daß die Zähne dabei morsch werden und zerbrechen, ist durch die Erfahrung längst erwiesen. Die übermangansaure Kalilösung ist ein starkes Oxydationsmittel, ein Mittel, welches alles Verbrennbare auf nassem Wege verbrennt. Alles, was damit in Berührung kommt, wird angegriffen, also ohne Auswahl nicht blos Speisereste, Fäulnißproducte, Mikroorganismen, sondern auch die verbrennbaren Knorpelbestandtheile der Zähne.

Für die Wirkung der Lösung im Munde läßt sich folgende chemische Gleichung aufstellen:

$$2 KMnO_4 + H_2O = 2 HKO + 2 MnO_2 + O_3.$$

In Worte übersetzt:

Kaliumpermanganat + Wasser gibt kaustisches Kali + Braunstein + Sauerstoff. Durch diesen Sauerstoff wirkt das Kaliumpermanganat zunächst als Oxydationsmittel. Alle mit dieser Lösung in Berührung kommende organische Substanz wird ohne Auswahl durch Oxydation angegriffen, also nicht blos Speisereste, Fäulnißproducte, Mikroorganismen, sondern auch die Schleimhäute der Mundhöhle und der organische Knorpelbestandtheil der Zähne. Noch schädlicher wirken die beiden andern aus dem Permanganat im Munde sich bildenden Substanzen, das kaustische Kali und der Braunstein. Alle Alkalien, und kaustisches Kali ist das stärkste der Alkalien, greifen die Knorpelsubstanz der Zähne an. Der Zahn verliert mit der Knorpelsubstanz seine Elasticität und damit seine Widerstandsfähigkeit. Er wird bei fortgesetztem Gebrauch starker Permanganatlösungen bald morsch und brüchig, gerade wie durch Alkalien. Drittens der Braunstein. Dieser setzt sich aus Permanganatlösung oft auf den Zähnen ab. Um die Zähne wieder weiß zu machen, muß dann der Mund mit Säuren ausgespült werden. Ganz abgesehen davon, daß durch diese Säuren die Zähne wieder geschädigt werden, so entsteht aus Braunstein und Säuren und den im Munde immer vorhandenen kleinen Kochsalzmengen freies Chlor, welches allerdings stark bleichend wirkt, aber leider auf Kosten des organischen Knorpelbestandtheils der Zähne.

Die ganze Behandlung der Mundhöhle mit Kaliumpermanganat ist ein Bleichproceß, den man zwar in der Technik mit Vortheil gebraucht, der aber in seiner Anwendung auf die Mundhöhle und Zähne zu verwerfen ist; denn bei jedem Bleichproceß verliert der behandelte Stoff bekanntlich an Substanz und an Festigkeit.

Das übermangansaure Kali wirkt zwar gut desodorisirend, d. h. es vernichtet den üblen Geruch im Munde; **mit Odol erreicht man aber dieselbe Wirkung weit besser**, da es erstens die Zähne nicht schädigt und zweitens die Rückkehr des üblen Mundgeruchs auf vielmal längere Zeit verhindert, als übermangansaures Kali. **Dr. Ganser schreibt darüber: „Der Arzt wird das Odol hauptsächlich aus dem Grunde anwenden und empfehlen, weil es das einzige bis jetzt bekannte, absolut unschädliche prophylaktische Mittel für die Pflege von Mund und Zähnen ist. Ausgezeichnet wirkt es zur Vernichtung des fauligen Geruches und Geschmackes im Mund und Hals selbst bei Krankheiten. Dem schädlichen übermangansauren Kali ist es unbedingt vorzuziehen."**

Ueber das in letzterer Zeit viel behandelte Thema der Gefährlichkeit des Bohnenkaffeegenusses wurde vor einigen Tagen an sämmtliche Herren Aerzte eine Broschüre aus der Feder eines hervorragenden Arztes und bekannten Schriftstellers versandt, welche diese Frage in fesselnder und eigenartiger Weise behandelt und sicher lebhaftes Interesse erwecken wird. Dieselbe dürfte jedenfalls Veranlassung bieten, mit dem empfohlenen **Malzkaffee** allgemeinere Versuche anzustellen, welche bis jetzt überall, namentlich aber **bei schweren Magenleiden,** äußerst günstige Resultate ergaben. Sollte einer oder der andere unserer geehrten Leser die Broschüre nicht empfangen haben, so wird dieselbe auf Verlangen mit Correspondenzkarte kostenfrei durch **Kathreiner's Malzkaffeefabrik in Wien** zugesandt.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das October-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Die combinirte Calomelbehandlung zur Bekämpfung der Tuberculosis pulmonum incipiens."** Beitrag zur Physiologie, Pathologie und Therapie der Leber- und Lungenkrankheiten. Eine klinische Studie von **Dr. Sigismund Edelheit.**

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse"** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik":** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Therapie der Gegenwart":** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

ANZEIGEN.

Nr. 42. Sonntag den 20. October 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von **Urban & Schwarzenberg in Wien.**

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Hydrorrhoea nasalis.

Von **Dr. Emanuel Fink** in Hamburg.*)

Wir sind in der Rhinologie, ähnlich wie in allen anderen Zweigen der praktischen Medicin, noch weit von dem Ziele entfernt, alle in unser Gebiet fallenden Krankheitserscheinungen nach bestimmten pathologisch-anatomischen Veränderungen, die auf der Einwirkung genau präcisirter und bekannter ätiologischer Momente beruhen, ordnen zu können. Es ist jetzt und auch für die nächste Zukunft nicht zu umgehen, manche pathologische Veränderungen zunächst in einer nicht ganz exact wissenschaftlichen Weise nach ihren äußerlichen Erscheinungen, nach den Krankheitssymptomen, zu gruppiren und es bleibt dann Aufgabe der wissenschaftlichen Untersuchung, symptomatisch gleichartige Veränderungen auf ihre differenten Ursachen zurückzuführen.

Von diesem Gesichtspunkte aus gesehen, ist es wohl gestattet, die nasale Hydrorrhoe, einen unter besonderen Nebensymptomen auftretenden, eigenthümlichen Ausfluß der Nase, einer gesonderten Betrachtung zu unterziehen.

Bothworth [1]), der unter allen Schriftstellern zuerst eine eingehende Schilderung dieses Symptomencomplexes gegeben hat, definirt ihn als eine seltene Krankheitsform, deren Hauptmerkmal in einem sehr massenhaften wässerigen Ausfluß der Nase besteht. Sie habe viel Aehnlichkeit mit dem Heufieber, unterscheide sich aber von diesem dadurch, daß sie zu jeder Jahreszeit auftreten kann, während der Heuschnupfen bekanntlich nur zur Blüthezeit gewisser Grassorten beobachtet wird. Ein weiteres Merkmal der nasalen Rhinorrhoe besteht nach Bothworth ferner noch darin, daß der abundante Ausfluß in den meisten Fällen den Charakter einer gewissen Periodicität behält, daß er auch bei täglichem Auftreten sich auf gewisse Stunden beschränkt. Es wurden freilich von verschiedenen Autoren auch solche Fälle beobachtet, bei welchen der Ausfluß unaufhörlich vierundzwanzig Stunden, ja ununterbrochen mehrere Tage lang andauerte.

Was zunächst die Häufigkeit des Vorkommens der in Rede stehenden Affection anbelangt, so steht es zweifellos fest, daß diese zu den seltensten Erkrankungen der Nase gehört. Das beweise nicht blos der Umstand, daß Autoren, die seit vielen Jahren über ein sehr großes Krankenmaterial verfügen, noch nie einen Fall von Rhinorrhoea nasalis gesehen haben, sondern auch die Thatsache, daß die gesammte medicinische Literatur bisher über nur sehr wenige Fälle von nasaler Hydrorrhoe berichtet. Und betrachtet man die unter dieser Bezeichnung sich vorfindenden Krankengeschichten genauer, so erkennt man, daß auch diese geringe Zahl noch erheblich eingeschränkt werden muß, weil als Rhinorrhoe manche Fälle bezeichnet wurden, die eigentlich anderen Krankheitsgebieten angehören.

Die erste Erwähnung eines Krankheitsfalles, der als nasale Hydrorrhoe bezeichnet werden kann, finden wir bei Bidloo dem Aelteren, einem medicinischen Schriftsteller, der in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts wirkte und unter Anderem auch ein Werk über Chirurgie schrieb. Hier berichtet er von einem Falle, in welchem im Anschluß an ein auf den Nasenrücken einwirkendes Trauma aus dem rechten Nasenloch ein anhaltender Ausfluß eines klaren wässerigen Secretes in solcher Menge sich entwickelte, daß innerhalb 24 Stunden 20 Unzen = 600 Ccm. dieser Flüssigkeit entleert wurden. Freilich nahm dieses später eine eiterige Beschaffenheit an, weil, wie aus der Beschreibung hervorgeht, sich Knochensplitter lösten und so eine eiterige Rhinitis

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Laryngo-Rhinologie der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Lübeck.

[1]) Bothworth, Disease of nose and throat, pag. 258, 1889.

zeugten. Der Patient starb 7 Monate nach der erlittenen Verletzung.

Auch MORGAGNI[1]) erzählt, daß er im Jahre 1745 von einer venetianischen Dame consultirt wurde, die schon Monate lang an unaufhörlichem Ausfluß einer Flüssigkeit aus der linken Nasenhöhle litt. Das Secret war so klar wie Brunnenwasser. Die Patientin hatte vorher schon bei den berühmtesten Aerzten jener Zeit vergeblich Hilfe gesucht. In Folge des fortwährenden Ausflusses war sie sehr stark abgemagert. MORGAGNI versuchte eine derivatorische Medication, die bald eine allmälige Besserung und nach einem Jahre schließlich eine vollkommene Heilung des Leidens herbeiführte.

Die später in der Literatur bekannt gewordenen Fälle von nasaler Hydrorrhoe hat BOTHWORTH in seinem 1889 erschienenen Werke, freilich in nicht ganz erschöpfender Weise, gesammelt. Er referirt in chronologischer Ordnung über 18, von welchen zwei aus seiner eigenen Praxis stammen. Von diesen 18 Fällen sind die 3 ersten, da sie der vorrhinoskopischen Zeit (1834—1857) angehören, zu einer exacten Würdigung derselben nicht zu verwerthen. Auch der vierte, der freilich aus dem Jahre 1871 stammt und von DAVIES mitgetheilt wurde, gehört nicht hieher. Es handelt sich hier nämlich um einen 50jährigen Mann, der 15 Jahre vorher eine syphilitische Infection sich zugezogen hatte. Er erkranke nun angeblich unter den Symptomen der nasalen Hydrorrhoe. Es bestand aber ein Absceß an einem oberen Prämolaris, der dann in das Antrum perforirte, demnach scheint es sich um ein Empyem der Highmorshöhle gehandelt zu haben.

Es bleiben also von den durch BOTHWORTH erwähnten 18 Fällen nur 14 übrig, die man mit Recht als Hydrorrhoea nasalis bezeichnen könnte.

Wir finden aber in der Literatur noch einige andere.

So beschreibt MACKENZIE in seinem Lehrbuch den Symptomencomplex der Rhinorrhoea. Er versichert, mehrere derartige Fälle beobachtet zu haben, in welchen der Patient gezwungen war, 15—20 Taschentücher an einzelnen Tagen zu gebrauchen, und einen Fall, in welchem während voller 14 Tage täglich 32—35 Taschentücher erforderlich wurden. Auch der Herausgeber der deutschen Ausgabe von MACKENZIE's Lehrbuch, F. SEMON, gibt an, daß er mehrere Fälle von Rhinorrhoea nasalis in seiner Praxis beobachtet habe. Einen derselben erzählt er ausführlicher. Es handelte sich um eine 82jähr. Dame, die, als sie in die Behandlung SEMON's trat, schon 2 Monate lang an einem profusen Ausfluß wässeriger Flüssigkeit aus beiden Nasenlöchern, hauptsächlich dem rechten, litt. Derselbe war am stärksten des Morgens, verringerte sich gegen die Frühstückzeit, um schließlich wieder allmälig zuzunehmen. Leichtes Druckgefühl im Sinus frontalis, bisweilen geringer Schmerz, der um das Auge herum zum rechten Ohr zieht, Ursache unbekannt. Untersuchung ergibt nur bedeutende Schwellung der Schleimhaut der beiden Nasenhälften, ohne irgend welche sonstige krankhafte Veränderung der Theile. Nach einem Jahre trat eine Verschlimmerung ein. Es traten deutlich intermittirende Schmerzen im Auge und Ohr auf. Da die Pat. in einer Malariagegend lebte, wurde unter diesen Umständen Chininbehandlung eingeleitet. Dieselbe blieb indessen ebenfalls erfolglos. Jetzt änderte sich der Charakter des Secrets, es wurde dünn, eiterig, fötid, ohne im Uebrigen hinsichtlich der Periodicität seiner Entleerung einem Wechsel unterworfen zu sein. Auch die Schmerzen behielten ihren intermittirenden Charakter. Anzeichen von Caries und Nekrose der Knochen waren niemals zu entdecken, obwohl auf solche speciell gefahndet wurde. Der rhinoskopische Befund blieb unverändert, mit dem Unterschied, daß die Theile constant von dem eiterigen, fötiden Secret bedeckt waren. JAMES PAGET, der zu dieser Zeit die Pat. sah, neigte zu der Ansicht, daß es sich um eine Entzündung der Schleimhaut des rechten Sinus frontalis handelt. Mit Bestimmtheit konnte er aber keine Diagnose stellen. Die Pat. blieb trotz aller aufgewandten Mühe ungeheilt. Das hohe Alter der Pat., die überdies noch mit einer Herzaffection behaftet war, verbot einen operativen Eingriff.

HACK[3]) theilt 4 reine Fälle von Hydrorrhoe nasalis mit. Außer diesen hat dieser Autor noch in 31 anderen Fällen einen anfallsweise auftretenden, serösen Nasenausfluß in verschiedener Stärke bei Pat. beobachtet, welche noch an anderen nervösen Symptomen (z. B. Asthma nervosum, Husten, Migräne, Supraorbitalneuralgie) litten.

Von HACK's Fällen betraf der erste einen Lieutenant, der seit Jahren an vorübergehender, aber spontan sich einstellender Verstopfung der Nase litt. Dieselbe fing dann stets stark zu fließen an, und häufige Niesanfälle stellten sich ein. HACK fand eine bedeutende Schwellung der unteren Muscheln, zerstörte diese und heilte auf diese Weise den Pat. vollkommen.

Im zweiten HACK'schen Falle handelt es sich um einen Mann, bei dem seit 3 Jahren sich unter Niesparoxysmen jeden Morgen ein profuser, seröser Nasenfluß sich einstellt, so daß er 15—20 Taschentücher verbrauchte. Auch im Laufe des Tages kamen bei der geringsten Veranlassung, wenn der Pat. sich z B. einen Augenblick der Zugluft aussetzte, die gleichen Attaquen vor. Auch hier waren die beiden unteren Muscheln besonders stark geschwellt, die Exstirpation derselben führte zur dauernden Heilung.

Ein ähnlicher Fall betraf einen 14jähr. Knaben, der seit 8 Jahren an dem gleichen Nasenflußanfalle litt. Nach Exstirpation der sehr beträchtlich vergrößerten Schwellkörper hörten die Anfälle auf.

Schließlich erzählt HACK noch einen vierten Fall, der den beiden letzteren in Bezug auf Symptome, Befund und therapeutischen Erfolg vollkommen glich.

Im Jahre 1890 veröffentlichte HARDIE[4]) 2 Fälle von nasaler Hydrorrhoe, von welchen der eine besonders deshalb bemerkenswerth ist, weil er erhebliche Veränderungen im Augenhintergrund bot und doch durch die Beseitigung einer gleichzeitig vorhandenen Muschelhypertrophie gebessert wurde.

Von sehr großem Interesse ist der Fall von ANDERSON.[5]) Ein 19jähriges Mädchen litt an ständigem, profusem Ausfluß aus der linken Nase. In der Nase selbst war bei genauer Untersuchung keine Anomalie zu finden. Die Symptome wiesen aber darauf hin, daß die Quelle des Ausflusses im linken Antrum zu suchen war. Ein Molaris an der afficirten Seite erwies sich als cariös. Er wurde extrahirt und von dieser Alveole aus das Antrum eröffnet und ausgespült. Der Ausfluß blieb aber nach wie vor bestehen. Nun wurde die Oeffnung erweitert, bis man die Höhle austasten konnte. Man fand in derselben mehrere kleine Polypen, diese wurden entfernt, die Höhle mit Chlorzink geätzt. Erst jetzt trat eine vollständige Heilung ein.

Der letzte in der Literatur bekannt gewordene Fall wurde von LICHTWITZ[6]) mitgetheilt. Eine zur Zeit 50jährige Dame litt seit 29 Jahren an colossalem, rechtsseitigen Nasenfluß, welcher alle 8—14 Tage ohne besondere Veranlassung in Begleitung von Schwindel, Lichtscheu und Thränenträufeln auftrat. Diese Anfälle dauerten 3—4 Tage; später stellten sich Schmerzen ein, welche von der Nasenwurzel nach der rechten Schläfe ausstrahlten. — Es bestand außerdem eine Art vorübergehender Hemianopsie und es gesellten sich schließlich Convulsionserscheinungen mit Bewußtlosigkeit hinzu. Nachdem der rechte Sinus frontalis punctirt worden war, besserten sich die genannnten Symptome und sie verschwanden vollkommen, als sich ein Jahr später eine große Masse gelatinöser Flüssigkeit in die Nase entleert hatte.

[1]) De causis et sedibus morborum, I, 236, 1779.

[3]) HACK, Ueber die operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne etc. 1884.

[4]) Two cases of nasal hydrorrhoea, with a report on the eye symptoms. New York. Med. Journ. 1890.

[5]) ANDERSON, Nasal hydrorrhoea. Lancet, 7. Februar 1892.

[6]) LICHTWITZ (Bordeaux), Contribution à l'étude de l'hydrorrhoe nassale. Archives cliniques de Bordeaux. Dec. 1892.

Ich habe nun in den letzten Jahren 3 Fälle von Hydrorrhoea nasalis beobachtet. Gestatten Sie, meine Herren, daß ich über dieselben hier kurz berichte.

I. Frau A., 27 Jahre alt, seit 3 Jahren verheiratet, consultirte mich im Jahre 1891 wegen eines ungemein lästigen Nasenflusses. Dieser ist, wie Pat. angab, zuerst nach der Anfangs 1891 erfolgten, zweiten Entbindung ohne bekannte Veranlassung aufgetreten und wiederholt sich anfallsweise sehr häufig. Als Prodromalerscheinung stellt sich zunächst ein sehr unangenehmes Kitzeln in der Nase ein, dann folgt ein Niesparoxysmus, so daß Pat. 20mal und noch öfters hintereinander niesen muß, schließlich fließt eine wasserklare Flüssigkeit aus der Nase, zuerst und meistens überhaupt nur tropfenweise. Manchmal wird aber eine solche Menge von Flüssigkeit abgesondert, daß diese in continuirlichem Strom aus der Nase fließt. Der Ausfluß ist unabhängig von Tages- und Jahreszeit, unabhängig von Gemüthserregung oder von irgend welchen anderen Umständen. Nach mehreren Stunden, höchstens nach 24, hört er dann auf. Während des Ausflusses, aber nur in dieser Zeit, hat Pat. das Gefühl der Verstopfung, die Geruchsperception ist nie gestört gewesen.

Bei der Untersuchung zeigt sich, daß das Septum etwas nach links deviirt ist, die Schleimhaut der Nase ist überall auffallend blaß, das vordere Ende der rechten Muschel ist hypertrophirt. Die Nebenhöhlen schienen normal.

Auf Grund der bereits erwähnten Angaben von HACK ätzte ich galvanokaustisch die hypertrophirte Muschel. Zuerst schien diese Behandlung von Erfolg zu sein. Die Anfälle blieben wochenlang aus, erschienen aber dann mit derselben Intensität wie früher.

Bei der Erfolglosigkeit dieser Behandlung und weil für irgend eine andere locale Medication gar kein Substrat vorgelegen war, wurde eine tonisirend hydrotherapeutische Behandlung angeordnet. Diese führte zum Ziel, die Anfälle kehrten erst in großen Intervallen wieder und sind in der letzten Zeit ganz und gar ausgeblieben.

II. Die 30jähr. Restaurateursgattin W. consultirte mich im November 1892 wegen eines Nasenleidens, welches sie in der Ausübung ihres Berufes — sie hatte die Restaurationsküche zu überwachen — sehr erheblich behinderte.

Sie hatte nämlich in der letzten Zeit ihr Geruchsvermögen fast vollständig verloren, so daß sie selbst sehr penetrante Gerüche nur sehr mangelhaft wahrnehmen konnte. Außerdem wurde sie von einem anfallsweise auftretenden abundanten Nasenfluß geplagt. Derselbe entleerte sich immer aus dem linken Nasenloch, war stets wasserklar und trat besonders dann auf, wenn Patientin sich lange Zeit hindurch in der Küche oder an anderen Orten aufhielt, wo die Luft verdorben oder überhitzt war (Concert, Theater). Manchmal stellte sich der Ausfluß auch ohne diese oder irgend eine andere sonstige äußere Veranlassung ein, gewöhnlich aber nur am Tage. Immer gingen dem Anfalle ein Gefühl des Kitzelns und heftige Kopfschmerzen voraus. Patientin fühlte in der anfallsfreien Zeit keine Behinderung in der Nasenathmung. Während des Anfalles aber hatte sie das Gefühl der Verstopfung, die Secretion war auf der Höhe des Anfalles sehr abundant, so daß in wenigen Stunden 2—3 Dutzend Taschentücher gebraucht wurden.

Die Untersuchung (sie konnte leider nie während eines Anfalles ausgeführt werden) ergab das Vorhandensein von mehreren Polypen im linken Meatus medius. Dieselben wurden mittelst Schlinge entfernt und die Stiele dann galvanokaustisch behandelt; der Erfolg war sehr zufriedenstellend, indem die Geruchsempfindung wiederkehrte und die Hydrorrhoe fast gänzlich verschwand.

Im Juli 1894 stellt sich Pat. wieder vor; sie gab an, daß der Ausfluß in der letzten Zeit in fast derselben Intensität wiedergekehrt sei, wie er zwei Jahre vorher bestanden hatte.

Bei der Untersuchung zeigte es sich, daß sich im linken Meatus medius wieder ein kleiner Polyp gebildet hatte. Die Exstirpation desselben brachte auch jetzt eine erhebliche Besserung zu Stande; die Anfälle von Rhinorrhoe kehrten dann nicht mehr spontan, sondern nur nach mehr oder minder starken Reizen, aber auch dann nur in minimaler Weise, wieder.

III. Die 33jährige Kaufmannsgattin W. leidet seit ihrem 16. Jahre an einem überaus starken anfallsweise auftretenden Ausfluß wasserklarer Flüssigkeit aus der Nase, die sich manchmal nur rechts, zu anderen Zeiten auch links entleert. Pat. ist im Uebrigen vollkommen gesund und hat auch nie irgend eine Krankheit durchgemacht. Der Ausfluß tritt meistens plötzlich auf, und zwar gewöhnlich des Morgens um 5 Uhr, während Pat. noch im Bette liegt. Er wird dann bald so abundant, daß die Pat. in Folge desselben aufwacht. Der Anfall beginnt sehr oft mit einem starken Niesparoxysmus, Pat. klagt über ein ständiges lästiges Gefühl der Verstopfung in beiden Nasenhöhlen. Bei starkem Anfalle fließt das Secret in continuirlichem Strome heraus, so daß Pat. in wenigen Stunden ein Dutzend großer Taschentücher verbraucht. Ich ließ gelegentlich eines solchen Anfalles, der übrigens noch bei weitem nicht zu den stärksten gehörte, die Flüssigkeit in einem Meßcylinder auffangen. Es zeigte sich, daß innerhalb einer Stunde 40 Ccm. entleert wurden, die Flüssigkeit war beinahe ganz klar und hatte ein specifisches Gewicht von 1003. Sie enthielt 0·83% Mineralbestandtheile, welche fast ausschließlich aus Cl Na bestanden. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurden neben Schleimfäden nur einige spärlich vertheilte weiße Blutkörperchen gefunden.

Bei localer Untersuchung fiel zunächst auf, daß die Oberlippe stark geschwellt und den beiden Naseneingängen entsprechend erheblich excoriirt war. Die Schleimhaut der ganz normal configurirten Nasenhöhle war sehr blaß. Die hinteren Enden der unteren Muschel, erheblich hypertrophirt, verlegten zum großen Theil die Choanen.

Da eines der die Patientin sehr quälenden Symptome das Gefühl der Nasenverstopfung und die entsprechende Behinderung der Nasenathmung waren, so entfernte ich zuerst mittelst Schlinge die hypertrophirten hinteren Muschelenden. Es wurde natürlich dadurch eine vollständig freie Athmung erzielt. Auch auf die Rhinorrhoe schien dieser operative Eingriff sehr wohlthätig zu wirken, denn der Ausfluß kehrte in den ersten Tagen nach der Operation nicht wieder. Pat. war über diesen Erfolg sehr erfreut, da sie eine so lange Ruhepause in den letzten 17 Jahren nicht erlebt hatte. Leider wurde sie aber enttäuscht, denn der Ausfluß stellte sich bald zuerst in geringer Intensität, dann aber immer heftiger werdend, wieder ein, bis er die frühere Intensität wieder erreicht hatte.

Ich hatte nun einmal Gelegenheit, die Pat. während eines leichteren Anfalles zu untersuchen. Ich sah nun, daß die Flüssigkeit sich hauptsächlich aus dem mittleren Nasengange entleerte. Sie stammte also aus einer der Nebenhöhlen. Es lagen keine Symptome vor, welche auf irgend eine derselben hinwiesen.

Ich versuchte nun, zunächst auf die Highmorshöhle einzuwirken, indem ich in dieselbe Aristol einblies, ein Mittel, welches sich ja auch sonst als secretionsbeschränkendes Medicament sehr gut bewährt.

Der Erfolg war ein ganz überraschend eclatanter. Die Hydrorrhoe hörte schon nach der ersten Einblasung von Aristol auf und kehrte erst nach acht Tagen wieder. Die Wiederholung dieser Medication wurde später erst in immer größer werdenden Intervallen nothwendig. Jetzt betragen letztere schon 6—8 Wochen. Es ist also hier fast mit Sicherheit auf eine definitive Heilung zu rechnen. (Schluß folgt.)

Die Wandlungen in der Lehre vom Commabacillus Koch's im ersten Jahrzehnt.

Von **Dr. Julius Rosenthal,** Arzt in Bad Kissingen.

Als eine der wichtigsten Grundlagen der Bacteriologie muß es angesehen werden, ein sogenanntes specifisches Mikrobium derartig zu beschreiben, in seinem mikroskopischen Aussehen, seinen morphologischen und biologischen Eigenschaften derartig genau zu kennzeichnen, daß alle ihm anhaftenden und beschriebenen Eigenthümlichkeiten mit stets gleicher Constanz in die Erscheinung treten, und daß somit keine Schwierigkeiten für die Classificirung entstehen können. Freilich wird man der Forschung nicht verwehren dürfen,

das frühere Resultat der Untersuchung zu erweitern und Schritt für Schritt, insbesondere unter Berücksichtigung der immer neu entstehenden bacteriologischen Hilfsmittel, auf dem Wege der Erkenntniß vorzudringen, um jedes Bacterium nach allen Richtungen hin genau zu specialisiren und seine Diagnose als über jeden Zweifel erhaben hinzustellen; aber seine grundlegenden Eigenthümlichkeiten, die es von Anfang an von anderen unterscheiden ließen, und auf Grund deren es als eine besondere Species angesehen ward, müssen stets und immerdar dieselben bleiben; nichts von dem, was anfänglich als mehr oder minder gewichtiges Kriterium aufgestellt war, darf fallen gelassen oder durch Neues ersetzt werden. Die Kennzeichen, welche den Erforscher einer neuen Mikrobienart veranlassen, seine Entdeckung zu veröffentlichen, müssen so klar und so präcis hervorgehoben werden, aber auch so constant sein, daß sich Jeder ein richtiges und ein unverrückbares Bild davon zu machen im Stande ist.

Es erschien deshalb von besonderem Interesse — und ich bin Herrn Prof. Rosenbach in Breslau für die gütige Anregung zu diesem Thema zu großem Danke verpflichtet — jetzt einmal in Bezug auf den Cholerabacillus, den Koch vor rund einem Jahrzehnt beschrieb, festzustellen, wie im Laufe dieser zwei Lustren Koch selbst — im Vergleiche zu seinen früheren Publicationen — genöthigt war, seinen Standpunkt zu verändern, d. h. zu erweitern oder einzuschränken, sodann aber auch, welches denn heutzutage die charakteristischen Merkmale sind, aus denen im Hinblicke auf die vielfachen Aehnlichkeiten mit seitdem entdeckten commaförmigen Bacterien selbst geübtere Bacteriologen den Cholerabacillus mit unzweifelhafter Sicherheit, geschweige denn mit der von Koch anfangs besonders hervorgehobenen Leichtigkeit zu diagnosticiren vermögen. Daß es dabei nicht möglich ist, auch über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen würde, das Material in der Vollständigkeit zu geben, liegt in der Natur der Sache; sind doch die Arbeiten über den Cholerabacillus, seine Morphologie, seine Wachsthumsbedingungen auf künstlichen Nährböden, seine Beziehungen zu anderen commaförmigen Bacterien, auf die im Laufe der Zeit förmlich Jagd gemacht wurde, seine pathogenen Eigenschaften für verschiedene Thierarten u. s. f. Legion geworden und die hiehergehörige Literatur thurmhoch angewachsen — eine Thatsache, die den Beweis liefert, daß die anscheinend so scharfe Charakterisirung des Choleramikrobiums, die schon in der Bezeichnung als Commabacillus zum Ausdrucke kam, doch Manches zu wünschen übrig ließ. Hier sei also nur das Hauptsächlichste mit kurzen Worten beleuchtet.

Als Koch im Jahre 1884 seine Berichte über den von ihm in Choleraleichen gefundenen Commabacillus aus Indien einsandte und in der nach seiner Rückkehr stattfindenden ersten Choleraconferenz die Kriterien desselben bezüglich der Diagnose kundgab, that er den Ausspruch, daß es für den praktischen Arzt leichter sein würde, mikroskopisch und mittels eines einfachen Culturverfahrens (in schwach alkalischer Fleischwasserpeptongelatine) das Cholerabacterium nach dem bekannten Färbungsverfahren festzustellen, als den Tuberkelbacillus zu diagnosticiren. Wer heutzutage, wo jeder Arzt in der Sprechstunde seine Tuberkelfärbung vornimmt, wie er etwa eine Harnuntersuchung macht, jenen Ausspruch liest und damit vergleicht, welche Anforderungen nunmehr — nach 10 Jahren — an die Diagnose des Commabacillus gestellt werden, wird den gewaltigen Umschwung, den diese Untersuchung genommen hat, leicht einsehen.

Geht man in der chronologischen Entwicklung der Lehre vom Choleramikrobium gleichsam schrittweise vor, so muß zunächst daran erinnert werden, daß Koch's erste Beschreibung den Cholerabacillus als ein comma- (bis halbkreis-) förmiges Bacterium bezeichnete, eine Eigenschaft, welche zu jener Zeit als so charakteristisch galt, da es ja der erste gekrümmte Bacillus, der bekannt wurde, war, daß ihm der Name des Commabacillus κατ' ἐξοχήν noch heute geblieben ist. Wer aber würde jetzt, wo die Anzahl der gefundenen Commabacterien wohl an das erste Viertelhundert heranreicht, wenn jeder Autor das von ihm entdeckte mit Recht als ein neues, anders geartetes Bacterium betrachtet, aus der Krümmung den Cholerabacillus zu diagnosticiren wagen dürfen? Dabei will ich unerwähnt lassen, daß die Beschreibung seines Aussehens, wonach es einem typischen Comma (im Drucke) gleiche, sehr bald als unpassend verlassen wurde, indem Koch selbst als weiteres Kriterium die bekannte S-Form aufstellte, welche sich übrigens oft bis zur Wellenlinie ausbildet (in Reinculturen), und die Ansicht aussprach, daß der Bacillus ziemlich lange Schrauben, wie die Recurrensspirochäten, bilde. Die sehr lebhafte Eigenbewegung der Bacillen wurde schon damals hervorgehoben, ebenso, daß die Bacillen auf Nährgelatine farblose, wie starkglänzende Glasbrocken aussehende Colonien bilden, die nach gewisser Zeit die Gelatine verflüssigen und sich ausbreiten. In der Cultur im hohlen Objectträger geben die Bacillen an den Rand des Tropfens der Nährflüssigkeit.

Nach nur wenigen Monaten beschrieben Finkler-Prior den von ihnen entdeckten gekrümmten Bacillus — dessen Beziehung zur Cholera nostras hieher nicht gehört — und bald darauf Deneke die von ihm auf altem Käse gefundenen, welche besonders auch in ihren spontanen Bewegungen denen des Koch'schen glichen. Aber schon bei dem Vergleich mit diesen, von denen der Finkler-Prior'sche plumper und größer, nicht so stark gekrümmt und mehr spindelförmig mit abgerundeten Enden, der Deneke'sche hinwiederum kleiner sei, mußte zu der bis jetzt geltenden Beschreibung des Cholerabacillus der Zusatz gemacht werden, daß letzterer an allen Stellen gleiche Dicke und Krümmung habe; und in Bezug auf die Schraubengänge, deren Anzahl in den einzelnen Spirillenfäden bis dahin außer Betracht geblieben war, wurde hinzugefügt, daß der Finkler'sche höchstens 3—6, der Koch'sche 8—30 Windungen habe, während der Deneke'sche in der Mitte (also 4—20!) stehe. Daß bei letzterem die Schraubengänge niedriger, seine Windungen enger seien, als beim Koch'schen, werde nur beiläufig bemerkt.

Zu jener Zeit wurde noch ein besonders großer Werth gelegt auf die Stichcultur mit ihrer Trichterbildung, langsamen und wenig ausgedehnten Verflüssigung der Gelatine und die dabei entstehende „Luftblase", ebenso wie auf die Cultur auf Kartoffeln; Verfahren, welche im Laufe der Jahre im gleichen Schritte mit dem Auftauchen neuerer Culturverfahren als überflüssig (und zu wenig charakteristisch?) verlassen worden sind. — In der ersten Periode spielt also die mikroskopische Diagnostik nur anfangs eine große Rolle und tritt bald hinter die Methodik des Culturverfahrens zurück.

Merkwürdiger-, aber erklärlicherweise hat sich in neuester Zeit zum großen Theile durch die Initiative Koch's hier wieder ein Umschwung vollzogen. Die mikroskopische Untersuchung, welche in Folge der verbesserten Culturmethoden und im Hinblicke auf die vielen neuen gekrümmten Bacterien, deren Unterscheidung keine zweifellose ist, außerordentlich an Werth eingebüßt hatte, tritt wieder in den Vordergrund, und als wesentliches Kennzeichen gilt jetzt „die eigenthümliche Lagerung". Die Koch'schen Bacillen sollen nämlich Häufchen bilden, „in denen die einzelnen Bacillen sämmtlich dieselbe Richtung haben, wie wenn Fische in langsam fließendem Wasser hintereinander herziehen". Heute muß nach Koch wieder diese einzige Eigenschaft der Cholerabacillen einem geübten (!) Forscher genügen, um schon nach wenigen Minuten in 50% der Untersuchungen die Diagnose stellen zu können und nicht erst das Culturverfahren abzuwarten, das eine Zeitversäumniß von mehreren Tagen Dauer beansprucht, welche seinerzeit in Hamburg so schwere Folgen gehabt haben soll.

Mit dieser Ansicht von der geringeren Bedeutung der Cultur gegenüber der mikroskopischen Besichtigung ist die Schnelligkeit der Untersuchung so sehr begünstigt und die Methode vereinfacht, daß KOCH auf seinem Eingangs erwähnten Standpunkt wieder angelangt ist. Einmal fordert er aber nur „geübte Forscher“ — ein pium desiderium bleibt also auch in Zukunft die einst versprochene Leichtigkeit der Diagnose —, und dann muß doch zugegeben werden, daß immerhin in mindestens der Hälfte der Fälle erst das langwierige Culturverfahren platzgreifen muß. Welche differentiell diagnostischen Schwierigkeiten aber auch hier bei der großen Aehnlichkeit mit anderen Bacterienformen — ich erinnere nur an RUBNER's Vibrio Berolinensis, METSCHNIKOFF's und DUNBAR's Vibrionen — welche Schwierigkeiten sich nicht nur der kleinen Schaar „geübter Forscher“, sondern dem Gros der Aerzte, denen Merkmale für schnelle und sichere Diagnosen an die Hand zu geben das wichtigste wäre, entgegenstellen, ist leicht ersichtlich.

Was nun die **Temperaturen** anlangt, in denen die Culturen am besten wachsen, so ist auch hierin **eine bemerkenswerthe Veränderung** eingetreten. 17—16° C. war zu Anfang als das **Minimum** angegeben, wobei Culturen überhaupt wachsen, und 30—40° — also ein ziemlich weiter Spielraum — waren die Grenzen, innerhalb deren sie am besten gediehen. Tragen die zu verschiedenen Zeiten anders gearteten oder zubereiteten Nährflüssigkeiten an diesen nicht geringen Schwankungen die Schuld so wird heute der Standpunkt eingenommen, daß bei einer gut präparirten 10% Gelatine für das charakteristische Wachsen der Cholerabacillen **eine Temperatur von genau 22° Vorbedingung** ist, welche höchstens eine Abweichung von $^1/_2$° nach oben oder unten erleiden dürfe; denn schlechte Gelatine oder höhere Temperatur bewirken Verflüssigung der Choleracolonien und verschafft ihnen ein Aussehen, welches dem des FINKLER'schen Bacteriums sehr ähnlich ist. (Wiederholt vorgekommener Irrthum „Ungeübter“.)

Zwei andere Fragen, deren Entwicklung im Laufe des Jahrzehnts von Interesse ist, betreffen den Thierversuch und die Sporenbildung, bezw. den Dauerzustand. Bekanntlich war es KOCH nach seinen Angaben auf der I. Choleraconferenz zuerst nicht selbst gelungen, Cholera bei Thieren experimentell zu erzeugen; er bezeichnete als genügendes Substrat für den positiven Thierversuch die Uebertragung der Infection durch Wäsche, und führte zum weiteren Beweise aus, wie jene Epidemie in der Nähe Calcuttas nur eine Folge der aus dem seither so bekannt gewordenen Tank herstammenden Bacillen sein konnte. Der damals schon von RICHARDS in Folge Uebertragung von Choleragift erzeugte Tod von Schweinen wurde nur als eine indirecte Intoxication mit Producten der Commabacillen angesehen.

RIETSCH und NIKATI waren die Ersten, welchen der Thierversuch gelang, als sie den Versuchsthieren den Ductus choledochus unterbunden hatten (bei Meerschweinchen auch ohne dieses), und auch VAN ERMENGEN erhielt positive Resultate, als er Choleravibrionen direct in das Duodenum einführte. Den immer wiederholten und ausgedehnten Versuchen gelang es ferner, auch den Nachweis zu erbringen, daß Culturen von Cholerabacillen toxisch wirken können, wenn sie Meerschweinchen in die Bauchhöhle eingespritzt werden, und dazu hat R. PFEIFFER in den letzten Jahren festgestellt, daß das Gift **vorwiegend** (!) in dieser Bacterienart enthalten sei, und daß man gleichmäßige und zuverlässige Resultate erhalte, wenn man nicht flüssige, sondern auf Agar gewachsene Culturen zur Einführung in die Bauchhöhle verwende. Auch KOCH bedient sich nach PFEIFFER's Vorgange heutzutage dieses Verfahrens, indem er für ein 300—350 Grm. schweres Meerschweinchen 1·5 Mgrm. der Cultur (von der Agaroberfläche entnommen), vertheilt in 1 Ccm. sterilisirter Bouillon, für genügend findet, um den Tod des Versuchsthieres herbeizuführen. Weil jedoch auch andere, seither bekannt gewordene gekrümmte, d. h. spirillenartige Bacterien pathogene und deletäre Eigenschaften bei diesen Versuchen aufweisen, war es nöthig geworden, zum Unterschiede mit jenen alle die Symptome genau zu specialisiren (starkes Abfallen der Körpertemperatur, Erscheinungen der Choleravergiftung, Muskelschwäche, fibrilläre Muskelzuckungen, allgemeine Prostration), welche je nach der Stärke der Dosis die einzelnen Thiere in den verschiedenen Stadien zeigen, resp. unter denen sie bei kräftigen Gaben zu Grunde gehen, wie PFEIFFER in der „Zeitschr. f. Hygiene“, Bd. XIV, ausführlicher beschreibt.

Dabei sei nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, wie bei diesen Versuchen sowohl als auch bei Gaben per os erst eine Präparation des Magensaftes mittelst Zuführung einer Sodalösung und des Darmes mittelst entsprechender Opiumgaben vorhergegangen sein mußte.

Wie hieraus ersichtlich, hat sich in Bezug auf den Thierversuch und seine Bedeutung für die Choleradiagnose eine gänzliche Umwandlung der Ansichten vollzogen; aus der vollständigen Zurückhaltung **gegenüber der Möglichkeit, den Thierversuch als diagnostisches Kriterium zu verwerthen**, hat sich bis in die neueste Zeit die Ansicht durch jene vermittelnden Stadien hindurch entwickelt, **daß er ein wichtiges Glied in der Kette der Merkmale sei**, aus denen der Cholerabacillus vor anderen, im mikroskopischen Bilde und im Culturverfahren ihm ähnlicher Bacterien zu erkennen sei; denn keines derselben äußere seine pathogenen Eigenschaften **unter ähnlichen Symptomen** wie der Commabacillus.

Derselben Zurückhaltung begegnen wir in KOCH's ersten Publicationen in Bezug auf die Bildung von Sporen und sporenähnlichen Gebilden; weder hat er einen der Sporenbildung anderer Bacterien analogen Vorgang beobachten können, noch haben ihm praktische Erwägungen die Annahme von Dauerformen zur Nothwendigkeit gemacht. Gewisse von ihm beobachtete Eigenthümlichkeiten, welche in dieser Richtung lagen, hat er „als eine Aufquellung in Folge von Wasseraufnahme und Trennung des Plasmas in eine an den Enden des Bacillus befindliche dichtere und intensiver färbbare und in eine weniger concentrirte, in der Mitte liegende Substanz“ gedeutet. Ausdrücklich wurde auf der Choleraconferenz von KOCH die Erklärung abgegeben, daß ein Dauerzustand nicht zu erzeugen sei.

Doch schon nach wenigen Wochen konnte HUEPPE die also noch fehlende Dauerform der KOCH'schen Bacillen als eine Thatsache hinstellen; er beobachtete im Verlaufe eines Spirillenfadens auf einer Strecke, welche der Länge eines Commas entspricht, die Bildung von 2 Kügelchen, welche sich deutlich gegen den übrigen Theil des Fadens absetzen. Aus diesen kugeligen Gebilden das Auskeimen von echten Commas zu verfolgen, ist ihm gleichfalls mehrmals gelungen. Freilich ist nicht von allen Seiten zugestanden worden, daß den geschilderten Bildungen eine vermehrte Widerstandsfähigkeit innewohne, als den Bacillen selbst; HUEPPE aber, der mit großem Eifer diese Arbeiten gefördert hat, ist es gelungen, festzustellen, daß selbst durch Eintrocknen solche Cholerabacterien nicht unter allen Umständen getödtet werden, während sonst schon das Absterben durch Eintrocknen innerhalb dreier Stunden erfolgte. Ueber diesen Widerstreit der Meinungen, ob es sich bei dem geschilderten Vorgange um Arthrosporenbildung handle oder nicht, sind die Acten noch nicht geschlossen.

(Schluß folgt.)

Das Ichthyol und seine Wirkung.

Von **Dr. M. Eberson** in Tarnow.

Bei der vorherrschenden theoretischen Richtung, welche die Medicin der Neuzeit eingeschlagen hat, ist es für den Praktiker von hohem Werthe, ein neues Mittel in die Hand zu bekommen, das ihm Befriedigung und die Genugthuung gewährt, es im gegebenen Falle mit vollem Vertrauen verordnen und auf Erfolg rechnen zu dürfen. Zu diesen Mitteln gehört das Ichthyol. Von UNNA und weil. v. NUSSBAUM wurde das Ichthyol vor einem Decennium in die Therapie eingeführt, und hat es in diesem kurzen Zeitraume eine Verbreitung gefunden, die Staunen erregt, so daß, wie schon v. NUSSBAUM zugibt, „seine Universalität in den Augen des Publicums leicht auch für Aerzte etwas Verdächtigendes an sich tragen kann".

Meine Arbeit hat den Zweck, gestützt auf die Beobachtungen hervorragender Autoren und eigene Beobachtungen, die Frage zu lösen, ob der Enthusiasmus für unser Mittel auch gerechtfertigt ist, ob nicht seine Verwendung eine Einschränkung erfahren müsse, und endlich, ob es die Beachtung, die es verdient, auch gefunden.

I. Pharmakologie und Physiologie.

Ichthyol wird aus bituminösen Gesteinen, die sich in der Nähe von Seefeld in Tirol vorfinden und ein Zersetzungsproduct vorweltlicher Fische darstellen, mit Schwefelsäure und Natron gewonnen. Das durch Destillation gewonnene „rohe Ichthyol" wird mit Schwefelsäure behandelt und aus ihm Sulfo-Ichthyolsäure gefällt. Von diesem etwa 10% Schwefel enthaltenden Stoff werden das Ichthyol-Ammon und -Natrium gewonnen. Das Ichthyol-Ammon, Ammonium sulfoichthyolicum, kurzweg Ichthyolum, stellt eine dunkelbraune, annähernd theerartig riechende, prickelnd schmeckende Flüssigkeit von Syrupconsistenz dar, die sich vollständig in jedem Verhältnisse in Wasser, Glycerin und Alkohol löst. Es enthält nach BAUMANN und SCHOTTEN folgende Zusammensetzung:

Kohlenstoff	55·06
Wasserstoff	6·06
Schwefel	15·27
Sauerstoff	15·83
Natrium	7·78

Wenn auch chemisch kein einheitlicher Körper, so ist es doch mit Rücksicht auf die Zusammensetzung von Schwefel, Sauerstoff und Natrium immer constant. Ein großer Theil des dem Ichthyol zugeführten Schwefels steht in directer Verbindung mit dem Kohlenstoff, was seine verwerthbare Wirkung ausmacht. Seine physiologische Wirkung auf die gesunde und kranke Haut studirte UNNA.[1]) Bei schwacher Einwirkung auf die gesunde Haut verursacht das Ichthyol eine Verdickung und Verdichtung, weiter Verhornung oder Abschiebung der Hornschicht, wodurch es bei weiterer Einwirkung schwacher Lösungen zu einer Pustulation kommt. Der zweite Effect ist der verkleinernde Einfluß auf die Blutgefäße. Der dritte liegt in der Nervenberuhigung und Schmerzstillung, der vierte endlich in der Verfärbung der Hornschicht. Die starke Einwirkung documentirt sich in eiteriger Erweichung, Schmerz, Schwellung, schließlich in Blasenbildung und Erweichung der collagenen Bindesubstanz. Auf die kranke Haut gebracht, entfaltet das Ichthyol schrumpfende und styptische Wirkung auf die Gewebe, ist durch seine gefäßverkleinernde Eigenschaft blutstillend und tödtet die Hautparasiten ab. UNNA setzt also das Ichthyol in die Gruppe reducirender Mittel, wohin auch Pyrogallol und Resorcin gehören. Ich muß im Uebrigen auf die sehr lesenswerthe Schrift UNNA's verweisen, möchte nur hervorheben, daß diese es war, die dem Ichthyol Thor und Thür in die Therapie der Hautkrankheiten öffnete. Die physiologische Wirkung unseres Mittels bei internem Gebrauch beschrieben BAUMANN und SCHOTTEN.[2]) Dosen von 1—5 bis 12 Grm. konnten Thieren ohne Schaden verabreicht werden. Größere Dosen von 18—24 Grm. bewirkten Durchfälle, von denen sich jedoch die Thiere nach 1—2 Tagen vollständig erholten. Die Ausscheidung des Ichthyols erfolgt zum größten Theile in Form von organischen Verbindungen, wobei zugleich die Aetherschwefelsäuren des Harnes eine, wenn auch nicht bedeutende Steigerung erfahren. Nach HELMER[3]) kommt dem Ichthyol eine den Zerfall einschränkende und die Assimilation begünstigende Kraft zu. Nach seinen Erfahrungen circulirt etwa ein Drittel des dem Ichthyol eigenen Schwefels in den Säften des Körpers und wird durch den Harn ausgeschieden. ZUELZER[4]) fand im Harne nach Einnahme von Ichthyol weitgehende Veränderungen, womit der Beweis erbracht ist, daß ein großer Theil des Ichthyol-Schwefels im Organismus zur Resorption gelangt, der andere, aber nicht unbeträchtliche Theil desselben retinirt wird, womit eine Zunahme des Körpergewichtes Hand in Hand ging, die in den Fällen ZUELZER's bis 8 Kgrm. innerhalb einer zweimonatlichen Versuchszeit betrug. Was die bacterientödtende Wirkung des Ichthyol anlangt, so wurde dieselbe von FESSLER[5]), LATTEUX[6]) und ABEL[7]) geprüft. FESSLER, der sich mit dem Thema unter Leitung v. NUSSBAUM's eingehend beschäftigt, kommt zu folgenden, beachtenswerthen Resultaten:

1. Ein Bouillon mit einem Gehalte von mehr als 1 Ccm. Ichthyol-Ammonium auf 4 Liter Flüssigkeit läßt Streptococcenkeime nicht mehr aufkommen;

II. Natrium ichthyolicum hindert ebenfalls in sehr schwacher Lösung schon jedes Streptococcenwachsthum;

III. Ichthyol vernichtet rasch und vollkommen diese Keime in stärkerer Lösung als 1:4000.

LATTEUX, der die antiseptische Kraft unseres Mittels bei 9 beim Menschen vorkommenden Mikroorganismen untersuchte, fand, daß eine 3—4%ige Lösung desselben schon im Stande ist, alle zu vernichten, mit Ausnahme des Streptococcus pyogenes, welcher hartnäckiger zu sein scheint und erst bei höherem Procentgehalt an Ichthyol verschwindet. „Man ist somit in der Praxis sicher," schließt er seine Ausführungen, „eine vollständige Antisepsis durchzuführen, wenn man 5- oder 10% Ichthyollösungen benutzt, welche ohne Anstand angewendet werden können." ABEL bestätigt nicht vollständig die Resultate von LATTEUX, seine Versuche ergaben jedoch gleichlautende Schlüsse mit Bezug auf pyogene und Erysipelstreptococcen, die schon von schwachen Lösungen sicher und in kurzer Zeit abgetödtet werden, wogegen Staphylococcen, Bacillus pyocyaneus, typhi, ozaenae und anthracis, Spirill. cholerae asiaticae große Resistenz gegen Ichthyol besitzen. Trotzdem aber ist es auch in der Behandlung letzterer Krankheiten nicht ganz zu verwerfen, da es auch hier günstige Wirkung auszuüben im Stande ist.

II. Indicationen des Ichthyol.

Die Krankheiten, bei denen unser Mittel mit Erfolg angewendet wird, lassen sich in drei Hauptgruppen bringen, und zwar:

---

[1]) Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reducirender Heilmittel. Hamburg und Leipzig 1886, bei Leopold VOSS, und: Die neueren Fortschritte in der Therapie der Hautkrankheiten. „Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland", 1885, Nr. 158.

[2]) Citirt bei REITMANN und SCHÖNAUER siehe Note 48.

[3]) Ueber den Einfluß des Ichthyols auf den Stoffwechsel. „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin" von RUDOLF VIRCHOW, 135. Bd., I. Heft.

[4]) Ueber den Einfluß der Ichthyolpräparate auf den Stoffwechsel. „Monatsh. für praktische Dermatologie", 1886, Nr. 12.

[5]) Klinisch experimentelle Studien etc. München 1891, bei Dr. C. Wolf und Sohn.

[6]) Bacteriologische Untersuchungen, die antiseptischen Eigenschaften des Ichthyol's betreffend. Hamburg und Leipzig 1892, bei Leopold VOSS.

[7]) Ueber die antiseptische Kraft des Ichthyols. „Centralbl. für Bacteriologie und Parasitenkunde", XIV. Bd., 1893, Nr. 13.

A. Haut- und B. Geschlechtskrankheiten;
C. Interne und
D. Frauenkrankheiten.

Wir werden jede dieser Gruppen an der Hand der einschlägigen Literatur und mit Berücksichtigung eigener Beobachtungen aus der Privatpraxis kurz durchgehen.

A. Hautkrankheiten.

Nach der Publication der Schrift UNNA's[7]) über die reducirende Wirkung des Ichthyol auf die Haut und der oben angegebenen bacteriologischen Studien, die auf eine eminent antiseptische Kraft desselben auf Parasiten im Allgemeinen und Erysipelcoccen im Speciellen hinwiesen, fand das Mittel erst die verbreitetste Anwendung bei Rothlauf. Die dieses Thema behandelnden Schriften von NUSSBAUM[8]), v. BRUNN[9]), KLEIN[10]), FESSLER[7]), SCHWIMMER[11]), ACKERMANN[12]), LORENZ[13]), LARTIGAU[14]), KLAMANN[15]), FREYMADL[16]), STEINADLER[17]), LORENZ[18]), MARTIN[19]), KOPP[20]), KLEIN[21]) u. A. sprechen sich einstimmig lobend aus und beweisen, daß die theoretischen Ausführungen mit den praktischen Erfahrungen vollkommen im Einklange sind, ja sie geben sogar der Thatsache Ausdruck, im Ichthyol ein specifisches Mittel gegen diese Krankheit gefunden zu haben (SCHWIMMER). So fand FESSLER nach zahlreichen Versuchen mit Ichthyol bei Erysipel die durchschnittliche Heilungsdauer von 6 Tagen, während die vergleichenden Daten anderer mit Carbolinjectionen und älteren Methoden behandelten Fälle eine solche von 11 bis 12 Tage aufzuweisen hatten. Es waren meist am 3.—4. Tage aufgenommene Kranke mit schon stark ausgesprochenen Symptomen. KLEIN hatte eine Heilungsdauer von 6·2 Tagen, SCHWIMMER von 4—5 Tagen, was auch mit meinen Erfahrungen übereinstimmt (siehe unten). Diese günstige Wirkung ist dadurch zu erklären, daß das Ichthyol auf die Erysipelcoccen direct vernichtend wirkt, weshalb es deren Toxine schnell beseitigt und den Proceß coupirt.

Ich wende das Ichthyol seit 3½ Jahren in der Privatpraxis an, und war bei Behandlung des Rothlaufs niemals, auch nicht in schweren Fällen, genöthigt zu anderer Therapie überzugehen, aus dem einfachen Grunde — meine Erfahrungen stimmen insofern nicht mit denen anderer Autoren überein — weil schon am 2. oder 3. Tage der Proceß vorüber war. In der Erinnerung liegt mir speciell ein Fall von Unterschenkelrothlauf bei einer 61jähr. Pat., wo nach 8tägiger Behandlung mit anderen Mitteln das Erysipel im Fortschreiten nicht aufzuhalten war, und wo eine einmalige Bepinselung des kranken Beines mit 50% Ichthyollösung Entfieberung und Stillstand der Krankheit herbeiführte. Ich erlaube mir einige Fälle meiner Praxis kurz anzugeben:

An mir selbst bemerkte ich am 14. August 1893 am äußeren Rande des Handgelenkes und Unterarmes der rechten Hand eine Röthung und Schwellung im Ausmaße von 50 Cm., die nach einer manuellen Lösung der Nachgeburt bei einer mit Fluor albus behafteten Dienstmagd auftrat. Nach indifferentem Wattaverband — am nächsten Tage Weiterschreiten der Röthung, Frösteln, Gefühl von Hitze im erkrankten Theile. Am 15. August auf Bepinselung mit 50% Ichthyol-Glycerin Gefühl der Erleichterung. Am 16. August kein Verbreiten des Erysipels II. Pinselung. 17. August Heilung. — Nach einigen Wochen Recidiv an derselben Stelle in selber Ausdehnung. Nach 2tägiger Behandlung mit Ichthyol Heilung.

2. 12jähr. Gymnasialschüler erkrankt an Gesichtserysipel am 24. October 1893. Wird anderwärts mit anderen Mitteln 2 Tage ohne Erfolg behandelt. 26. October folgender Status: Temp. 39·3, Nase stark geschwollen. Gesichtshaut roth, gedunsen. Die Röthung reicht beiderseits bis zum Nacken, nach oben auf die Kopfhaut. Kopfschmerzen, Uebelkeiten. Therapie: Ichthyol-Glycerin 30%, Eisblase, Chinin, Nasentampon mit 5% Ichthyol. 27. October Temperatur 37·5, subjectiv und objectiv Besserung. 28. October fieberlos. Gesicht um die Hälfte verkleinert. Wohlbefinden. — Hinzusetzen will ich, daß hier nach der I. Pinselung vom intelligenten Knaben Abnahme der Hautspannung und Schmerzen angegeben wurde.

3. 2½monatliches Kind (Knabe), Erysipelas faciei dextr. Temperatur 38·9. Unruhe. In diesem Falle machte ich die Bepinselung selbst (es war am Lande), ließ sie am nächsten Tage wiederholen. Heilung am 3. Tage.

4. Ueber 70jähr. Frau. Unterschenkelrothlauf. Ichthyol bringt in 2 Tagen Heilung.

Recidiv nach 2 Monaten. Heilung nach Ichthyolbehandlung in 2 Tagen.

Ich könnte mehrere Fälle aufzählen, beschränke mich jedoch auf die angegebenen, die ich classisch nenne. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, daß wir im Ichthyol ein specifisch wirkendes Mittel gegen Erysipel besitzen, und ist von den älteren kein anderes im Stande, es zu ersetzen. Von großer Bedeutung jedoch ist die Applicationsweise und Dosirung. Ich gebrauche durchwegs bei Erwachsenen 50% Lösungen von Ichthyol-Glycerin, 25% bei Kindern. Die Anwendung geschieht mit einem nicht weichen Borstenpinsel (Watte saugt zuviel der Lösung ein und muß deshalb damit stärker gerieben werden, was zu widerrathen ist). Man beginnt 2—3 Cm. vom Hofe des Erysipels mit concentrischen leichten Streichungen um die Geschwulst herum und wird zum Schluß die Mitte mehrmals bestrichen. Es soll mit der Lösung nicht gespart werden. Darauf eine Lage Baumwolle, eventuell Verband. Bei Gesichtserysipel eventuell Nasentampone (50%) und Eisbeutel, bei Erysipel der Extremitäten Diachylonstreifen nach WÖLFLER. Bei hyperpyretischen Temperaturen Antipyretica, bis 39·5 keine.

Nicht minder günstig, wie bei Rothlauf, lauten die Resultate, die man mit Ichthyol bei anderen Hautkrankheiten, acuten und chronischen, erzielte. SCHWIMMER sah davon ausgezeichnete Wirkung bei schweren Erythemformen, Acne simplex und rosacea, nicht minder bei Eczema und Intertrigo. — GADDE[22]) fand es wirksam bei Rosacea, Purpura, Erythema nervosum und im Anfangsstadium des Panaritium, wo es die Eiterung aufhält, und bei Pernionen. GALATTI[23]) sah ausgezeichnete Wirkung bei verschiedenen Hautausschlägen der Kinder. HERZ[24]) wandte es mit Erfolg an bei Wunddruck der Füße beim Militär (in 20% Solution), und ULLMANN[25]) schließt seine diesbezüglichen Ausführungen mit folgenden bezeichnenden Worten: .... „daß das Ichthyol, wenn auch keine Panacee für alle, so doch für viele Haut- und Geschlechtskrankheiten ein sehr treffliches schmerzstillendes, resorbirendes, resol-

[8]) „Allgem. Wiener Med.-Ztg.", Nr. 1 ex 1887.
[9]) Ueber Ichthyol-Behandlung des Erysipels. „Therapeut. Monatshefte", Nr. 5 ex 1889.
[10]) Die Behandlung des Erysipels. „Berl. klin. Wochenschr.", Nr. 39 ex 1891.
[11]) Das Ichthyol und seine therapeutische Verwendung etc „Wiener Med. Wochenschr.", Nr. 29, 30 ex 1892.
[12]) „Correspondenzblätter des allgem. ärztl. Vereines von Thüringen", 1885, Nr. 8.
[13]) „Deutsche Militärärztl. Zeitschr." 1885, Bedeutung des Ichthyols für Militärgesundheitspflege.
[14]) L'Ichthyol. „Le Progrès médical", 15e Année, Nr. 11—12, Mars 1887.
[15]) Mittheilungen aus der Praxis. V. Behandlung des Erysipels mit Ichthyol.
[16]) Ichthyol-Behandlung des Rothlaufs. Inaug.-Diss. München 1887.
[17]) Indicationen des Ichthyols l. c. bei 16.
[18]) Ichthyol in der Chirurgie. „Deutsche Med.-Ztg.", Nr. 59 ex 1887.
[19]) Ichthyol in Surgery. „Philadelph. Med. Times", Mars 1888.
[20]) Ueber die Anwendung der Ichthyolpräparate in der Dermatotherapie. „Münchener med. Wochenschr.", Nr. 35 ex 1889.
[21]) „Gazeta lekarska", Nr. 27 ex 1891.
[22]) Beitrag zur äußeren und inneren Anwendung des Ichthyols. „Therap. Monatsh.", Nr. 3 ex 1890.
[23]) Versuche mit Ichthyol. „Med. Chir. Centralbl.", Nr. 26 ex 1894.
[24]) Ueber die Anwendung des Ichthyol bei Wunddruck der Füße „Aerztl. Ctr.-A.", Nr. 15 ex 1894.
[25]) Erfahrungen über die Wirkung des Ichthyols bei äußerl. Anwendung. „Aerztl. Ctr.-A.", Nr. 5 u. 6 ex 1893.

virendes und unschädliches Heilmittel ist". — Meine 4jährigen Erfahrungen in letzter Richtung beziehen sich auf mehrere Fälle von Erythem, Eczema chronicum und Intertrigo. Immer sah ich gute, sichere und prompte Wirkung. Einen Fall, mich selbst betreffend, will ich näher ausführen:

Bei einer gerichtlichen Obduction einer im 3. Fäulnißgrade sich befindenden Leiche wurde ich am entblößten Oberarme von einer großen Fliege, wie deren mehr um und auf der Leiche herumflogen, gebissen. Ich beachtete es anfangs nicht sehr. Als aber nach einigen Stunden die Stelle sich zu röthen und schwellen begann, bei mäßigem Schmerz, konnte kein Zweifel obwalten, daß ich inficirt wurde. Eingedenk der guten Wirkung des Ichthyol bepinselte ich die Stelle mit 50%. Lösung des Mittels. Am nächsten Tage begrenzte Schwellung von der Größe eines Kreuzers, Schmerz geringer. Am 3. Tage Verschwinden aller Symptome bei weiterer energischer Behandlung mit Ichthyol. Ich bin fest überzeugt, daß es ohne Ichthyol hier, wenn nicht zu einer allgemeinen Infection, so doch wenigstens zur localen Phlegmone gekommen wäre, was ich natürlich nicht beweisen kann, da ich nicht wartete, was aber andere Erfahrungen lehren. Zugegeben muß werden, daß es doch eine Freude ist, ein Mittel zu besitzen, das so schnell gefahrdrohende Symptome beseitigt, und muß ich bekennen, daß ich seit der Zeit eine gewisse Pietät für das Ichthyol hege!

(Schluß folgt.)

Mittheilungen aus der Praxis.

Zur Nebenwirkung des Lactophenin.

Von **Dr. Friedr. Kölbl** in Wien.

In den „Therap. Monatsh." (1895, H. 9) berichtet Dr. STRAUSS aus Gießen über 3 Fälle von Icterus catarrhalis während des Gebrauches von Lactophenin. Hierüber findet sich eine Mittheilung in der „Wiener Med. Presse" (1895, Nr. 40). Daran anknüpfend bemerke ich, daß ich diesen 3 Fällen noch weitere 2 von mir beobachtete beizufügen in der Lage bin.

In beiden Fällen handelte es sich um junge, kräftige Leute. Einer davon litt an Muskelrheumatismus und wurde ihm versuchsweise 3mal täglich je 1·0 Lactophenin gegeben.

Die Muskelschmerzen besserten sich etwas, aber am 6. Tage verlor Pat. den Appetit und es entwickelte sich Icterus catarrhalis mit seinen typischen Erscheinungen. Nach dem Aussetzen von Lactophenin dauerte der Icterus noch volle 2 Wochen. Inzwischen exacerbirten die Muskelschmerzen wieder und schwanden nach längerer Dauer langsam auf Natr. salicyl.

Fast gleichzeitig mit diesem Falle wurde der zweite beobachtet. Hier war es eine Neuralgia trigemini, die ebenfalls versuchsweise mit Lactophenin behandelt wurde. Nachdem Pat. durch 5 Tage 3mal täglich je 1·0 Lactophenin genommen hatte, entwickelte sich auch hier ein leichter Icterus, der circa 8 Tage dauerte.

Abgesehen von solchen Zufällen, die man gelegentlich bei verschiedenen neueren Präparaten beobachten kann, möchte ich doch von der zu leichtfertigen Verordnung speciell von Lactophenin warnen, schon der merkwürdigen Collapswirkung wegen, die dieses Präparat, oft ganz unerwartet, selbst bei kleinen Anfangsdosen erzeugt.

Besonders in der Frauen- und Kinderpraxis wäre das Lactophenin ganz zu meiden, umsomehr, da uns bedeutend verläßlichere Präparate mit weniger unangenehmen Nebenwirkungen zur Verfügung stehen.

Was endlich die gerühmte Wirkung des Lactophenins gegen Typhus betrifft, die besonders von der Klinik des Prof. JAKSCH in Prag so sehr hervorgehoben wurde, so kann ich auch darüber aus eigener Ueberzeugung, die ich bei der Behandlung von über 20 Typhuskranken gewonnen habe, berichten.

Ganz sicher beeinflußt das Lactophenin das Allgemeinbefinden der Typhösen, es tritt selbst nach kleinen Dosen eine gewisse Euphorie ein, der Temperaturabfall nach entsprechenden Dosen ist oft ein bedeutender, eine specifische Wirkung dagegen konnte ich niemals wahrnehmen; auch auf die Dauer der Krankheit und auf den Verlauf hatte Lactophenin keinen Einfluß. Es ist nun eine Frage, ob die oft erstaunlichen Temperatur-Remissionen nicht auch eine Collapswirkung waren.

Jedenfalls wäre es bei Typhus noch am ehesten am Platze, Lactophenin versuchsweise, doch auch nur bei Erwachsenen und vorsichtig zu geben.

[26]) Sanitätsbericht über die königl. Bayerische Armee für die Zeit vom 1. April 1889 bis März 1891.

Referate und literarische Anzeigen.

E. GRAWITZ (Berlin): **Ueber die Veränderungen der Blutmischung in Folge von Circulationsstörungen.**

Die erste Erscheinung, welche sich im Blute beim Eintritt einer Compensationsstörung bemerkbar macht, ist eine erhebliche Abnahme der Trockenrückstände für das Blut im Ganzen und für das Serum; es tritt somit eine Zunahme des Wassergehaltes ein, welche GRAWITZ in einer im „Deutschen Archiv für klin. Med." (54. Bd., 6. Heft) veröffentlichten Arbeit auf eine Verdünnung des Serums zurückführt; bei wiederhergestellter Compensation nimmt die Trockensubstanz des Blutes und des Serums zu, beide verlieren beträchtlich an Wasser und die normale Mischung des Blutes stellt sich wieder her.

Bei dem Eintritt einer Compensationsstörung im Verlaufe eines Herzklappenfehlers wird die Muskelkraft des Herzens unzureichend, die vermehrte Arbeitsleistung zu bewältigen, welche z. B. dem linken Ventrikel durch das Zurückfließen einer gewissen Blutmenge durch die schlußunfähigen Aortenklappen zugemuthet wird. Nun wird nicht mehr die genügende Blutmenge in das arterielle System getrieben und der arterielle Blutdruck sinkt; es tritt eine Erschlaffung der feinsten Gefäße ein, mit einem Uebertritt von Gewebsflüssigkeit in dieselben, in Folge dessen das Blut im Capillarbezirk bis zur Einmündung in die Venen progressiv verdünnt wird; das Capillarblut ist somit erheblich concentrirbar, wasserärmer und an rothen Blutkörperchen reicher als das venöse Blut. Gleichzeitig sinkt mit der Herabsetzung des Blutdruckes der Filtrationsdruck in der Niere und damit verringert sich die Harnabsonderung.

Beim Eintritte des Todes wird in den meisten Fällen durch die agonale Contraction der Arterienmusculatur das Blut in die Venen gepreßt und dabei dessen Concentration erhöht. Man beobachtet dies besonders bei Experimenten an Thieren, wenn bei fortlaufenden Blutuntersuchungen, z. B. durch versehentlichen Eintritt von Luft in die großen Venen, ein plötzlicher Tod unter den Händen des Experimentators erfolgt; entsprechend der stürmischen agonalen Reizung der Vasomotoren und der Contraction der Arterien schnellt dann die Dichte des Blutes um 10 bis 20 Einheiten in die Höhe. Bei geringer Blutfüllung im arteriellen und Ueberfüllung im venösen Gebiete tritt aber durch die steigende Gefäßcontraction keine wesentliche Veränderung der Blutdichte auf.

Die Eindickung des Blutes bei chemischen Stauungszuständen in Folge von Klappenfehlern findet sich vorzugsweise im Lungenkreislauf, da die übermäßig ausgedehnten Capillaren mit einem beträchtlich vergrößerten Umfange in die Alveolen hineinragen, mithin dem Luftstrom eine viel größere Fläche bieten als in der Norm; dazu kommt die starke Verlangsamung des Blutstroms und die Beschleunigung der Respiration, die an und für sich schon eine stärkere Wasserabgabe durch die Athmungsluft bedingt, in Folge dessen gerade das Blut der Lungencapillaren eine gegen die Norm beträchtlich gesteigerte Abdunstung und Eindickung erfahren muß. Die Blutflüssigkeit, welche sich aus einem derartig eingedickten Blute beim Stehen außerhalb des Körpers absetzt, zeigt eine auffallend niedrige Concentration; der Flüssigkeitsgehalt eines solchen Blutes ist im Ganzen verringert, und dieses spärliche Plasma ist außerdem von abnorm dünner Beschaffenheit. Bei einer vermehrten Schwäche der Herzaction findet aber eine Verwässerung des Blutes

durch Eintritt von Gewebsflüssigkeit in die erweiterten Capillaren statt, und wir erhalten dann das auffallende Bild einer etwa normalen oder leicht herabgesetzten Gesammtconcentration bei hochgradig verwässerter Beschaffenheit des Serums.

Bei Herzkranken findet sich nicht selten gelöstes Hämoglobin im abgesetzten Serum, ohne daß durch eine mechanische Einwirkung, wie Schütteln oder dergleichen, der Blutfarbstoff aus dem Coagulum gelöst wäre. In solchen Fällen ist das Hämoglobin abnorm lose an das Stroma der rothen Blutkörperchen gebunden, und dieser geringen Widerstandsfähigkeit der Erythrocyten ist eine gewisse Rolle bei der Entstehung von Icterus bei Herzkranken zuzuschreiben, indem die Blutkörperchen in der Leber stärker zerfallen und in Folge davon eine Vermehrung der Gallenbildung mit consecutivem Icterus zu Stande kommt. Fc.

A. CALMETTE: Instruction pour l'emploi du sérum antivenimeux.

Schon vor längerer Zeit ist es CALMETTE gelungen, ein Heilserum gegen giftigen Schlangenbiß herzustellen. Dieses „antivenimöse Serum" wird vom Esel oder Pferde gewonnen, welche gegen Schlangengift immunisirt worden waren. C. gibt nunmehr („Arch. de Méd. navale", Juni 1895) die Details für die Behandlung der von giftigen Schlangen Gebissenen mittelst seines Serums. Dasselbe soll an einem möglichst kühlen Orte und gegen Licht geschützt aufbewahrt werden. Bei einer 50 Grad übersteigenden Temperatur wird das Serum wirkungslos.

Die Präventivkraft dieses Serums beträgt mindestens 10.000, d. h. eine Serummenge gleich einem Zehntausendstel des Körpergewichtes eines Kaninchens, präventiv injicirt, gibt demselben die Fähigkeit, eine Stunde später, ohne krank zu werden, eine Dosis von 1 Milligramm trockenen Giftes der Cobra capella von mittlerer Wirksamkeit zu ertragen, eine Dosis, die sonst im Stande ist, ein Kaninchen innerhalb 4 Stunden zu tödten.

Die therapeutische Wirksamkeit des antivenimösen Serums äußert sich darin, daß bei Personen, welche von giftigen Schlangen gebissen wurden, Vergiftungserscheinungen ausbleiben, wenn das Serum in genügender Menge und nicht zu spät injicirt wurde. Im Allgemeinen ist bei Erwachsenen, welche selten früher als 3 Stunden nach erlittenem Biß der Vergiftung erliegen, die Injection $1^1/_2$ Stunden nach der Verletzung noch sehr wirksam. Das Serum versagt bei keinerlei Species von Schlangen der alten und neuen Welt. Es wurde erprobt bei dem Gifte der Copra capella und des Trimerasurus Asiens, der Naja haje und Cerastesschlange Afrikas, des Crotalus Amerikas, der Bothrops von Martinique, der Pseudechis- und Hiplocephalus-Varietäten Australiens und der Vipern Europas.

Die zur Verwendung kommende Dosis variirt je nach der Species der beißenden Schlange, nach dem Alter der gebissenen Person und nach dem Zeitpunkt des therapeutischen Eingriffes. Im Allgemeinen genügen bei Kindern unter 10 Jahren 10 Ccm, bei Erwachsenen 20 Ccm. Doch kann diese Dosis auch verdoppelt werden.

Von einer Localbehandlung der Bißwunden will C. nicht vollständig absehen. Zunächst soll das gebissene Glied centralwärts von der Wunde, und möglichst nahe an derselben mit einem Tuche abgebunden werden. Dann ist die Wunde mit einer Lösung Calcium hypochlorosum (1 : 60 abgekochten Wassers) auszuwaschen. Das Serum wird unter den gebräuchlichen antiseptischen Cautelen in das subcutane Zellgewebe der Flankengegend injicirt. Mit derselben Spritze injicirt man dann noch in und um die Bißwunde auf 3- oder 4mal 8—10 Ccm. der Calcium hypochlorosum-Lösung, was den Zweck hat, das noch nicht resorbirte Gift an Ort und Stelle zu zerstören. Nun wird die Ligatur gelöst, der Kranke gerieben, mit Kaffee oder Thee gelabt und mit warmen Tüchern bedeckt, um ihn in Transspiration zu bringen. Alkoholdarreichung würde nur schädlich und der Wirksamkeit des Serums hinderlich sein. Desgleichen ist es unnütz, die Bißwunde mit dem Glüheisen oder chemisch zu cauterisiren. Ba.

A. CARDARELLI (Neapel): Einfluß der Syphilis auf die Tabes dorsalis.

C. theilt die Krankengeschichte eines Tabetikers mit, bei welchem die Schmerzen nicht blitzartig, sondern stechend sind, die Anästhesie auf bestimmte Hautbezirke beschränkt und der Ataxie Semiparese der unteren Gliedmassen vorhergegangen ist. Die Ataxie selbst ist plötzlich inmitten der Arbeit aufgetreten. Der Mann hatte einen harten Schanker mit Infiltration der Leistendrüsen überstanden, die in erster Ehe gesunde Gattin abortirte nach Verheiratung mit dem Patienten. Verf. (Giorn. intern. delle scienz. med. 1895, 14) warnt vor übertriebenen therapeutischen Hoffnungen und hält auch die Tabes syphil. für unheilbar.

Nach DUCHENNE, WUNDERLICH, VIRCHOW u. A., welche syphilitische Tabesfälle beschrieben, erfolgten 1875 und 1882 die berühmten Publicationen von FOURNIER. Während nach Letzterem „die enorme Mehrheit der Fälle von progressiver Ataxie syphilitischen Ursprungs ist", that LEYDEN den Ausspruch, „daß die Syphilis aus der Aetiologie der Tabes gestrichen werden müsse".

Die statistischen Nachforschungen ergaben die verschiedenartigsten Resultate; FOURNIER und ERB stellen 91% Tabes auf Rechnung der Syphilis, dann sinken die Zahlen bis zur Verneinung des Zusammenhanges beider Krankheiten. Auch die Auffassung des letzteren ist verschieden; nach Einigen ist die Tabes syphilitica eine Form der Krankheit, wie etwa ein Gumma im Gehirne, nach Anderen ein zufälliges Zusammentreffen und endlich wäre Syphilis zwar sehr häufig der Tabes vorausgegangen, jedoch nicht als erzeugende, sondern prädisponirende Ursache und anderen den Organismus schwächenden Einflüssen (Feuchtigkeit, Strapazen, Mißbrauch in venere) gleichzustellen. „Die specifischen Keime der Syphilis bereiten ein auf die Hinterstränge wirkendes chemisches Princip" (STRÜMPELL).

Die selbstgestellten Fragen beantwortet C. in Folgendem:

1. Nur in wenigen Fällen ist die Syphilis so manifestirt, um sie als Veranlassung der Tabes zu bezeichnen.

2 Es müssen unzweifelhafte Angaben überstandener Lues und des bezüglichen Heilerfolges vorliegen, was nach Vortr. nur in 10% und noch weniger der Fall sein wird.

3. Die Tabes syph. hat keine besonderen von der gewöhnlichen Tabes unterscheidbaren Merkmale. Vortr. legt das Hauptgewicht auf die degenerativen Veränderungen im Augenhintergrunde.

4. Mercurial- und Jodcuren erzielen keine besseren Erfolge als Naturheilmethoden, elektrische, hydropathische Proceduren; sind jedoch bei Tabetikern mit Atrophie der Sehnervenpapille, wenn die Krankheit nicht durch Syphilis bedingt ist, geradezu schädlich und bewirken ein Fortschreiten derselben.

Hingegen sind antiluetische Mittel bei erwiesener Syphilis mit Vorsicht unter steter Controle des Augenspiegels anzuwenden. SP.

MUNK und weil. UFFELMANN's Ernährung des gesunden und kranken Menschen. Handbuch der Diätetik für Aerzte, Verwaltungsbeamte und Vorsteher von Heil- und Pflegeanstalten. Dritte, verbesserte Aufl., bearbeitet von **Dr. med. I. Munk**, Universitätsprofessor in Berlin, und **Dr. C. A. Ewald**, a. o. Professor an der Universität und dirigirender Arzt am Augusta-Hospital in Berlin. Wien und Leipzig 1895, Urban & Schwarzenberg.

Die ersten zwei Auflagen des vorliegenden Buches hatten nicht geringes Verdienst an der Verbreitung und Einbürgerung der diätetischen Wissenschaft, resp. der diätetischen Praxis. Die Diätetik, aus den bescheidenen Grenzen der Säuglings- und Kinderernährung weit herausgetreten, beherrscht jetzt schon einen überaus großen Theil der Therapie und wird mit den weiteren Fortschritten unserer Kenntnisse des Stoffwechsels und deren Beeinflussung durch die Ernährung noch größere Wichtigkeit erlangen als mancher andere Zweig der Therapie. Ist man doch in den Stoffwechseluntersuchungen schon bei manchen bisher ganz anders aufgefaßten Krankheiten darauf gekommen, daß der Grund in einer qualitativen oder quantitativen Veränderung des Stoffwechsels zu suchen ist, bei anderen,

daß wir die secundär aufgetretenen biochemischen Veränderungen für manche oft lästige Krankheitserscheinung verantwortlich machen müssen. Ich erinnere nur an den engen Zusammenhang mancher Formen der Neurasthenie mit der harnsauren Diathese, das häufige Zusammentreffen der nervösen Phosphat- und Oxalurien mit Spermatorrhoe und Sexualneurasthenien u. s. f. In solchen Fällen erreichen wir mit diätetischer Therapie oft durch Behandlung der Ursache, also causal, oder durch Behandlung der Folgeerscheinungen, also symptomatisch, sehr viel. Von der gleichen, wenn nicht von noch größerer Bedeutung ist die Ernährung in acuten und langdauernden Consumptionskrankheiten, wobei dem jeweiligen Zustande der Aufnahms- und Resorptionscapacität der Verdauungsorgane einerseits, des Assimilationsvermögens des ganzen Organismus andererseits Rechnung getragen werden muß.

All die Gesichtspunkte der Diätetik finden in dem vorliegenden Buche eine meisterhafte Behandlung. Wir sehen unter den Autoren statt des leider allzufrüh verstorbenen UFFELMANN den Namen EWALD, welcher durch eine sehr große Reihe bedeutender Arbeiten in der medicinischen Welt bekannt ist.

Die Eintheilung des Buches ist die alte geblieben; der erste Theil: Stoffwechsel, und der zweite: Ernährung des gesunden Menschen und Massenernährung, sind von MUNK, der dritte Theil: die Ernährung des kranken Menschen, von EWALD bearbeitet. Beide Autoren haben sich bemüht, den Fortschritten in der Theorie und Praxis der Ernährungslehre gerecht zu werden. Wir sehen im ersten Theile den Hinweis auf die Differenz des Hungerstoffwechsels bei Menschen und Thieren (Cetti, Succi, Hungerkünstler) im Sinne eines vermehrten Eiweißzerfalles, einer Differenz der Fäulnißvorgänge im Darm. Weiters die aus der Schule NOORDEN's stammenden Arbeiten von KAYSER über die Ueberlegenheit der Kohlehydrate den Fetten gegenüber als Eiweißsparmittel; KRUG's interessante Arbeit über den zweifelhaften Effect der langdauernden Fleischmast. Auch ist MUNK hier der Anschauung ERWIN VOIT's (Bildung von Fett aus Eiweiß) auf Grund eigener und fremder Arbeiten (RUBNER) energisch entgegengetreten.

Im zweiten Theile finden wir beim Capitel der Säuglingsernährung die neueren Methoden von ESCHERICH und HEUBNER-HOFFMANN, von welchen besonders die erste wohl sehr rationell ist, jedoch wegen der großen Anforderungen, welche an das Pflegepersonal gestellt werden, bisher nur geringe Verbreitung finden konnte. MUNK tritt den Auswüchsen in der Diätetik an manchen Stellen energisch entgegen, was für den praktischen Arzt von umso größerer Wichtigkeit ist, als die meisten der von gewissen Seiten hochgepriesenen, die Menschheit beglückenden diätetischen Specialitäten laienhaft und wissenschaftlich sehr mangelhaft begründet sind.

Im letzten (dritten) Theile zeigt sich EWALD als erfahrener Kenner der Diätetik in Krankheiten. Ein richtiges Wort zur richtigen Zeit ist seine Mahnung vor Ueberernährung in fieberhaften Krankheiten, insbesondere bei Typhus. Bei dieser Krankheit besteht jetzt vielfach eine Furcht vor Unterernährung und doch ist es viel weniger gefährlich, wenn der Reconvalescent etwas herabkommt (er bringt es ja rasch wieder ein), als wenn er durch frühzeitige Darreichung relativ zu schwerer Nahrung eine Recidive bekommt. Bei der Gicht ist den neuen Auffassungen (NOORDEN's Fermentationstheorie) Rechnung getragen, doch hat die Diätetik trotz der vielen Arbeiten den Weg der Empirie noch nicht verlassen können. Aehnlich ist es bei Diabetes, wo wir aber wenigstens von den durch Kohlehydratcarenz verursachten Veränderungen uns über die Qualität der Erkrankung Orientirung verschaffen können.

Es würde zu weit führen, auf die große Menge neuer und neu behandelter Fragen näher einzugehen; es genüge zu sagen, daß das Buch in seiner Art das vollendetste ist und von jedem Arzte gekannt sein sollte.

Trotz der Bereicherungen ist der Umfang des Buches eher geringer geworden, und das Werk ist von der Verlagshandlung mit derselben Sorgfalt ausgestattet wie die vorigen Auflagen.

A. STRASSER.

Suggestion und Reflex. Eine kritisch-experimentelle Studie über die Reflexphänomene des Hypnotismus. Von **Dr. Carl Schaffer,** Docent an der Universität Budapest. Mit 6 Tafeln in Lichtdruck und 11 Abbildungen im Texte. Jena 1895. Gustav Fischer.

Der Verfasser sucht die Schulen von Nancy und von Paris mit Bezug auf Hypnose und Suggestion mit einander zu vereinigen, indem er die von CHARCOT beim Hypnotismus gefundenen somatischen Phänomene mit der Suggestion auf gleiche Stufe setzt; er leitet alle Pänomene des Hypnotismus von eigenartigen, durch den reflexartigen Ablauf der centralen Erregungen charakterisirten Veränderungen des Associationsmechanismus her. Die Suggestion ist ihm ein „psychischer, anatomisch corticaler Reflex" und daher nicht das Cardinalsymptom der Hypnose, sondern nur die Offenbarung der associativen Veränderungen auf psychischem Gebiete, wie es die neuromusculäre und die sensomusculäre Uebererregbarkeit auf somatischem Gebiete sind. Die primären Hallucinationen bilden das zu Grunde liegende Phänomen der Hypnose, in dessen Rahmen die Suggestibilität ebenso eine partielle Erscheinung darstellt wie die sensorielle Uebererregbarkeit. — Es ist nicht zu leugnen, daß der Verfasser mit Geist und Geschick für die von vorneherein verblüffend einfach scheinende Theorie eintritt, aber bei genauerem Zusehen findet man doch, daß die Sache nicht so einfach liegt, wie es SCHAFFER annimmt. So trennt er, um nur Eines anzuführen, die Katalepsie von der Starre, indem er bei der Katalepsie die Suggestion, bei der Starre einen Reflexvorgang wirksam sein läßt; es will uns scheinen, daß die Katalepsie mit ihrer Flexibilitas cerea auf genau demselben Wege zu Stande komme wie die Starre; beides sind Reflexphänomene, welche wohl durch Suggestion ausgelöst werden können, aber auch ganz unabhängig von ihr entstehen können.

Ir.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber eine **seltene Art von vicariirender Menstruation** berichtet OSWIECIMSKI („Nowiny lekarski", April 1895). Der Fall betraf eine Pat., welche in ihrem 18. Lebensjahre zuerst menstruirt hatte und mit 24 Jahren heiratete. Nach 10jähriger kinderloser Ehe starb der Gatte. 3 Monate vor seinem Tode blieb die Menstruation bei der Frau zum erstenmale aus, hingegen stellte sich eine mächtige Schwellung der rechten Mamma ein und es konnte eine große Menge Collostrum ausgedrückt werden. Dabei bestanden Schmerzen in der Brust, welche in den Arm ausstrahlten. Diese Symptome dauerten 3 Tage und verschwanden dann allmälig, um allmonatlich an Stelle der regulären Menstruation wiederzukehren. Die linke Mamma blieb normal. O. beobachtete dieses Ereigniß 6mal.

— In letzter Zeit werden, besonders in Frankreich, Colapräparate vielfach verwendet Sie werden geschätzt wegen des Gehaltes an Coffeïn, der den Colanüssen ebenso wie den Kaffeebohnen, den Theeblättern und der Pasta guarana zukommt. Daß aber diese Präparate nicht unschädlich sind, beweist ein von Dr. F. SCHMEY in Beuthen mitgetheilter Fall von **Intoxication durch Cola-Chocolade** („Allg. med. Central-Ztg.", 1895, Nr. 72). Eine Dame hatte 6 Stückchen Chocolade, die sie als Kinderchocolade für 20 Pfg. in einer Conditorei gekauft hatte, gegessen und war eine Stunde darauf von großer Mattigkeit, Kopfschmerzen, Wallungen zum Kopfe und Uebelkeiten befallen worden. Das noch vorhandene Papier, in dem die Chocolade eingewickelt war, trug den Aufdruck Colachocolade. Da jede andere Krankheitsursache bei der bis dahin vollkommen gesunden Pat. auszuschließen war, konnte es sich nur um eine Vergiftung mit der Colachocolade handeln. Fälle, wie dieser, fordern dazu auf, daß Genußmittel, Liqueure, Chocoladen, die mit stark wirkenden Arzneimitteln, z. B. Cola oder auch Coca, bereitet sind, dem freien Verkehr völlig entzogen werden.

— Dr. F. PIERCE HOOVER in New-York empfiehlt die Application von **Jodtinctur bei chronischer Otorrhoe** („La sem. méd.", 1895, Nr. 46). Die afficirten Partien werden mit reiner Jodtinctur 2—3mal wöchentlich touchirt. Auf diese Weise will er chronische

Otorrhöen, welche 12—20 Jahre gedauert und allen Behandlungsarten widerstanden hatten, definitiv geheilt haben.

— Ueber einen **Fall von Creolin-Vergiftung nach einer Scheidenausspülung** referirt Dr. GRASSL in Vilshofen (FRIEDREICH'S „Blätter f. ger. Med.", 1895). Bei einer schwächlichen, tuberculösen Frau von 35 Jahren wurde wegen übelriechenden Ausflusses am 6. Tage des Puerperiums die Scheide mit $1^1/_2$ Liter 3%iger Creolin-Pearson-Lösung ausgespült, wobei die Flüssigkeit leicht und ungehindert in das vorgehaltene Becken wieder abfloß. Das Scheidenrohr wurde nie weiter als circa 2 Cm. vom Uterus entfernt eingeführt. Das Fieber fiel, der Ausfluß verlor den putriden Charakter. Bei der 3. Ausspülung trat 10 Minuten nach derselben plötzlich ein heftiger, stechender Schmerz rechts vom Uterus nahe am Schambein auf. Die Wöchnerin verlor das Bewußtsein, die Extremitäten wurden kalt, der Puls leer, die Respiration oberflächlich. Unter Campherinjectionen, warmer Einwicklung und künstlicher Athmung erholt sich Pat. bald und gesundet nach 14 Tagen vollständig. Der Urin war weder am Tage der Ausspülung noch später carbolhältig. Die verbrauchte Menge Carbol betrug annähernd 18 Grm. Damit ist die Gefährlichkeit der Scheidenausspülungen nach Geburten mit Carbollösung auch in ganz schwacher Concentration — die Creolinlösung entsprach einer 1·2%igen Carbolsäurelösung — auf's Neue erwiesen, und auch das Creolin-Pearson sei nicht so ungefährlich, wie dies gerade für geburtshilfliche Fälle von manchen Seiten betont wurde.

— An 19 Fällen hat Dr. HULL (Montgommery) **die Behandlung des Typhus mit externem und internem Gebrauch von Guajacol** erprobt. Innerlich wurde das Guajacol als Darmantisepticum zweistündlich zu $^1/_3$—$1^1/_2$ Tropfen und äußerlich als Antithermicum in Form von Pinselungen angewendet. Zu letzterem Zwecke wurden auf der vorher mit Seife gewaschenen Bauchhaut 5—20 Tropfen Guajacol verrieben und die Gegend mit einem impermeablen Stoff bedeckt. Auf diese Weise und in Verbindung mit kalten Waschungen wurde ein beträchtlicher, bis 3 Stunden andauernder antithermischer Effect erzielt. Außerdem wurden 3—4 Gaben Calomel, 0·006 Grm. pro die, gereicht, bis zu leichter purgirender Wirkung und diese Medication von Zeit zu Zeit wieder aufgenommen. Endlich wurde täglich eine große Darmspülung mit lauem oder kaltem Seifenwasser gemacht. Alle so behandelten Kranken sind ohne Complicationen innerhalb 15—24 Tagen genesen. Die Zunge blieb während der ganzen Krankheitsdauer feucht, Darmtympanismus und Delirien wurden nur selten beobachtet.

— ZUM BUSCH berichtet in der „Dermat. Zeitschr." (September 1895) über seine **Versuche und Erfolge mit der Schilddrüsenfütterung** in einer Reihe von Krankheitsprocessen. Schon früher hatte er die Schilddrüsendarreichung bei zwei gesunden Individuen versucht, ohne besonders auffallende Erscheinungen constatiren zu können, mit Ausnahme eines mehr weniger deutlichen Schwankens des Körpergewichtes. Hingegen war ein allgemeiner Einfluß bei Patienten mit verschiedenen Hautaffectionen nicht zu verkennen; der Gewichtsverlust war gewöhnlich ein bedeutender, besonders zu Beginn der Behandlung, die Pulsfrequenz stieg oft um 10 bis 20 Schläge. Unangenehme Symptome wurden selten beobachtet; sie bestanden in hoher Pulsfrequenz, Herzklopfen, Kopfschmerz, Schwäche, Zittern, Schweiße. Der Appetit blieb in der Regel gut, doch kam zweimal Erbrechen vor, jedesmal bei Kindern. Niemals kam Albuminurie oder Glycosurie vor. Bei 5 Fällen von Myxödem war die Besserung eine unzweideutige und rasche. Besonders interessant war der 5. Fall. Es handelte sich um eine 21jährige Frau mit den Symptomen des Morbus Basedowii, bei welcher sich während der Beobachtung Erscheinungen von Myxödem eingestellt hatten, welche die Symptome der BASEDOW'schen Krankheit zum Theil verdrängten. Unter der Thyreoidbehandlung wurden die Erscheinungen des Myxödems behoben, aber der Exophthalmus und das GRAEFE'sche Symptom blieben bestehen. Von 24 Fällen von Psoriasis wurden 11 geheilt und 7 gebessert. Der Rest blieb unbeeinflußt. Es läßt sich gegenwärtig von vornherein nicht sagen, welche Fälle von Psoriasis der Schilddrüsentherapie zugänglich sind und welche nicht. Von 12 Fällen von chronischem Eczem wurden 9 geheilt, 2 gebessert, 1 Fall wurde unter der Behandlung schlechter. Ein Fall von Ichthyosis wurde gleichfalls gebessert, hingegen blieben 2 Fälle von Epitheliom und 3 Fälle von chronischem Ulcus cruris unbeeinflußt. Bei 4 Fällen von Lupus vulgaris schien das Thyreoidin eine ähnliche, wenn auch mildere locale Reaction hervorzurufen wie das Tuberculin. Das erkrankte Gewebe erhielt eine scharfe Abgrenzung, was vielleicht die operative Behandlung erleichtern könnte. — Im Ganzen glaubt Verf., daß bei aufmerksamer Beobachtung die Thyreoidbehandlung bei Hautaffectionen nicht gefährlicher ist als die Arsenbehandlung oder die Behandlung mit irgend einem anderen Mittel. Sie kann in manchen Fällen wirksam sein, wo andere Methoden versagt haben; endlich könnte in gewissen Fällen die Combination der localen externen Behandlung mit der innerlichen Darreichung der Schilddrüsenpräparate von Nutzen sein.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)
Sitzung vom 18. October 1895.

R. PORGES stellt einen Pat. vor, bei welchem im August 1890 von MAYDL wegen Carcinoma pylori fast der ganze Magen (306 Quadr.-Cm.) resecirt worden war, und welcher gegenwärtig keine Spur eines Recidivs aufweist. Pat. wiegt heute 80 Kgrm. gegenüber 56 Kgrm. vor der Operation. Die seinerzeit gemachte mikroskopische Untersuchung hatte Scirrhus ergeben.

URBANTSCHITSCH demonstrirt einen an einer chronischen eiterigen Entzündung der Paukenhöhle leidenden Pat., bei welchem sich durch Druck auf den äußeren Gehörgang Nystagmus auslösen läßt.

F. KORNFELD stellt einen Fall von Epispadia glandis et penis vor, der an sich schon selten, dadurch zu einem Unicum wird, daß er ein ungespaltenes Präputium aufweist. Auch hat Pat. entgegen den in der Literatur verzeichneten Fällen, keine Störung der Geschlechtsfunction und auch nicht der Harnentleerung, natürlich mit Ausnahme des abgelenkten Harnstrahls.

V. KHAUTZ demonstrirt einen 24 Ctm. langen Malerpinsel, welcher von einem 15jährigen Mädchen verschluckt und nach $8^1/_2$ Monaten wieder ausgebrochen worden war.

RUD. KOLISCH: Ueber Wesen und Behandlung der Gicht.

Schon gelegentlich einer früheren Arbeit [1]) konnte Vortr. die uratische Diathese jenen Zuständen zurechnen, welche mit einer Steigerung der Alloxurkörper im Harne einhergehen, und es wurde auch darauf hingewiesen, daß, solange die Harnsäure prägenden Organe, speciell die Nieren, gesund sind, auch die Summe der Zerfallsproducte des Nucleins als Harnsäure ausgeschieden wird; bei Erkrankungen der Niere leidet jedoch die Harnsäurebildung und an Stelle derselben treten die Alloxurbasen.

Nun geht aus den Untersuchungen LEVISON's das bereits von VIRCHOW ausgesprochene Factum hervor, daß die echte Gicht und gewisse Formen der Nierenschrumpfung in einem engen Zusammenhang stehen, ohne daß sich dieser über die Art des Zusammenhanges klar wurde. Die große Aehnlichkeit dieser Nierenaffectionen und der bei der chronischen Bleivergiftung auftretenden Veränderungen, ferner der Umstand, daß das Blei in der Aetiologie der Gicht ein provocatorisches Moment bildet, legten den Gedanken nahe, auch in der Gichtniere eine toxische Veränderung zu suchen. Die Thatsache nun, daß im Harne der Uratiker ausnahmslos die Alloxurkörper vermehrt erscheinen, ließ vermuthen, daß die giftigen Alloxurbasen das gesuchte toxische Moment seien. Auf dem Wege des Thierexperimentes gelang es in der That, dies direct nachzuweisen. Die Alloxurbasen wären somit als das fragliche Gichtgift anzusprechen.

Wenn man von diesem Standpunkte aus das Verhalten der Alloxurkörper in den verschiedenen Stadien der Gicht betrachtet, erklären sich die Differenzen der Autoren in der Angabe des Harnsäurebefundes leicht. In allen Stadien bleibt die Vermehrung der Alloxurkörpersumme (Harnsäure plus Basen) constant, so daß man

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1895, pag. 745.

die uratische Diathese besser als Alloxurdiathese bezeichnen würde. Solange nun die Organe der Harnsäureprägung, speciell die Nieren, normal functioniren, wird die Hauptmenge der Alloxurkörper als Harnsäure ausgeschieden. Es gehören hieher die als „Vorläufer der Gicht, Lithämie, uratische Diathese" etc. bezeichneten Fälle mit vermehrter Harnsäureausscheidung im Urin. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung beginnen die Organe der Harnsäurebildung zu ermüden, es kommt zu vermehrter Bildung und Ausscheidung von Alloxurbasen und den damit in Verbindung stehenden gesteigerten Giftwirkungen. Hieher gehören jene Fälle mit Symptomen echter Gicht, Anfällen etc., von denen einzelne Autoren behaupten, daß die Gichtkranken normale Harnsäuremengen ausscheiden. Durch vermehrte Basenbildung nimmt die Schädigung der Nieren rasch zu und die Harnsäurebildung nimmt in Folge dessen rapid ab. Von diesem Stadium leitet sich die Angabe der Autoren ab, daß die Harnsäureausscheidung bei der Gicht vermindert ist. Im letzten Stadium der Erkrankung endlich kann die Harnsäure bis auf Spuren oder selbst gänzlich schwinden.

Die Entwicklung einer uratischen Diathese würde sich demnach mit Rücksicht auf diese Verhältnisse folgendermaßen gestalten: Der Mensch kommt mit einer ererbten Diathese zur Welt, die sich darin äußert, daß er eine die Norm übertreffende Menge von Nucleïn continuirlich zersetzt. Der Ausdruck hiefür ist die von NEUSSER nachgewiesene perinucleare Basophilie und die gesteigerte Ausscheidung von Alloxurkörpern im Harne. Während die durch den gesteigerten Nucleïnzerfall im Organismus freiwerdenden Zwischensubstanzen anfangs in den hiezu geeigneten Organen entgiftet werden, werden im Laufe der Jahre durch die Anomalie selbst, außerdem durch das Hinzutreten äußerer Momente, die Entgiftungsorgane, speciell die Nieren, geschädigt und dadurch ihre Entgiftungsfunction aufgehoben. Dadurch bildet sich ein Circulus vitiosus aus, der zu einer fortwährenden Selbstvergiftung des Organismus führt. In diesem Sinne kann die Gicht als der Typus einer Autointoxication bezeichnet werden. Der klinische Ausdruck hiefür ist der bekannte Symptomencomplex der echten Gicht. Der acute Gichtanfall wäre dann als eine plötzliche Ueberschwemmung des Organismus mit Nucleïnzerfallsproducten anzusehen.

Was nun die Therapie anbelangt, kann es nach diesen Anschauungen keine specifische Gichtbehandlung geben, da wir kein Mittel kennen, welches im Stande wäre, das angeborene Maß der Nucleïnzersetzung zu verringern. Hingegen ist es Aufgabe der Therapie, Alles zu vermeiden, wodurch die Nucleïnzerfallsproducte gesteigert und die Nieren geschädigt werden könnten. Was die Alkalitherapie betrifft, deren günstiger Einfluß bei Gicht bekannt ist, muß man sich deren Wirkung so vorstellen, daß durch sie die entgiftende Function der Nieren gefördert wird, was allerdings nur bei bereits geschädigter Niere in Betracht kommt. Bezüglich der diätetischen Behandlung gibt K. an, daß kein ausreichender Grund vorhanden ist, die Eiweißnahrung wesentlich zu reduciren, geschweige denn zu verpönen. Unbedingt zu vermeiden sind kernreiche, nucleïnhaltige Gewebe, während Muskelfleisch, besonders als „gekochtes Rindfleisch", zu gestatten ist. Suppen, Fleischextracte u. dgl. sind zu untersagen. Kohlehydrate können als unschädlich gelten. Fette in jeder Form empfehlen sich, ferner Milch und Eier, da die Nucleïne derselben keine Alloxurbasen abspalten. Von Gemüsen empfehlen sich die blattartigen und Salate. Ganz zu verbieten ist Spargel. Wichtig ist das Alkoholverbot, besonders bei jungen Uratikern. Körperbewegung ist in gewissen Grenzen sicherlich nützlich. Hingegen sind übermäßige Körperanstrengungen zu meiden, da sie erwiesenermaßen die Nucleïnzersetzung steigern. Durch ein vernünftiges Regime kann der Ausbruch schwerer Erscheinungen immerhin vermieden werden, wenn nämlich die Diagnose früh genug gestellt wird, was ja selbst bei ganz jungen Kindern durch die Untersuchung des Blutes auf perinucleare Basophilie nach NEUSSER und durch die Bestimmung der Alloxurkörper im Harne in leichter und exacter Weise möglich ist. Ba

Wanderversammlung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Abgehalten am 4. und 5. October 1895 in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

HIRSCHL (Wien): Die Aetiologie der Paralyse.

In 200 ätiologisch genau studirten Fällen von männlicher Paralyse war ein Connex mit den gewöhnlichen ätiologischen Momenten: hereditäre Belastung, psychische Ursachen, Traumen, acute Infectionskrankheiten, Alkoholismus, Bleiintoxication, nicht nachzuweisen. Dagegen war Syphilis in 56% der Fälle sicherlich und in 25% mit größter Wahrscheinlichkeit vorausgegangen, und nur in 19% ergab die Anamnese keinen genügenden Anhaltspunkt für überstandene Syphilis. In 12 Fällen fanden sich objective Zeichen der Lues, in 17·7% absolut sterile Ehen; 175 Kranke hatten zusammen 233 lebende Kinder, von denen 154 im frühen Alter, meistens an Fraisen, starben; die Frauen der Kranken hatten zusammen 106mal abortirt, 30mal todtgeboren.

Bei 78 Fällen konnte der Zeitpunkt der Initialsclerose festgestellt werden; die Incubation der Paralyse schwankte zwischen 2 und 30 Jahren; es zeigt daher das zeitliche Auftreten der Paralyse eine große Aehnlichkeit mit dem Auftreten tertiärer Syphilissymptome.

Das einheitliche Krankheitsbild, die Einheitlichkeit des anatomischen Processes, der in einer Encephalitis interstitialis diffusa und einer Periencephalitis seinen Ausdruck findet, weisen auf ein einheitliches ätiologisches Moment hin, und der Umstand, daß mit Ausnahme der Lues alle anderen ätiologischen Factoren ausgeschlossen werden mußten, weise auf Syphilis als das einheitliche ätiologische Moment der Paralyse hin. Die Thatsache, daß in 19% der Fälle keine syphilitischen Antecedentien nachgewiesen werden konnten, sei kein Argument gegen die Annahme, daß Lues das einheitliche ätiologische Moment der Paralyse sei, indem nach Erfahrungen des Redners bei gummösen Processen in nahezu 50% der Fälle die Acquisition der Syphilis, d. i. die Initialsclerose, nicht anamnestisch erwiesen werden könne.

Neben den allgemeinen ätiologischen Erwägungen kommen noch folgende besondere in Betracht: 1. Die anatomischen Befunde bei Paralyse und ihr Verhältniß zur pathologischen Anatomie der Syphilis. 2. Die Einzelsymptome der Paralyse und ihr Verhältniß zur Pathologie der Syphilis. 3. Der Einfluß der antiluetischen Therapie auf den paralytischen Proceß. 4. Die Verbreitung der Paralyse im Vergleiche zur Verbreitung der Syphilis.

Ad 1. MENDEL bezeichnet den anatomischen Proceß der Paralyse als Encephalitis interstitialis corticalis mit Uebergang in Hirnatrophie, und nach BINSWANGER bilden chronische diffuse, atrophisch degenerative Veränderungen der functionstragenden Rindensubstanz den Beginn des paralytischen Processes. Die Analogie der interstitiellen Encephalitis bei Paralyse und der Hepatitis interstitialis syphilitica wurde bereits vor längerer Zeit von OBERSTEINER hervorgehoben und Redner nimmt mit Rücksicht auf den ätiologischen und klinischen Zusammenhang zwischen Paralyse und Syphilis keinen Anstand, die als anatomisches Substrat bei Paralyse gefundene Periencephalitis und Encephalitis interstitialis als syphilitische zu erklären.

Ad 2. Einzelne hervorragende Symptome der Paralyse finden sich auch bei der als syphilitisch anerkannten Tabes und bei Syphilis überhaupt. Die reflectorische Pupillenstarre kommt nach THOMSEN und UHTOFF nur bei Paralyse, Tabes und Syphilis vor. OPPENHEIM bezeichnet sie als das einzig restirende und bleibende Symptom überstandener Hirnlues. In fünf von Redner im Jahre 1895 beobachteten Fällen von reflectorischer Pupillenstarre, der keine Tabes oder Paralyse zu Grunde lag, war immer Syphilis vorangegangen. Das vorausgegangene Doppelsehen, welches sich nach MENDEL in 8%, nach Redner in 5% der Fälle constatiren läßt, wird auch sehr häufig bei syphilitischer Tabes gefunden,

und MAUTHNER betont den Zusammenhang dieser Erscheinung mit Syphilis. Die von Redner in circa 3% der Fälle beobachtete Opticusatrophie, sowie die zweimal gesehene Ophthalmoplegie wird auch in vielen Fällen von Syphilis beobachtet. Die Combination mit Tabes dorsalis hat H. in 8·5% seiner Fälle gesehen. Diese fünf aus der Symptomatologie der Paralyse herausgegriffenen Erscheinungen, die erwiesenermaßen auch isolirt bei Syphilis vorkommen können, hält Redner als der Paralyse coordinirte Manifestationen der Syphilis.

Ad 3. Neben den zahlreichen in der Literatur angeführten Remissionen der Krankheit nach antiluetischer Behandlung kann Redner zwei eigene Fälle anführen, bei welchen eine combinirte Jod-Quecksilberbehandlung andauernde Remission bewirkte.

Ad 4. FOURNIER hat in präciser Weise nachgewiesen, daß bezüglich des Verhältnisses der Geschlechter, der Berufsart, des Vorkommens in gewissen Ländern und Landgegenden die Häufigkeit oder Seltenheit der Paralyse der Häufigkeit oder Seltenheit der Syphilis entspricht.

Nach allen diesen Erwägungen ist die Paralyse als eine syphilitische Erkrankung zu betrachten. Die Auffassung als „parasyphilitische Affection" FOURNIER's ist nicht gerechtfertigt. Der Name „Metasyphilis" (MÖBIUS) ist nur ein Name, welcher die STRÜMPELL'sche Theorie einkleidet. Die Paralyse ist Syphilis, wie das Gumma Syphilis ist, vielleicht ebensowenig wie dieses direct durch das Virus animatum der Syphilis bedingt. Das Auftreten der juvenilen Paralyse ohne vorhergehende primäre oder secundäre syphilitische Erkrankung ist analog dem Auftreten tertiärer Erscheinungen vorausgegangene primäre und secundäre Syphilis.

Wernicke (Breslau): Die anatomischen Veränderungen bei Paralyse bestehen, wie TUCZEK und LISSAUER nachgewiesen haben, hauptsächlich in einem Untergange des nervösen Parenchyms, und die vom Vortr. so sehr betonten interstitiellen Wucherungen sind durchaus nur Folgeerscheinungen. In Fällen mit ausgesprochenen Herdsymptomen hat LISSAUER an den entsprechenden Stellen der Hirnrinde den Untergang ganzer Schichten von Ganglienzellen constatirt und festgestellt, daß die Degeneration der Markfasern durchwegs den Charakter der secundären systematischen Degeneration trägt. Was die Aetiologie betrifft, so spiele zwar Syphilis eine dominirende Rolle, aber schon die Erfolglosigkeit einer antiluetischen Behandlung lasse die Paralyse nicht als eine eigentliche luetische Erkrankung auffassen. W. betrachtet die Paralyse, gleich der Tabes, als eine Nachkrankheit der Syphilis, aber nicht als eine tertiäre Form dieser Krankheit.

Anton (Graz) findet in der vom Vortr. gegebenen Statistik nicht den Beweis geliefert, daß Syphilis die einheitliche Aetiologie der Paralyse sei, und weist darauf hin, daß die armen Bevölkerungskreise in den ländlichen Anstalten einen weit kleineren Procentsatz der Paralyse abgeben, als in der Hauptstadt. Selbst bei syphilitischer Basis gehören noch andere combinirende Ursachen zum Auftreten der Paralyse. Die Jodcur bessere auch Gehirntumoren nicht syphilitischer Natur.

Czumpelik (Prag) weist auf die in seiner hiesigen Anstalt zahlreich vorkommenden rein traumatischen Formen der progressiven Paralyse hin, deren Erscheinungen in der Regel 2—3 Jahre nach erlittenem Trauma zur Entwicklung gelangen. Gewisse Berufsclassen, welche häufig Traumen ausgesetzt sind, erkranken, wie die Statistik nachweist, am häufigsten an Paralyse. Bezüglich des anatomischen Befundes weist Cz. auf das äußerst seltene Vorkommen syphilitischer Gummata im Gehirn hin. Von der antiluetischen Behandlung hat Redner keine Erfolge beobachtet; Remissionen treten bei exspectativer Behandlung ebenso häufig ein, wie bei specifischer.

Freund (Breslau): Das Trauma spielt einerseits die Rolle eines Agent provocateur bei weit zurückliegender luetischer Affection, andererseits kann die alleinige Wirkung desselben in Frage kommen. Fälle dieser Art unterscheiden sich durch den Mangel eigentlicher intellectueller Ausfallserscheinungen, durch das Vorhandensein hysterischer Stigmata, durch sehr langsamen Verlauf und Constanz des Symptomenbildes ohne Neigung zur Progression von der gewöhnlichen progressiven Paralyse. Der letale Ausgang tritt gewöhnlich erst nach 10—14 Jahren auf. Die sogenannten Feldzugsparalysen zeigen vielfach diese Eigenthümlichkeiten.

A. Pick (Prag) glaubt zwar, daß es sich bei Paralyse um einen parenchymatösen Proceß handle, will aber diesen Standpunkt nicht allzu schroff betonen, da nach seiner Ansicht weder das anatomische, noch das klinische Bild der Paralyse als ein einheitliches aufgefaßt werden kann. Die antisyphilitische Behandlung habe nach seiner Erfahrung keinen Einfluß auf das Eintreten von Remissionen.

Chiari (Prag): Die Hauptsache bei dem anatomischen Substrate der Paralyse ist der Schwund der nervösen Elemente.

Hirschl (Schlußwort): Die Fälle von traumatischer Demenz wurden deshalb nicht in ätiologische Betrachtung genommen, weil sie keine Fälle von Dementia paralytica darstellen. Die Combination greifbarer ätiologischer Momente ist sicherlich für solche Fälle ausgeschlossen, bei denen keine andere krankmachende Ursache als Syphilis vorausgegangen ist. Der anatomische Vergleich zwischen dem paralytischen Processe und der Hepatitis interstitialis syphil. ist zunächst ein historischer; auch bei der syphilitischen Hepatitis sind die parenchymatösen Veränderungen die ersten. Durch das Vorbringen der therapeutischen Resultate sollte gewissermaßen die chemische Reaction der Paralyse auf antispecifische Behandlung erwiesen werden. Remissionen nach Innunctionscuren oder Jod-Quecksilberbehandlung wurden von vielen hervorragenden Autoren beobachtet. —z.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

III.

SACHSALBER (Graz) stellt einen Fall von Pemphigus conjunctivae vor.

Pat., eine 64jähr. Frau, steht seit 27 Jahren in Behandlung der Grazer Augenklinik. Die Krankheit begann seinerzeit mit einem großblasigen Exanthem im ganzen Gesichte. Am Körper bestand sonst niemals irgend eine Affection, welche als Pemphigus hätte gedeutet werden können. Derzeit besteht beiderseits Verödung des ganzen Bindehautsackes; die Bindehaut springt direct vom Lidrand durch eine 2 Mm. breite Brücke zum Cornealrand, außerdem Xerophthalmus. Im Rachen fanden sich große, gelblich grüne Blasen, die zum Theile zerfallen waren und dann als schmierig belegte Geschwüre mit lividem Hofe sich darstellen. Auf Grund dieses Befundes wird die Zugehörigkeit dieses Falles zu dem bezweifelten Krankheitsbilde der essentiellen Bindehautschrumpfung bestritten und derselbe als P. conj. erklärt. Mikroskopisch wird an Präparaten excidirter Schleimhautpartien eine sehr leichte Ablösbarkeit der verdickten, epidermisähnlichen Epithelschichten von dem durch chronische Entzündung veränderten subepithelialen Gewebe demonstrirt und daran die Anschauung geknüpft, daß an dieser Stelle der Sitz der Pemphigusblasen sei.

JARISCH demonstrirt das mikroskopische Präparat eines Falles DARIER'scher Dermatose.

Er vertritt die Anschauung, daß die vorhandenen sogenannten Psorospermien nichts weiter sind, als Degenerationsproducte der Epithelzellkerne. Durch Combination der Hämatoxylinfärbung nach NISSEN mit der Färbung nach GIESON wurde eine elective gelbe bis orangegelbe Färbung jener eigenthümlichen Gebilde erzielt, die DARIER als Psorospermosen und als Ursache der von ihm als „Psorospermose folliculaire végétante" beschriebenen Krankheit ansprach, Gebilde, die von der Mehrzahl der Autoren als Degenerationsproducte der Zellen gedeutet werden. Während die letzteren aber die Zellen in toto sammt ihren Kernen als untergegangen ansehen, vertritt Vortr. die Meinung, daß hier blos der Zellkern degenerirt und so die Körperchen (Psorospermosen) vortäuscht.

K. Herxheimer (Frankfurt am Main). Gegenüber der Ansicht JARISCH's, daß die DARIER'sche Krankheit sich nur durch das Mikroskop diagnosticiren läßt, ist darauf hinzuweisen, daß die charakteristischen grauen oder braunrothen Knötchen mit marmorirter Oberfläche, die secundären oft in Zickzacklinien angeordneten Leisten, der die Lungenflächen bevorzugende Sitz der Affection, die geringen subjectiven Beschwerden, sowie die Resistenz gegenüber der Therapie, Alles Symptome, wie sie von DARIER und C. BOECK geschildert wurden, schon hinreichen, um die Diagnose zu stellen.

ELSCHNIG (Graz): **Ueber Haemangioendothelioma tuberosum multiplex (JARISCH).**

Vortr. stellt eine 30jähr. Frau vor, die seit 4 Jahren gelbliche, flach prominirende, streng begrenzte Geschwülstchen in der Haut der Augenlider, des Gesichtes, seit Kurzem auch beider Halsseiten aufweist und die an Zahl stetig zunehmen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß die Pars reticularis cutis von in allen Richtungen sich durchkreuzenden, verzweigten Endothelzellzügen eingenommen ist, welche reichliche cystische Stämme beherbergen; die großen und zugleich die ältesten Cystchen bestehen nur aus einer ein- bis mehrfachen Endothelschicht ohne Grenzmembran und beherbergen feinkrümmelige oder auch colloide Massen. Die Cystchen entstehen durch Degeneration kolbig angeschwollener Stellen der soliden Endothelschläuche. Das Gefäßendothel ist hochgradig proliferirt, an einigen Stellen ist in den Schnitten der directe Uebergang der bluthältigen

Capillaren in solide Endothelschläuche zu beobachten und damit ist die Bezeichnung der Geschwulst als Hämangioendothelioma (JARISCH) gerechtfertigt.

JADASSOHN (Breslau): **Zur Kenntniß der Arznei-Exantheme.**

Der Vortragende berichtet über Experimente, welche er zur Klärung der Frage über die Identität der Dermatosen nach innerer und äußerer Arzneianwendung bei den Patienten mit Jodoform-Idiosynkrasie angestellt hat.

WESTBERG (Breslau): **Rückenmarksuntersuchungen bei Pemphigus** (mit Demonstration von Präparaten).

W. beschreibt den Rückenmarksbefund eines 23 Jahre alten, an P. vegetans verstorbenen Mannes: Im oberen Halsmark (Chromsäurehärtung) hellere Färbung in den GOLL'schen Strängen und der hinteren Wurzelzone, außerdem waren die Vorderstränge etwas blässer, wie normal.

Im oberen Brustmark zeigt die weiße Substanz auf dem ganzen Querschnitt eine abnorm helle Färbung und im Sacralmark finden wir dieselbe im 2. Seitenstrang, in der Randzone der Hinterstränge und in den 2. vorderen Wurzeln. Mikroskopisch sieht man, daß die Farbenveränderung hervorgerufen ist durch einen mäßigen Fasernausfall und entsprechend vermehrte Gliawucherung, besonders deutlich die Atrophie der vorderen Wurzeln im Sacralmark. W. glaubt, daß es sich hier um ein Krankheitsgift handelt, welches auf der Haut Blasenbildung, in den Organen parenchymatöse Degeneration bewirkt, so auch das Rückenmark stellenweise zum Schwunde bringt, ähnlich wie bei manchen acuten Infectionserkrankungen.

EPPINGER (Graz): **Zur pathologischen Anatomie des Pemphigus.**

E. berichtet über die Resultate von Untersuchungen, die er an sechs Leichen von an Pemphigus Verstorbenen gemacht hat. E. beschreibt gewisse regelmäßige Veränderungen an der Haut frischer, secundär noch nicht veränderter Blasen, den Hautdrüsen, Hautnerven und dem Rückenmarke. Dagegen war die Untersuchung der übrigen Organe stets negativ geblieben. E. glaubt auf Grund der in extenso mitgetheilten Befunde nicht an specifische Mikroorganismen, ebensowenig daran, daß es sich hier um eine primäre Erkrankung des centralen Nervensystems handelt. Wohl aber dürfte es zulässig sein, daran zu denken, daß eine im Körper selbst gebildete Schädlichkeit, durch Stoffwechselanomalien gebildete Toxine, vorzugsweise den peripheren Theil der Hautnerven schädigen, später auch das centrale Nervensystem angreifen; durch die Alteration peripherer Nerven kommt es bald regellos, bald im Verlaufe bestimmter Nervengebiete zu Gefäßveränderungen, zu seröser Transsudation, eventuell auch Hämorrhagien, welche zu Hautveränderungen führen, die Vortr. weniger als entzündliche, denn als solche nekrotischer Natur ansieht. C. ULLMANN.

Aus den Abtheilungen
der
67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

V.

Abtheilung für innere Medicin.

QUINCKE (Kiel): **Ueber Lumbalpunction.**

In Ergänzung seiner früheren Mittheilungen über diesen Gegenstand, die von allen Seiten bestätigt worden sind, macht Vortr. Angaben über die von ihm verbesserte Technik der Punction, welche deren diagnostischen Werth erhöhe. Insbesondere ist mit der Punction stets eine Messung des in der Cerebrospinalhöhle herrschenden Drucks zu verbinden, für welchen Zweck QU. einen besonderen, sehr einfachen Apparat construirt hat (Demonstration). Das Mißlingen, resp. das negative Ergebniß der Punction, wie dies z. B. von FÜRBRINGER berichtet wird, ist wahrscheinlich auf technische Fehler zurückzuführen. QU. hat bisher stets in seinen Fällen Flüssigkeit im Cerebrospinalsack gefunden. Der Umstand, daß die Nadel 5—6 Cm. tief eingedrungen ist, beweist noch nicht, daß sie frei im Rückgratscanale ist; sie kann seitlich abgewichen, zwischen die Nervenwurzeln gerathen sein u. s. w. Auch wenn dicker Eiter in der Höhle ist, kann es wohl vorkommen, daß man mit der dünnen Spritze nichts herausziehen kann. Niemals aber soll man saugen. Die PRAVAZ'sche Spritze ist absolut zu verwerfen, schon weil ihre Nadel, bei Erwachsenen wenigstens, nicht lang genug ist. Hinsichtlich des therapeutischen Werthes der Lumbalpunction spricht sich Vortr. sehr günstig aus und hebt insbesondere noch den deutlich erkennbaren Nutzen derselben bei der Meningitis acuta serosa und seropurulenta hervor, der meist sehr schnell hervortritt. Eine ausführliche Mittheilung der in der Kieler Klinik mit der Lumbalpunction gemachten Erfahrungen wird demnächst erfolgen.

Discussion.

v. Ziemssen (München) weist darauf hin, daß QUINCKE's erste Mittheilungen über den diagnostischen und therapeutischen Werth der Lumbalpunction sich voll bestätigt gefunden haben. Die Technik derselben, sowie ihre therapeutische Ausnützung seien noch nicht als abgeschlossen zu betrachten. Z. habe z. B. in einem Falle eine schwache Jodlösung in den Canal hineinlaufen lassen. Z. verwendete keinen Troicar, sondern die einfache Nadel von DIEULAFOY. Die Punction wird zuweilen dadurch erschwert, daß die Kranken im Moment des Einstechens der Nadel zusammenfahren und dadurch die Wirbelkörper sich nahe an einanderlegen. Ohne Narkose ist die Punction bei Erwachsenen schwer auszuführen. Die Technik selbst ist durchaus einfach, es tritt nicht die geringste Reaction nach der kleinen Operation auf. Auch bei der Section hat Z. in einigen Fällen gar keine Spur der Punction gefunden. Bei acuter Cerebrospinalmeningitis, die vereinzelt in München öfters vorkomme, hat Z. durch die Punction günstige Erfolge gesehen, ebenso bei der serösen Spinalmeningitis. Man brauche kein Bedenken zu tragen, mehrmals zu punctiren. Ueberraschend sei, daß sich bei der Urämie trotz des hohen arteriellen Druckes nur wenige Tropfen Flüssigkeit im Cerebrospinalsack finden.

Lenhartz (Hamburg) hat die Lumbalpunction in 15 Fällen ausgeführt, von denen 3 Cerebrospinalmeningitiden waren. In mehreren Fällen lieferte nun die Punction kein Ergebniß, trotzdem die Nadel zweifellos im Wirbelcanal war. In einem nach 2 Tagen tödtlich abgelaufenen Falle wurden 80 Ccm. einer leicht blutigen Flüssigkeit entleert. Die Punction war indeß ohne jede Wirkung auf die Benommenheit, Pulsfrequenz u. s. w. Nur einmal konnte L. Tuberkelbacillen in der Flüssigkeit durch das mikroskopische Präparat finden, in einem anderen Falle erst durch den Impfversuch die tuberculöse Natur derselben nachweisen. In einem Falle trat nach Entleerung von 100 Ccm. sogar anscheinend eine Verschlechterung ein. Die Technik der Punction sei doch nicht so ganz einfach.

v. Ziemssen: Schwere Fälle werden immer sterben. Ausnahmen können die Regel nicht umstoßen. In vielen Fällen ist der günstige Verlauf doch wenigstens der Punction zuzuschreiben.

LUBARSCH (Rostock): **Ueber Rückenmarksveränderungen bei Magenkrebs.**

Unter Demonstration von mikroskopischen Präparaten, deren Darstellung er eingehend mittheilt, macht Vortr. auf das Vorkommen von degenerativen Processen in den hinteren Nervenwurzeln und den hinteren Strängen des Rückenmarks bei Carcinoma ventriculi aufmerksam, die er bisher in sechs solcher Fälle beobachtet hat. Dieselben seien nicht als Folge der Anämie des Organs anzusehen. Auch die Annahme, daß diese Herde etwa durch die toxische Einwirkung des specifischen Krebsgiftes entstanden seien, will Vortr. nicht gelten lassen, sondern er glaubt, daß sie auf die Einwirkung der resorbirten zersetzten Magen-Darminhaltsmassen zurückzuführen seien.

Discussion.

Schultze (Bonn) bestätigt das schon früher bekannte Vorkommen solcher degenerativer Vorgänge in der Medulla spinalis bei einer ganzen Reihe verschiedener chronischer Krankheiten z. B. Phthisis. Es erscheint der Zusammenhang dieses Befundes mit der Grundkrankheit nicht sicher, insbesondere ist die Annahme einer Intoxication beim Krebs nicht nöthig. Es sind vielleicht doch nur Ernährungsstörungen. Dabei bleibt freilich die Localisation der Veränderungen auf die Hinterstränge unerklärt, die eine besondere Disposition zur Erkrankung zu haben scheinen. Redner schließt noch einige Bemerkungen über die mikroskopische Technik solcher Präparate an.

v. ZIEMSSEN (München): **Ueber das Verhalten des arteriellen Blutdruckes bei Urämie und dem CHEYNE-STOKES'schen Athmungsphänomen.**

Unter Bezugnahme auf seine im Vorjahre auf der Wiener Naturforscher-Versammlung über die Blutdruckmessungen bei Kranken gemachten Bemerkungen theilt Vortr. mit, daß er zur Widerlegung der damals erhobenen Einwände vergleichende Untersuchungen mit dem BASCH'schen Sphygmomanometer und dem Quecksilbermanometer angestellt hat. Die Messungen wurden an beiden Seiten der Art.

temporalis gemacht. Die Differenzen, wie sie die beiden Apparate ergeben, sind viel geringer, als BASCH sie selbst angenommen hat. Ist ein hoher Druck vorhanden, dann stellt sich eine Differenz von höchstens 10 Mm. Hg heraus. Bei normalem Druck freilich mag das anders sein.

In den vom Vortr. untersuchten Fällen war eine Drucksteigerung von 50—80 Mm. bis 220 Mm. vorhanden. Die Untersuchung des Blutdruckes bei Urämie hat nun ergeben, daß die Intensität des urämischen Zustandes durch denselben zum getreuen Ausdruck kommt: es findet eine colossale Steigerung des Druckes statt. Betrug er z. B. 160—170 Mm, so tritt mit den ersten Vorboten des urämischen Anfalls plötzlich eine starke Steigerung des Druckes ein, der nach jeder Attaque wieder langsam absinkt. Bei der Spannungszunahme im arteriellen System handelt es sich offenbar um eine vasoconstrictorische Reizung durch die im Körper zurückgehaltenen harnfähigen Substanzen. Bei den vom Vortr. unternommenen Versuchen, diese Gefäßverengerung bei der Urämie durch Amylnitrit zu beseitigen, hat sich ergeben, daß der arterielle Druck dadurch gar nicht beeinflußt wird. Der Reiz des Giftes muß also entweder sehr stark sein oder es spielen noch andere Factoren bei der Auslösung des urämischen Anfalles mit. Durch entsprechende Versuche hat Vortr. weiterhin festgestellt, daß auch beim Eintritt einer dyspnoischen Attaque der arterielle Blutdruck sich plötzlich enorm steigert und mit dem Nachlassen derselben wieder absinkt.

Discussion:

Meyersohn (Schwerin) hat in einem Falle von Aortenstenose mit außerordentlich herabgesetztem Blutdruck regelmäßig ein Sinken des Blutdruckes vor Eintritt schwerer Krankheitserscheinungen (Dyspnoe, Kopfschmerz u. s. w.) und mit dem Schwinden derselben einen erneuten Anstieg des Druckes beobachtet.

v. Ziemssen hat die gleiche Beobachtung auch wiederholt in Fällen von Herzhypertrophie und anhaltender hoher Spannung gemacht. Auch nicht in allen Zuständen von Urämie ist ein hoher Blutdruck vorhanden. Uebrigens haben diese Blutdruckmessungen einen prognostischen Werth und geben Fingerzeige für den Weg der Therapie, z. B. die eventuelle Anwendung der Digitalis.

POSNER (Berlin): Zur Aetiologie der Nephritis.

Entzündungen der Niere, mögen sie eitriger oder nicht eitriger Natur sein, werden bekanntlich vielfach durch Infection hervorgerufen. So schließt sich an acute Infectionskrankheiten, wie besonders Scharlach, Variola u. s. w., echter Morbus Brightii an; so werden eitrige Nephritiden durch Einschleppung von Keimen auf dem Wege der Ureteren wie auf dem Wege der Blutbahn ausgelöst. Nachdem sich ergeben hatte, daß Darmbacterien sehr leicht vom Intestinaltractus aus in die Blutbahn übergehen, mußte gefragt werden, ob auch sie im Stande sind, in den Nieren Entzündung zu verursachen. Für das wichtigste dieser Bacterien, Bact. coli, liegen schon Vorarbeiten mancherlei Art in diesem Sinne vor. Vortr. hat zunächst festgestellt, daß nach einfacher Rectalunterbindung entzündliche Veränderungen in den Nieren stattfinden: Albuminurie, Glomerulitis, Epithelnekrosen. Injicirt man direct Bact. coli in die Blutbahn, so kommt es zu echter Nephritis mit Cylinderbildung. Schwieriger ist es, die Darmbacterien in der Niere selbst zur Ansiedlung zu bringen. Die gesunde Niere scheidet sie aus, freilich nicht ohne vorübergehenden Schaden zu nehmen. Man muß die Nieren in einen Locus minoris resistentiae verwandeln. Dies ist Vortr. bisher nun gelungen bei directer Läsion, d. h. Injection von Alkohol durch die Haut hindurch in die Niere hinein, wonach dann massenhaft Bacterienemboli und Zellinfiltration in der Umgebung der necrotisirenden Partien nachweisbar sind, während bei einfacher Alkoholinjection nur Necrose stattfindet. Aehnliches tritt auch ein, wenn man die Thiere mit Chrom vergiftet und dann die Rectalunterbindung ausführt. Die erwähnten Befunde sprechen dafür, daß in manchen Fällen das unbekannte Agens, welches die Nierenentzündung hervorruft, in einer Autoinfection mit Darmbacterien zu suchen ist; speciell ist daran zu denken, daß die Nephritis gravidarum, bei der ja gleichzeitig Darm- und Ureterenstauung stattfindet, hieher zu rechnen ist.

Discussion.

Lubarsch (Rostock) hält durch die Versuche des Vortr. noch nicht für einwandsfrei erwiesen, daß durch Resorption von Darmbacterien eitrige Entzündungen der Niere entstehen. Denn schon bei der localen spontan entstandenen oder experimentell erzeugten Necrose der Niere sieht man Leukocytenansammlung an der Peripherie der Herde. Die Nephritis gravidarum stelle ferner nach den Untersuchungen von SCHMORL und LUBARSCH keine diffuse Nierenerkrankung dar, sondern nur transitorische kleine entzündliche Herde.

Posner: Bis zur Eiterbildung ist in seinen Versuchen die Zellinfiltration in den Nieren nicht vorgeschritten.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

KEILMANN (Breslau): Ueber die Entwicklungsbedingungen verschiedener Placentarformen.

Die Bedingungen zur Entwicklung der einen oder anderen Placentarform sind in der Insertion der Nabelschnur, von der die Placentarbildung überhaupt ausgehe, und in den topischen Beziehungen zu den verschiedenen Gebieten des Uterusinnern gegeben. Die primär um die Insertion der Allantois unter Mitwirkung der Reflexa (Capsularis) angelegte Placenta erfahre durch die verschiedenen Möglichkeiten der Gewinnung von Secundärboden Modificationen, die formbestimmend seien. Eine centrale Insertion der Nabelschnur gehöre zur runden Form der Placenta. Das Gebiet der Primärplacenta atrophire an den Stellen, wo sie keinen Secundärboden finde, diese atrophischen Stellen lassen sich an den Placenten mikroskopisch nachweisen. Das, was man sonst als große Serotina bezeichne, sei Reflexaplacenta. Die Placenta entwickle sich regelrecht weiter auf der Reflexa, denn es sei im 3. Monat die Umschlagfalte von Vera in Reflexa am Placentarrande nicht zu finden. An Abbildungen wird gezeigt, daß die Nähe der Nabelschnurinsertion für die Entwicklung und Erhaltung von Placentargewebe von Bedeutung sei.

Discussion.

Schatz (Rostock) tritt der Auffassung des Vortr. entgegen, hebt die Schwierigkeit der Frage hervor und weist auf die Verlagerung der Ansatzstelle bei den Nagethieren.

Gottschalk (Berlin) weist auf das Mißverhältniß zwischen der Flächenausdehnung der ursprünglichen Dec. capsularis und derjenigen der fertig gebildeten Placenta hin, was doch dafür spräche, daß nicht die Dec. capsularis, wie der Vortr. meint, sondern die eigentliche Decidua der Flächenausbreitung der Placenta als Boden dienen könne. Die Decidua capsularis sei keineswegs schon im Beginne der Schwangerschaft, sobald sie das Ei umwachsen, fertig angelegt, sondern beim weiteren Wachsthume des Eies würden beim Fortschreiten immer neue oberflächliche Schichten der an die Decidua basalis angrenzenden Decidua auf das Ei hinübergezogen und zur Dec. capsularis verwendet. Erst wenn das Ei die Gebärmutterhöhle ganz ausfülle, sei die Dec. capsularis fertig angelegt. Inzwischen aber haben sich im Umfange der Insertionsstelle der eigentlichen Decidua die Zotten weiter ausgebreitet und so erkläre sich das auffallend rasche Flächenwachsthum. Daß an dem vorgezeigten Präparat die Capsularis (Reflexa) zum Pacentarsitz geworden, davon habe sich G. nicht überzeugen können. Der Befund von Zotten in der ganzen Peripherie sei ja selbstverständlich, diese atrophiren erst allmälig.

Keilmann (Schlußwort) weist darauf hin, daß gerade das Studium der Thiere seine Auffassung zu stützen scheine.

V.

Notizen.

Wien, 19. October 1895.

(Nach den Ferien.) Die abgelaufene Woche bedeutete den Beginn der wissenschaftlichen und social-ärztlichen Saison. Den Anfang machte, wie gewöhnlich, das Doctoren-Collegium, dessen wissenschaftliche Abende durch einen Vortrag FREUD's über Hysterie würdig eröffnet wurden. Derselbe wird in der nächsten Versammlung seine Fortsetzung finden. Zwei Tage später inaugurirte der Med. Club seine wissenschaftliche Thätigkeit. Die erste Sitzung war dem Andenken PASTEUR's gewidmet, dessen Bedeutung eine formvollendete Gedenkrede des Dr. B. BEER gerecht wurde. Auch die Gesellschaft der Aerzte hielt gestern ihre erste Sitzung nach den Ferien ab, die nicht weniger als vier Monate währten. — Gleichzeitig haben die Versammlungen der ärztlichen Bezirksvereine ihren Anfang genommen, und schon haben die Aerzte des IX. und VIII. Bezirkes lebhafte Discussionen über ärztlich sociale Fragen geführt, zumal über die im Vordergrunde des Interesses stehende Frage der Wohlfahrtseinrichtungen der Aerztekammern auf Grund der Zwangsversicherung. Darüber wird wohl noch Viel berathen werden; das letzte Wort wird die Regierung sprechen, deren genaue Information bezüglich der Wünsche und Bedenken der Aerzteschaft wohl im Interesse der letzteren gelegen ist. — Auch die sanitären Fachräthe des Ministeriums des Innern und der niederösterr. Statthalterei, der Oberste und der Landes Sanitätsrath, haben ihre Thätigkeit wieder aufgenommen; der letztgenannte Fachrath hat die Besetzung eines

chirurgischen Ordinariates im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten in Vorschlag gebracht und den Jahresbericht der Allgemeinen Poliklinik pro 1894 in Anerkennung der gedeihlichen Entwicklung dieser Anstalt mit Befriedigung zur Kenntniß genommen.

(Die Krankencassen Oesterreichs.) Der in den „Amtl. Nachr. f. Unfallvers. und die Krankenvers. d. Arb.“ veröffentlichten Zusammenstellung der Krankencassenberichte pro 1893 entnehmen wir die folgenden bemerkenswerthen Daten: Im Berichtsjahr bestanden in Oesterreich 2869 Cassen mit 1,839.063 Mitgliedern. Die Zahl der nicht versicherungspflichtigen Cassenmitglieder betrug 98.359 (!). Die Einnahmen der Cassen aus den Beiträgen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer beliefen sich auf mehr als 15 Millionen Gulden; ihnen stehen Ausgaben im Betrage von 13·85 Millionen gegenüber. Die Reservefonds aller Cassen betrugen Ende 1893 annähernd 9 Millionen. 2032 Cassen erzielten einen Betriebsüberschuß, 661 Cassen konnten den Reservefond nicht nach Vorschrift des Gesetzes dotiren und 176 Cassen (=6% aller Cassen) waren mit zusammen 150.000 fl. passiv. Von einem „Nothstand“ der Arbeiter-Krankencassen ist daher keine Rede. Von den Cassenleistungen (12 2 Millionen) entfielen auf Krankengeld 7, auf Medicamente 1·64, auf Entlohnung der Aerzte 2·2 Millionen, auf Spitalsverpflegung 773.000 fl., auf Beerdigungskosten 400.000 fl. Die Verwaltungskosten betrugen mehr als 1 Million Gulden. Die Kosten eines Krankheitstages, von welchen auf jedes Cassenmitglied durchschnittlich 8·2, auf jeden Erkrankten 16·4 Tage kamen, stellten sich auf 78 kr., wovon 47 kr. auf Krankengeld, 11 kr. auf Medicamente, 15 kr. auf ärztliche Hilfe und 5 kr. auf Spitalskosten entfallen. — Sie sprechen eine sehr deutliche Sprache, diese Ziffern.

(Aus Budapest) schreibt man uns: Am 14. d. M. hat die 58. Jahresversammlung der kön. Gesellschaft der Aerzte stattgefunden. Nach der Eröffnungsrede des Präsidenten Prof. Ketli erfolgten die Berichterstattungen über die Preisvertheilungen. Den Mészáros-Preis (1000 fl.) erhielt Prof. Fodor für seine Arbeiten über die bacterientödtende Wirkung des Blutes. Der große Balassa-Preis (600 fl.) wurde Prof. Fr. Korányi für seine Arbeit über Typhus im ungarischen Sammelwerk der inneren Medicin zuerkannt. Zwei kleinere Preise erhielten Dr. A. Székely und Dr. A. Kertész für literarische Arbeiten. Hierauf hielt Prof. Goldzieher die Gedenkrede auf H. Helmholtz, welche durch ihre Gedankentiefe, philosophische Auffassung und Formvollendung den lebhaftesten Beifall erntete.

(Institut Pasteur.) Wie aus Paris berichtet wird, sind Dr. Duclaux zum Director, Dr. Roux zum Subdirector dieses Institutes designirt worden.

(Bestrafte Impfgegner.) Im Laufe der vergangenen Woche wurden in London 161 Familienväter zu verschiedenen Strafen, Geldbußen, Gefängniß mit und ohne „hard labour“, verurtheilt, und zwar wegen Widersetzlichkeit gegen das obligatorische Impfgesetz. Einem Protestmeeting, welches in Hyde-Park abgehalten und von einem der Verurtheilten präsidirt wurde, wohnten mehr als 10.000 Personen bei. Man producirte das Zeugniß eines Arztes, dem ein Kind angeblich an den Folgen der Impfung zu Grunde gegangen war. Die Versammlung faßte einstimmig den Beschluß, die Behörde zur Untersuchung dieses Falles aufzufordern.

(Cholera-Nachrichten.) In der Woche vom 8.—14. October wurden aus Galizien 26 Erkrankungen und 13 Todesfälle (gegen 19 Erkrankungen und 18 Todesfälle in der Vorwoche) gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August d. J. constatirten Fälle von Cholera asiatica betrug 139, die Mortalität 65·4%.

(Statistik.) Vom 6. bis inclusive 12. October 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5751 Personen behandelt. Hievon wurden 1090 entlassen; 127 sind gestorben (10·43% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 70, egyptischer Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 20, Dysenterie 1, Blattern 1, Varicellen 36, Scharlach 107, Masern 91, Keuchhusten 65, Wundrothlauf 29, Wochenbettfieber 6, Parot. epid. 2, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 546 Personen gestorben (+ 9 gegen die Vorwoche).

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 21. October 1895, 7 Uhr Abends

im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Doc. Dr. S. Freud: Ueber Hysterie. (Fortsetzung.)

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 23. October 1895, 7 Uhr Abends,

im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. Adolf Jolles: Ueber eine einfache und empfindliche Methode zum qualitativen und quantitativen Nachweis von Quecksilber im Harne.
3. Dr. Berthold Beer: Ueber die Bedeutung der Oedeme in praktischer Beziehung.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Toldt C., Anatomischer Atlas für Studirende und Aerzte. Unter Mitwirkung von A. dalla Rosa. 1. Lief. (Fig. 1—172). Wien und Leipzig 1896, Urban & Schwarzenberg.

Urbantschitsch V., Ueber Hörübungen bei Taubstummheit. Wien 1895, Urban & Schwarzenberg.

Piskaček L., Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammencurses. Wien und Leipzig 1896, W. Braumüller.

Hochsinger C., Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause. Leipzig und Wien 1896, F. Deuticke.

Frölich H., Vortäuschung von Krankheiten. Leipzig, C. G. Naumann.

Wittgenstein A., Hydropathische Behandlung der chronischen inneren Krankheiten. Leipzig, C. G. Naumann.

Donat J., Die gynäkologische Untersuchung. Leipzig, C. G. Naumann.

Gerber P. H., Die Beziehungen der Nase und ihrer Nebenräume zum übrigen Organismus. Akademische Antrittsvorlesung. Berlin 1896, S. Karger.

Biedert Ph. und **E. Langermann**, Diätetik und Kochbuch für Magen- und Darmkranke. Stuttgart 1895, F. Enke.

E. Albert, Die Frauen u das Studium der Medicin. Wien 1895, A. Hölder.

Babes V., Annales de l'institut de Pathologie et de Bactériologie de Bucarest. Vol. V. Bucarest 1895, Imprimeria Statului.

Müller L., Ueber Ruptur der Corneo-Scleralkapsel. Leipzig und Wien 1895, F. Deuticke.

Kratter J., Der Tod durch Elektricität. Leipzig u. Wien 1896, F. Deuticke.

Gruber M., Die bauliche Umgestaltung der Wiener med. Facultät. Leipzig und Wien 1895, F. Deuticke.

Hirsch W., Die menschliche Verantwortlichkeit und die moderne Suggestionslehre Berlin 1896, S. Karger.

Hirsch W., Was ist Suggestion und Hypnotismus? Berlin 1896, S. Karger.

Arndt R., Biologische Studien. II. Greifswald 1895 J. Abel.

Eulenburg A., Sexuale Neuropathie. Genitale Neurosen und Neuropsychosen der Männer und Frauen. Leipzig 1895, F. C. W. Vogel.

Esser John, Controle-Tafel für Eltern zur Ueberwachung des Wachsthums und der Körperverhältnisse der Kinder. Frankfurt a. M., Gebr. Knauer.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Nr. 43. Sonntag den 27. October 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik“, allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. Max und Dr. Adolf Jolles in Wien.

Ueber eine einfache und empfindliche Methode zum qualitativen und quantitativen Nachweis von Quecksilber im Harn.

Von **Dr. Adolf Jolles.***)

Bei Behandlung mit Quecksilberpräparaten ist es bekanntlich sehr wichtig, zu wissen, wie rasch und wie viel Quecksilber schon während der Behandlung zur Ausscheidung gelangt und wie viel im Körper zurückbleibt.

Erst genau durchgeführte Quecksilberbestimmungen in den Se- und Excreten ermöglichen ein Urtheil über diese Verhältnisse, woraus sich dann das für die medicinische Anwendung so wichtige Kriterium der Resorption und der Größe des zurückbleibenden Quecksilberdepôts im Körper ergibt.

Auch der Werth der verschiedenen Einverleibungsmethoden, für welche die moderne Medicin schon drei Arten, die cutane, subcutane und interne, kennt, wird wissenschaftlich dadurch bestimmt, sowie dadurch die Verwendbarkeit der verschiedenen dabei benützten Präparate sichergestellt wird. Ferner kommt der Quecksilberbestimmung im Harne eine wichtige Bedeutung zu bei chronischen Quecksilber-Intoxicationen, bei Verdacht auf Mercurialismus etc., so daß eine einfache und schnelle Methode, welche gestattet, das Quecksilber im Harne, eventuell in den Fäces selbst in den geringsten Spuren mit Sicherheit nachzuweisen und die zur Ausscheidung gelangten Quecksilbermengen auch quantitativ zu bestimmen, sicherlich ein Interesse beanspruchen darf.

*) Vortrag, gehalten im „Wiener Med. Club“ am 23. October 1895.

Unter den Methoden nun, das Quecksilber in Flüssigkeiten qualitativ und quantitativ nachzuweisen, kommen, wie bekannt, folgende in Betracht:

1. Bestimmung des Quecksilbers als Sulfid,
2. Bestimmung des Quecksilbers als Metall,
3. Bestimmung des Quecksilbers als Chlorür.

Unter obigen Methoden ist die weitaus empfindlichste die Bestimmung des Quecksilbers als Metall durch Reduction mit Zinnchlorür. Dieses Verfahren eignet sich jedoch nicht, wenn es sich darum handelt, minimale Mengen von Quecksilber im Harn nachzuweisen. Die Ursache ist die, daß einerseits selbst in größeren zur Ausscheidung gelangten Harnmengen oft nur Spuren von Quecksilber auftreten, deren Nachweis von Bedeutung ist, wodurch es nothwendig wäre, nachdem ein Eindampfen nicht stattfinden darf, mit großen Flüssigkeitsmengen zu arbeiten. Bei dieser Verdünnung aber würde ein Niederschlag, respective eine durch Zinnchlorür hervorgerufene Trübung der Beobachtung naturgemäß entgehen.

Andererseits ist zu berücksichtigen, daß der Harn eine gefärbte, oft trübe Flüssigkeit darstellt, welche ebenfalls die Wahrnehmung einer Trübung oder eines minimalen Niederschlages nach Zusatz von Zinnchlorür stört.

Aus diesem Grunde mußte man für den Nachweis von Quecksilber im Harne andere Wege einschlagen, unter welchen die Amalgamirungsmethode sich unzweifelhaft am besten bewährt hat.

Professor Dr. Ludwig [1]) war es, der speciell für den Nachweis des Quecksilbers im Harne diese Methode vorgeschlagen hat, und zwar mit Hilfe von Zinkstaub. Es wird hiebei das Quecksilber reducirt und in statu nascendi an das Zink gebunden. Dieses Amalgam wird nun durch Erhitzen in einem Capillarrohre zersetzt, das Quecksilber sublimirt und

[1]) Ludwig, „Wiener med. Jahrb.“, 143, 1877; 493. 1880.

wird durch Joddampf als Quecksilberjodid nachgewiesen. Bei dieser Methode sind aber nach den Ergebnissen unserer Erfahrungen folgende Umstände zu berücksichtigen: Erstens gehört das Zink nicht zu jenen Metallen, welche eine große Amalgamirungsfähigkeit besitzen. Zweitens ist das Zink schon bei schwacher Rothgluth flüchtig, und da man bei dieser Methode mit größeren Zinkmengen arbeitet, ist es erklärlich, daß eventuell Zink in der Capillare sich in Form eines Beschlages absetzen und zu Täuschungen Anlaß geben kann. Allerdings wird das Quecksilber nach LUDWIG als Quecksilberjodid bestimmt, bei minimalen Mengen von Quecksilber ist man jedoch leicht Täuschungen unterworfen, da der rothviolette Joddampf leicht für einen schwachen Quecksilberjodidbeschlag gehalten werden kann. Drittens erfordert die Methode an und für sich größere manuelle Geschicklichkeit und relativ viel Zeit und endlich können bei der quantitativen Bestimmung des Quecksilbers nach dieser Methode wegen der erwähnten Flüchtigkeit des Zinks leicht hohe Resultate erhalten werden.

Diese störenden Eigenschaften des Zinks haben Veranlassung zu einer Reihe von Modificationen gegeben, bei welchen statt Zink andere Metalle und Metalllegirungen vorgeschlagen wurden. So empfiehlt FÜRBRINGER [2]) Messingpulver, resp. gut ausgefaserte Messingwolle, die sog. Lametta, PASCHKIS [3]) unechtes Blattgold, BRASSÉ [4]) einen Streifen Messinggewebe in Form von dünnem Bleche zur Aufnahme des Metalles. ALMEN [5]) verwendet einen frisch geglühten Kupferdraht zur Abscheidung des Quecksilbers aus der salzsauren Lösung eines Präcipitates, das bei $^{1}/_{4}$stündigem Kochen des mit Natronlauge und Zucker gekochten Harnes resultirt. Nach WINTERNITZ [6]) wird der angesäuerte Harn über eine Kupferdrahtrolle mit einer Geschwindigkeit von 5 Tropfen per Minute von unten nach oben fließen gelassen. Allen diesen Modificationen haftet zunächst der Fehler an, daß sie hinsichtlich der Art ihrer Ausführung und der erforderlichen Zeitinanspruchnahme schon zu den umständlichsten Methoden zu zählen sind.

Es sei diesbezüglich insbesonders auf die Methode von WINTERNITZ hingewiesen, die nach L. BÖHM zu den brauchbarsten Methoden gehört und zur Amalgamirung allein 3 bis 4 Tage dauert. Nächstdem ist durch die Untersuchungen von WOLF [7]) und NEGA [8]), sowie von WELANDER [9]) festgestellt worden, daß durch Kupfer das Quecksilber nicht vollständig aus dem Harne abgeschieden wird. Durch diese Thatsache wird auch die wegen ihrer bequemen Ausführung vielfach in Gebrauch stehende FÜRBRINGER'sche Methode betroffen, indem, wie BÖHM [10]) ganz richtig bemerkt hat, bei der sog. Lametta hauptsächlich nur das Kupfer zur Geltung kommen dürfte, indem der äußerst dünne Zinküberzug durch die Salzsäure wohl bald aufgelöst wird.

Diese Umstände veranlaßten mich, in der Richtung des Amalgamationsverfahrens Versuche anzustellen, respective ein Metall ausfindig zu machen, welches gestattet, das Quecksilber nicht allein rasch, sondern auch auf nassem Wege selbst in minimalsten Spuren mit Sicherheit nachweisen zu können. Diese Versuche habe ich in Gemeinschaft mit meinem Assistenten, Herrn POLLACK, durchgeführt und erlaube mir, über dieselben zu berichten.

Als ein für unsere Zwecke vorzügliches Metall hat sich **Gold in körnigem Zustande bewährt.** Jedoch muß dasselbe in ganz bestimmter, nachstehend angegebener Weise bereitet werden, um das Maximum an Amalgamationsfähigkeit zu erzielen, denn, wie bekannt, amalgamirt sich Gold, welches mit Eisenvitriol abgeschieden wird, sehr schlecht. [11]) Es sei jedoch schon an dieser Stelle ausdrücklich hervorgehoben, daß die Methode trotz der Verwendung des Goldes relativ billiger ist, als alle anderen bisher in Vorschlag gebrachten Methoden, da man — abgesehen von dem außerordentlich großen Zeitgewinn — mit 2 Grm. körnigem Golde unzählige qualitative Quecksilberbestimmungen durchführen kann, denn das Gold bleibt stets erhalten.

Somit genügt also für jedes Laboratorium, für jeden Arzt etc. 2 Grm. von dem nach nachstehender Weise gewonnenen Golde, welche Menge gewissermaßen als ein Fundus instructus bezeichnet werden kann.

Das Princip der Methode ist folgendes:

Körniges Gold hat die größte Amalgamationskraft unter allen Metallen. [12]) Wird nun die im Harne enthaltene Quecksilberverbindung durch Zinkchlorür unter Erwärmen und Umrühren zerlegt, so verbindet sich das ausgeschiedene Quecksilber in statu nascendi mit dem am Boden des Gefäßes befindlichen Golde. Die überstehende Flüssigkeit kann bei der großen Schwere des Goldes mit Leichtigkeit abgegossen und das Amalgam in wenigen Minuten gereinigt werden. Dann wird das reine Amalgam mit einigen Tropfen heißer concentrirter Salpetersäure versetzt, wobei das Quecksilber in Lösung geht; diese Lösung wird mit einigen Tropfen destillirten Wassers verdünnt, abgekühlt und in ein Reagensglas gebracht. Die ganze Flüssigkeitsmenge beträgt dann 1—$1^{1}/_{2}$ Ccm. Setzt man nun etwa die gleiche Menge einer gesättigten, frisch bereiteten Zinnchlorürlösung hinzu, dann entsteht sofort bei Gegenwart der minimalsten Mengen von Quecksilber eine deutlich wahrnehmbare Trübung. Diese Methode ist derart empfindlich, daß 0·0002 Grm. Quecksilber in 100 Ccm. Harn unzweifelhaft sicher nachgewiesen werden kann. Außer auf nassem Wege kann der Quecksilbernachweis ebenso sicher auch auf nachstehende Weise erfolgen.

Das erhaltene Amalgam wird mit Wasser gewaschen, dann mit Alkohol, hierauf mit Aether behandelt und in ein Röhrchen von schwer schmelzbarem Glase von circa 10 Cm. Länge und 1 Cm. Durchmesser gebracht. Das Amalgam wird nunmehr im Trockenkasten, bei circa 40° C., etwa 5 Minuten getrocknet und dann schwach geglüht, wobei der Quecksilberbeschlag bei den geringsten Spuren von Quecksilber sichtbar wird. Diese letztere Art des Nachweises eignet sich auch sehr gut für quantitative Zwecke.

Man braucht dann blos das Quecksilber vollständig aus dem Röhrchen auszutreiben. Hat man vorher das Gewicht des Röhrchens plus Amalgam bestimmt und nach dem Vertreiben des Quecksilbers die Wägung wiederholt, so ergibt die Differenz direct die Menge des Quecksilbers in der verwendeten Flüssigkeitsmenge.

Die ganze oben beschriebene Operation dauert höchstens 20 Minuten und gebührt dieser Methode, nachdem dieselbe, wie aus nachstehenden Daten ersichtlich ist, äußerst zuverlässig und empfindlich ist, die Bezeichnung einer bequemen, einfachen und empfindlichen Probe.

Wir wollen nunmehr das Verfahren bezüglich der Darstellung des körnigen Goldes, sowie die Details der Ausführung unserer Methode näher besprechen:

A. Darstellung des gekörnten Goldes.

Circa 4—8 Grm. reines Goldchlorid [13]) werden in Lösung gebracht, die Lösung auf dem Drahtnetz erwärmt und in die

[2]) „Berl. klin. Wochenschr.", 16, 332. 1873.

[3]) „Zeitschr. f. analyt. Chemie", Bd. XXII, pag. 295.

[4]) „Compt. rend. de la société de biologie". 1882, pag. 297 und 794.

[5]) MALY, „Jahresb. f. Thierchemie", 16, 221, 1887; 19. 217, 1890.

[6]) „Archiv f. experimentelle Path. und Pharm." Bd. XXV, pag. 225.

[7]) „Zeitschr. f. physiologische Chemie". Bd. XV, 1—36.

[8]) „Deutsche med. Wochenschr." 1886, pag. 272.

[9]) WELANDER — Undersokoninger von Kvicksilfrets upptagande i och ofskiljande ur maniskokroppen (Aftrick ur Nord. med. arkiv 1886. Bd. XVIII, durch LANDSBER: Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Organismus, Dissert. Breslau 1886.

[10]) S. „Zeitschr. f. physiol. Chemie", Bd. XV, pag. 6.

[11]) DAMMER, Anorganische Chemie. II. Theil, pag. 783.

[12]) Um die Aufnahmsfähigkeit des Goldes durch directes Amalgamiren mit Quecksilber darzulegen, wurden 1·4173 Gold und Quecksilber verrieben, das überflüssige Quecksilber ausgepreßt und das Amalgam gewogen. Es resultirte, daß 2·215 Grm. Quecksilber aufgenommen wurden, woraus hervorgeht, daß das Gold thatsächlich eine sehr bedeutende Amalgamationsfähigkeit hat.

[13]) Für die quantitative Quecksilberbestimmung empfiehlt es sich, größere Mengen (circa 16—20 Grm.) zu verarbeiten.

heiße Flüssigkeit unter Umrühren gebrannte Magnesia eingetragen, bis nach dem Absetzen des Niederschlages die Flüssigkeit vollkommen farblos erscheint. Hierauf wird noch einige Zeit erwärmt und der Niederschlag dann mit heißem Wasser decantirt, was sehr rasch von statten geht, da der Niederschlag wegen seiner Schwere sich schnell absetzt. Man decantirt so oft, bis die Flüssigkeit keine Chlorreaction zeigt. Hierauf wird der von der Flüssigkeit soviel als möglich befreite Niederschlag mit concentrirter Salpetersäure versetzt, welche die entstandene Verbindung von goldsaurer Magnesia in Goldtrioxyd und Magnesiumnitrat zersetzt und auch die im Ueberschusse zugesetzte gebrannte Magnesia als Magnesiumnitrat löst. Die Lösung wird nun auf dem Wasserbade so lange erwärmt, bis die über dem Niederschlage stehende Flüssigkeit klar und farblos erscheint und hierauf der braune Niederschlag von Goldtrioxyd filtrirt. Der Niederschlag wird mit heißem Wasser ausgewaschen, getrocknet und vorsichtig im Porzellantiegel sammt Filter geglüht. Es ist anfangs nur ein schwaches Erwärmen des Tiegelbodens nothwendig, da das Goldtrioxyd selbst Sauerstoff abgibt, welcher die Verbrennung des Tiegels einleitet; zum Schlusse wird auf dem Gebläse geglüht. Man erhält das Gold in Form eines gelben, grobkörnigen Pulvers Oft kommt es vor, daß das Filtrat vom Goldtrioxydniederschlage gelb gefärbt erscheint; in diesem Falle muß man die Flüssigkeit fast zur Trockne eindampfen und den dabei erhaltenen Niederschlag von Goldtrioxyd mit dem früher erhaltenen Niederschlage vereinigen. Werden die erhaltenen Körnchen von Gold im Achatmörser zerdrückt, so zeigen sie schönen Goldglanz und lassen sich leicht in Blättchenform bringen, die in Folge der größeren Oberfläche eine noch raschere Amalgamation eingehen.

B. Qualitativer Nachweis des Quecksilbers.

100—300 Ccm. Harn, je nach der Menge des Quecksilbers, welche in dem Harne enthalten ist, werden mit circa 2 Grm. reinen, auf angegebene Weise dargestellten Goldes [14]) versetzt, mit 1—3 Ccm. concentrirter Salzsäure angesäuert, erwärmt und dann zunächst mit 2—3 Ccm. einer gesättigten, frisch bereiteten Zinnchlorürlösung [15]) versetzt.

Entsteht eine flockige Ausscheidung von Zinnhydroxyd, so war zu wenig Salzsäure zugesetzt worden, was sich nachträglich corrigiren läßt. Nun wird unter Umrühren in die auf etwa 70—80° erwärmte Flüssigkeit circa 30—50 Ccm. der frisch bereiteten Zinnchlorürlösung zugesetzt, weitere 5 Minuten unter Umrühren erwärmt und dann einige Minuten der Ruhe überlassen. Nunmehr gießt man die über dem Amalgam stehende Flüssigkeit ab, was sehr leicht ohne Verluste vor sich geht, nachdem das Amalgam in Folge seines hohen specifischen Gewichtes stets am Boden bleibt. Man wäscht auf dieselbe Weise mehrmals das Amalgam mit destillirtem Wasser aus, bis das Wasser keine Chlorreaction zeigt, was in einer Minute zu erreichen möglich ist.

Hierauf wird das reine Amalgam in demselben Gefäße mit 3—4 Tropfen einer warmen concentrirten Salzsäure versetzt, die Salpetersäure durch Schwenken des Gefäßes mit dem Amalgam in innige Berührung gebracht, dann in ein Reagensglas abgegossen, mit einigen Tropfen destillirten Wassers verdünnt, abkühlen gelassen und dann etwa die gleiche Menge der Zinnchlorürlösung zugesetzt. Waren in dem zu untersuchenden Harne nur 0·0002 Grm. Quecksilber vorhanden, so zeigt sich noch eine sehr deutliche Trübung, und lassen sich auch noch geringere Quecksilbermengen nachweisen, wenn man neben der Probe ein Reagensglas hält, welches gleich hoch mit destillirtem Wasser gefüllt ist.

[14]) Bei Untersuchung von größeren Flüssigkeitsmengen wird einfach eine größere Goldmenge in Verwendung genommen.

[15]) Es wird granulirtes Zinn mit concentrirter Salzsäure erwärmt, bis kein Wasserstoff mehr entweicht, die Lösung filtrirt und in einem mit einem Glasstöpsel verschlossenen Fläschchen aufbewahrt.

Will man den Nachweis des Quecksilbers durch den Beschlag führen, so braucht man nur in der bereits angegebenen Weise vorzugehen. Selbstverständlich läßt sich der complicirte Nachweis des Quecksilbers als Quecksilberjodid auch hier ausführen, wobei man überdies die nicht zu unterschätzende Gewißheit hat, daß man es ausschließlich mit einem Quecksilberbeschlage zu thun habe.

Das bei der Methode auf nassem Wege zurückbleibende Gold braucht nur mit Wasser ausgewaschen zu werden und kann sofort für eine weitere Quecksilberbestimmung dienen.

Erfolgt der Quecksilbernachweis nach der zweiten Methode, dann erspart man sich das Auswaschen und kann das geglühte Gold sofort zu einer weiteren Analyse dienen.

C. Quantitative Quecksilberbestimmung.

Wie schon erwähnt, ist die Methode II auch zur quantitativen Bestimmung des Quecksilbers im Harn geeignet. Man braucht nur zwei Wägungen zu machen, und zwar das mehrmals mit Alkohol und dann mit Aether gewaschene und bei circa 40° C. getrocknete Amalgam zu wägen und nach dem Vertreiben des Quecksilbers das Gold zurückzuwägen. [16])

Die Resultate sind, wie aus nachstehenden Beleganalysen hervorgeht, vollkommen befriedigend.

Beleganalysen.

Wir haben uns zunächst durch Auflösen von 1 Grm. krystallisirten Sublimats in einem Liter Wasser eine Lösung von genau bestimmtem Gehalt an Quecksilber hergestellt und diverse Sublimatmengen zu verschieden großen Harnmengen hinzugefügt. Nach Darstellung des Amalgams in oben beschriebener Weise wurde dasselbe mit Alkohol und Aether entwässert, bei 40° C. getrocknet, gewogen, bis zum Vertreiben des Quecksilbers erhitzt und in kaltem Zustande das Röhrchen zurückgewogen. Wir erhielten folgende Resultate:

Untersuchungsobject	Substanzmenge	Menge des zugesetzten Quecksilbers	Menge des erhaltenen Quecksilbers	Absoluter Fehler	Fehler in Procenten
Wasser	100 Ccm.	0·0029	0·0027	0·0002	— 6·8
Wasser	200 „	0·0310	0·0300	0·0010	— 3·2
Harn	100 „	0·0010	0·0009	0·0001	— 1·0
Harn	150 „	0·0025	0·0023	0·0002	— 8
Harn	200 „	0·0183	0·0179	0·0004	— 2·1
Harn	250 „	0·0240	0·0231	0·0009	— 3·7
Harn	300 „	0·0420	0·0396	0·0024	— 5·7
Harn	350 „	0·0568	0·0531	0·0037	— 6·5

Ueber Hydrorrhoea nasalis.

Von **Dr. Emanuel Fink** in Hamburg.

(Schluß.)

Bei der Betrachtung der hier mitgetheilten und der von Bothworth aus der Literatur gesammelten Fälle, die ich an dieser Stelle nicht im Einzelnen aufführe, weil sie in einem weit verbreiteten Lehrbuche zusammengestellt sind, drängt sich uns zunächst die Frage nach der Provenienz eines so massenhaften Ausflusses aus der Nase auf. Drei Möglichkeiten kommen hier in Betracht. Der Ausfluß kann herrühren: 1. aus der Nasenhöhle selbst, 2. aus einer der Nebenhöhlen, 3. aus der Hirnhöhle. Die letztere Eventualität hat Bothworth einer näheren Untersuchung nicht unterzogen. Aber es läßt sich doch nicht verkennen, daß unter den bisher bekannt

[16]) Dieses Verfahren kann auch, worauf ich noch an anderer Stelle zurückzukommen mir vorbehalte, zur quantitativen Bestimmung des Quecksilbers in organischen Materien, z. B. im Erbrochenen etc. nach vorangegangener Zerstörung der organischen Substanzen benützt werden.

gewordenen Fällen auch solche vorhanden sind, wo die Ursprungsstätte der aus der Nase ausgeschiedenen Flüssigkeit mit voller oder annähernder Bestimmtheit nur in der Schädelhöhle gefunden werden kann.

So können wir in dem von VIEUSSE [7]) mitgetheilten Falle mit Bestimmtheit sagen, daß die aus der Nase ausgeschiedene Flüssigkeit nichts Anderes als Liquor cerebrospinalis war. Es handelte sich dort nämlich um einen jungen Mann, der von beträchtlicher Höhe herabfiel und dabei mit dem Kopf auf harten Boden aufschlug. Er blieb bewußtlos liegen und ein blutiger Ausfluß entleerte sich aus dem linken Ohr und der linken Nasenhöhle. Als VIEUSSE den Pat. untersuchte, klagte dieser über heftige Kopfschmerzen, ein dünner, wässeriger Ausfluß entleerte sich je nach der Lage des Kopfes bald aus der linken Nase, bald aus dem linken Ohre. 18 Tage nach der erlittenen Verletzung starb der Pat. Die Section zeigte eine Fractur der Schädelbasis mit Einschluß der Lamina cribrosa.

In gleicher Weise, wenn auch nicht durch Section verificirt, ist der Fall aufzufassen, den TILLAUX [8]) in seinem Lehrbuche der topographischen Anatomie erzählt: Unmittelbar nach der Extraction von Nasenpolypen entleerte sich bei einem Manne eine große Menge von wässeriger Flüssigkeit aus der Nase (9 Unzen in 24 Stunden). Der Ausfluß hörte auf, wenn Pat. horizontal lag. Bei der Extraction ist wahrscheinlich die Lamina cribrosa gebrochen. TILLAUX fand übrigens auch, daß der Ausfluß seiner Beschaffenheit nach mit der Arachnoidealflüssigkeit identisch war.

In diesen beiden Fällen lag mit Sicherheit, beziehungsweise mit großer Wahrscheinlichkeit, eine traumatische Verletzung der Siebbeinplatte vor, so daß der Liquor cerebrospinalis seinen Weg von der Hirnhöhle in die Nase nahm. Dem entsprechend war die aus der Nase ausgeschiedene Flüssigkeit mit dem Liquor cerebrospinalis identisch.

Weniger deutlich ist das aber der Fall in der von LEBER [9]) mitgetheilten Krankengeschichte.

Ein 20jähriges hydrocephalisches Mädchen litt seit ihrem 15. Jahre an Kopfschmerzen, Schwindelanfällen und epileptischen Krämpfen. Es entwickelte sich beiderseits Sehnervenatrophie, die rechts zu vollkommener Amaurose führte; außerdem zeigte sich noch eine continuirliche, tropfenweise Entleerung wässeriger Flüssigkeit aus der Nase. Die Flüssigkeit war von neutraler Reaction, enthielt kein Mucin, nur etwas Salze, mikroskopisch keine geformten Bestandtheile. Sie entleerte sich nur aus dem linken Nasenloche. Das Naseninnere war normal.

LEBER behauptet nun mit Bestimmtheit, daß die Flüssigkeit in diesem Falle nichts Anderes als der Liquor cerebrospinalis gewesen sei. Zur Stütze dieser Ansicht führt er zunächst die große Menge der ausgeschiedenen Flüssigkeit an, dann das specifische Gewicht, welches mit dem des Liquor cerebrospinalis (1·007—1·040) übereinstimmt. Auch kann, so meint er, ein wässeriges Secret von der beschriebenen Qualität kaum von einer nur einigermaßen normalen Schleimhaut geliefert werden. Diese Argumente sind aber nicht stichhältig. Denn wir kennen Fälle von zweifelloser nasaler Provenienz (im weiteren Sinne des Wortes), wo eine noch größere Menge von Flüssigkeit als im LEBER'schen Falle ausgeschieden worden ist und wo das specifische Gewicht ein gleiches war. Auch ist im LEBER'schen Falle nicht festgestellt worden, ob denn auch die Schleimhaut der Nebenhöhlen eine ganz normale Beschaffenheit hatte. In meinem dritten Falle z. B. konnte man mit Bestimmtheit behaupten, daß es sich um eine Erkrankung der Nebenhöhlenschleimhaut handelt, eine Ansicht, die auch ex juvantibus bestätigt wurde. Auch kann, selbst bei ganz normaler Schleimhaut der Nase und deren Nebenhöhlen die übermäßig abgesonderte Flüssigkeit von hier stammen, und zwar in Folge gewisser Nervenaffecte. Nichtsdestoweniger ist aber die Möglichkeit, daß es sich im LEBER'schen Falle um Liquor cerebrospinalis gehandelt habe, nicht von der Hand zu weisen.

Auf welchem Wege sollte diese aber unter den vorliegenden Verhältnissen in die Nase gelangt sein? LEBER meint, daß frühzeitig ein kleiner Defect in der knöchernen Schädelbasis entstanden sei, wie solche am Schädeldach bei Hydrocephalus sehr leicht vorkommen, eine anfangs vorhandene membranöse Scheidewand im Bereiche des Keilbeines oder Siebbeines sei durch fortdauernde Wirkung des gesteigerten Hirndruckes später ebenfalls geschwunden. Ich glaube, daß man diesen hypothetischen Communicationsweg zur Erklärung der aus der Nase ausfließenden Cerebrospinalflüssigkeit entbehren kann. Bei frühzeitiger Verknöcherung eines hydrocephalischen Schädels ist der Hirndruck entschieden gesteigert. Unter diesen Umständen kann diese in der Schädelhöhle unter starkem Drucke stehende Flüssigkeit durch die normal vorhandene Verbindung zwischen den Lymphwegen, Nasenschleimhaut und dem subarachnoidalen Raume, wie wir sie durch die Studien von AXEL KEY und RETZIUS kennen gelernt haben, in die Nasenhöhle eindringen.

Die anatomischen Bedingungen zum Eindringen der Cerebrospinalflüssigkeit in die Hirnhöhle sind also gegeben; die quantitative und qualitative Beschaffenheit der Flüssigkeit spricht aber nicht nothwendiger Weise für deren cerebralen Ursprung. Es läßt sich aber nicht verkennen, daß, wenn eine Hydrorrhoea nasalis unter sehr schweren Hirnerscheinungen sich entwickelt wie im vorliegenden Falle, die Annahme, daß es sich um Cerebrospinalflüssigkeit handelt, sehr nahe gelegt ist.

Die bei nasaler Hydrorrhoe ausgeschiedene Flüssigkeit stammt also aus der Hirnhöhle nur dann, wenn eine Continuitätstrennung der Schädelbasis vorhanden ist oder wenn solche Bedingungen gegeben sind wie in dem in der Literatur einzig dastehenden Falle von LEBER. Schwere Hirnsymptome, die gleichzeitig mit ocularen Störungen auftreten, lassen aber nicht mit Nothwendigkeit darauf schließen, daß die Flüssigkeit aus der Hirnhöhle stammt. Denn Tumoren der Nasenhöhle und der Nebenhöhlen können, indem sie indirect einen Druck auf das Gehirn ausüben, solche Erscheinungen erzeugen. So kennen wir einen Fall von SMITH [10]), in welchem sich unter dauerndem heftigen Stirnkopfschmerz eine totale Erblindung des einen und eine fast totale Amaurose des anderen Auges entwickelte. In der Nase wurde das Vorhandensein mehrerer Polypen constatirt. Dieselben wurden exstirpirt, worauf eine vollkommene Heilung auch der Sehstörung eintrat.

Auch eine starke Flüssigkeitsansammlung in einer der Nebenhöhlen kann erhebliche Sehstörungen und Hirnerscheinungen erzeugen.

Sehr lehrreich nach dieser Richtung hin, besonders in Bezug auf die nasale Hydrorrhoe, ist der oben mitgetheilte Fall von LICHTWITZ.

Wie haben wir uns nun das Zustandekommen der nasalen Hydrorrhoe zu erklären, wenn die Flüssigkeit, wie das ja — abgesehen von den bezeichneten Ausnahmen — immer der Fall ist, in der Nase oder deren Nebenhöhlen ihren Ursprung hat?

Es liegt nun sehr nahe, die Entstehung eines so massigen Secrets bei Mangel einer anatomischen Veränderung der Schleimhaut auf den Einfluß gewisser Nerven zurückzuführen. Von diesem Gedanken ausgehend theilt nun BOTHWORTH die bisher bekannten Fälle von nasaler Hydrorrhoe in zwei Gruppen ein, je nachdem sie ohne starke Reizungserscheinungen oder mit solchen einhergeht; bei der ersteren nimmt er eine Läsion des Trigeminus an, die eine Lähmung der Vasomotoren zur

[7]) VIEUSSE, Gazette hebdomadaire, 1879, Nr. 19.

[8]) TILLAUX, Traité d'anatomie topographique. 1878, pag. 52.

[9]) LEBER, Ein Fall von Hydrocephalus mit Sehnervenatrophie und continuirlichem Abträufeln wässeriger Flüssigkeit aus der Nase. GRAEFE's Arch. f. Ophthalm. XXIX, pag. 273.

[10]) PRIESTLEY SMITH, Amaurosis from tumour in the nasal cavity. Ophthalmic Review, II, pag. 167, 1883.

Folge hat. Die zweite Gruppe soll diejenigen Fälle umfassen, welche mit mehr oder weniger heftigen sensiblen Reizungserscheinungen (Kitzeln, Niesen, Kopfschmerz) verlaufen. Hier liegt eine Reizung des Sympathicus entweder im Stamme oder central vor.

Diese auf hypothetischer Voraussetzung beruhende Eintheilung entbehrt aber jeder physiologischen Basis. Zunächst identificirt BOTHWORTH die vasomotorischen mit den secretorischen Nerven. Er setzt ohne Weiteres voraus, daß der Trigeminus die Nasenschleimhaut mit Vasoconstrictoren und daß der Sympathicus dieselben mit Vasodilatatoren versorgt; daß ferner eine Lähmung der Vasoconstrictoren und eine Reizung der Vasodilatatoren eine Hypersecretion der Nasenschleimhaut erzeugen muß. Beides entspricht aber nicht den thatsächlichen Verhältnissen.

FRANÇOIS FRANCK [11]) hat den experimentellen Nachweis geführt, daß die vasodilatatorischen Fasern, welche für die hinteren zwei Drittel der Nasenhöhle in den Nervi nasales posteriores und im Nervus palatinus anterior verlaufen, vom Sympathicus herrühren, daß aber die vasodilatatorischen Fasern für das vordere Drittel der Nasenhöhle, welche im Nervus ethmoidalis, einem Zweige des Ramus ophthalmicus, enthalten sind, nichts Anderes als Trigeminusfasern sind. Es ist ferner nicht erwiesen, was BOTHWORTH als selbstverständlich zu betrachten scheint, daß eine nicht entzündliche Hyperämie, mag sie durch Reizung der Vasodilatatoren oder durch Lähmung der Vasoconstrictoren entstanden sein, nothwendig auch eine Hypersecretion erzeugen muß. So wissen wir z. B., daß selbst die stärkste durch Reizung der Chorda tympani herbeigeführte arterielle Blutüberfüllung nicht genügt, um eine Vermehrung der Speichelsecretion zu bewirken. Andererseits kann eine Hypersecretion auch bei völliger arterieller Anämie zu Stande kommen. Selbst bei unterbundener Aorta kann man durch Pilocarpininjection eine übermäßige Schweißabsonderung in der Hinterpfote eines Thieres bewirken.

Wir sehen also, daß die Secretionsgröße von Drüsen nicht ohne Weiteres von dem jeweiligen Blutreichthum des betreffenden Organes abhängig ist. Und was speciell die Nase anbelangt, so konnte FRANÇOIS FRANCK durch Reizung der die Vasodilatatoren tragenden Nerven wohl eine Hyperämie, nicht aber eine erheblich gesteigerte Secretion erzeugen.

Würde es sich ferner, wie BOTHWORTH annimmt, bei Hydrorrhoea nasalis um eine Affection der Vasomotoren handeln, so müßte nicht blos eine Hypersecretion, sondern auch eine Hyperämie die Folge sein. In den von mir beobachteten Fällen war aber auch zur Zeit der stärksten Secretion nicht blos keine Spur von Hyperämie wahrzunehmen, die Schleimhaut sah sogar auffallend blaß aus. Auch andere Beobachter haben bei Hydrorrhoe während des Anfalles keine Hyperämie der Schleimhaut beobachtet.

Thatsächlich beeinflussen aber die Vasomotoren die Nasensecretion überhaupt nicht, und es werden auch auf dem Wege der Secretionsfasern vom Centrum aus keine Reize den Schleimdrüsen zugeführt. Diesen Umstand hat ROSSBACH [12]) in einwandsfreier Weise für die Schleimdrüsen des Kehlkopfes und der Trachea nachgewiesen. Die entsprechenden Untersuchungen hat ASCHENBRANDT [13]) später auf die Nasenschleimhaut erstreckt und gefunden, daß bei der Nasenschleimhaut der Nervus trigeminus derjenige Nerv ist, welcher die Schleimabsonderung auslöst. Jedoch kann dieses nicht vom Stamme aus, sondern nur durch die feinsten Endäste desselben geschehen, die direct in den Schleimdrüsen enden.

[11]) FRANÇOIS FRANCK, Contribution à l'étude de l'innervation vaso-dilatatrice de la muqueuse nasale. Archives de physiologie, XXI, pag. 691, 1889.

[12]) ROSSBACH, Ueber die Schleimbildung und die Behandlung von Schleimhauterkrankungen in den Luftwegen. Festschrift zur Feier des 300jährigen Bestehens der Julius-Maximilians-Universität. Würzburg 1883.

[13]) ASCHENBRANDT, Ueber den Einfluß der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1885, Nr. 3.

Hier also, in den letzten Ausläufern der die Schleimdrüsen der Nasenschleimhaut und der Nebenhöhlenschleimhaut versorgenden Trigeminusfasern, haben wir die Entstehungsursache der ohne Einwirkung von Entzündungserregern zu Stande kommenden Secretionssteigerung zu suchen. Nur durch diese Annahme allein können wir die klinischen Erscheinungen der Hydrorrhoe mit den physiologischen Thatsachen in Einklang bringen.

Es handelt sich bei der nasalen Hydrorrhoe also um eine functionelle Neurose. Schon sehr geringe auf die secretorischen Nervenfasern einwirkende Reize, solche, die für den Pat. selbst und überhaupt nicht wahrnehmbar sind, lösen eine sehr stürmische Thätigkeit der Schleimdrüsen aus. Ein derartiges Mißverhältniß zwischen der Geringfügigkeit des Reizes und der Größe der Reaction finden wir ja auch bei anderen functionellen Neurosen, z. B. bei der Migräne. In den meisten Fällen von nasaler Hydrorrhoe wird daher die Angabe gemacht, die Fälle seien „spontan" entstanden. Bei genauer Betrachtung gelingt es freilich, die Natur der die Hypersecretion auslösenden Reize festzustellen. In meinem 3. Falle begann der Nasenfluß immer gegen Morgen, während die Pat. sich noch im Bette befand. Offenbar wirkte hier die Verschlechterung der Schlafzimmerluft als Reizmoment. — In meinem 2. Falle wurde sogar von der Pat. selbst hervorgehoben, daß der Nasenfluß sich regelmäßig dann einzustellen pflegte, wenn sie sich in überfüllten oder durch Gasflammen überhitzten Localen befand. Selbstredend können dieselben Reize, indem sie auch auf die Endausbreitung der sensiblen Nerven einwirken, gleichzeitig auf diesem Gebiete die entsprechende Reaction auslösen. So entwickelt sich die Empfindung des Kitzelns, so kommt der Niesparoxysmus zu Stande, welche bei den meisten an Hydrorrhoea nasalis leidenden Pat. den Anfall einleitet. In analoger Weise ist wohl auch der Symptomencomplex des Heuschnupfens aufzufassen. Auch hier sehen wir, wie eine an Hydrorrhoe erinnernde Hypersecretion gleichzeitig mit einer Reihe sensibler Störungen, und zwar durch Einwirkung ganz bekannter Reizmomente entsteht.

In anderen Fällen von Hydrorrhoea nasalis sind es mechanische Reize, welche den Ausfluß unterhalten oder anregen. In dem von LICHTWITZ mitgetheilten Falle bestand der Ausfluß jahrelang, bis sich aus dem Sinus frontalis eine dicke, gelatinöse Masse entleerte. In dem ANDERSON'schen Falle konnte man mit Bestimmtheit den Nachweis führen, daß der Ausfluß nur eine indirecte Folge von Polypen der Highmorshöhle war. Auch mein 2. Fall beweist, daß die Hydrorrhoe durch Polypen der Nasenhöhle unterhalten werden kann. Denn hier dauerte die Affection in intensiver und anhaltender Weise nur so lange an, wie Polypen sich in der Nasenhöhle vorfanden; sie hörte mit Beseitigung der Polypen fast gänzlich auf und kehrte erst wieder, als die Polypen recidivirten. Freilich — das muß hier besonders hervorgehoben werden — sind Polypen, wenn sie sich in einem Falle von Hydrorrhoe der Nase oder deren Nebenhöhlen vorfinden, nicht immer als Ursache der Erkrankung zu betrachten. In dem von PRIESTLEY SMITH mitgetheilten Falle konnte man die Entwicklung von Polypen im Verlaufe der Affection beobachten. Das Vorhandensein wie auch die Entfernung derselben hatte auf den Ablauf der Affection absolut keinen Einfluß.

Was die Muschelhypertrophie anbelangt, so scheint sie eine causale Beziehung zur Hydrorrhoe nicht oder höchstens nur in Ausnahmsfällen zu besitzen, selbst in denjenigen Fällen, wo der Locus morbi in der Nasenhöhle und nicht in den Nebenhöhlen seinen Sitz hat.

In meinem ersten und dritten Fall hat die Beseitigung des hypertrophirten vorderen, respective hinteren Endes der unteren Muschel jedenfalls keinen dauernden Erfolg in Bezug auf die Hydrorrhoe gehabt. Im Gegensatz zu dieser Erfahrung gibt freilich HACK an, daß die Hypersecretion immer mit

Beseitigung der vorhandenen Muschelhypertrophie aufgehört habe. Es ist jedoch nicht ersichtlich, wie lange die Pat. sich dieses Erfolges erfreuen konnten. In meinen Fällen schien die operative Entfernung der hypertrophirten Muschelenden ja auch anfangs einen günstigen Einfluß auf die Hydrorrhoe auszuüben. Die Affection kehrte aber später in ihrer vollsten Intensität wieder.

Sind in einem Falle von Hydrorrhoea nasalis gar keine palpablen Veränderungen vorhanden, so wird man jedenfalls eine locale Behandlung mit Secretion beschränkenden Mitteln versuchen müssen. Wenn das Leiden auch auf einer Affection der Endorgane der secretorischen Nerven beruht, so können doch solche Mittel, wie Aristol, die auch bei anderen pathologischen Zuständen einen unverkennbaren Einfluß auf die Secretion ausüben, nicht ohne Erfolg angewendet werden.

Die Wandlungen in der Lehre vom Commabacillus Koch's im ersten Jahrzehnt.

Von **Dr. Julius Rosenthal**, Arzt in Bad Kissingen.

(Schluß.)

Auch über die Eigenschaft der Koch'schen Commabacillen, bei Luftabschluß zu Grunde zu gehen — wegen der sie als aërobe Bacterien bezeichnet wurden — dürften einige Worte hier am Platze sein. Dieser auf der I. Choleraconferenz gleichfalls aufgestellten These widersprachen Hueppe und Liborius (Berl. klin. Wochenschrift, 1887, 9—12), welche die Koch'schen Bacterien der facultativen Anaërobiose für fähig erklärten, da sie gefunden hatten, daß jene auch bei Luftabschluß weiter existiren können. Sie werden nur dabei gegen äußere Agentien empfindlicher, z. B. gegen geringere Grade von Säuren, und wenn sie in so geschwächtem Zustande den Darm verlassen und in den Magen eines Gesunden eingewandert sind, so werden sie in dessen Säure vernichtet. In kurzer Zeit bei ausreichendem und zusagendem Material werden sie allerdings wieder widerstandsfähiger, wenn sie sich aërob vermehren können. Hueppe und Wood gelangten fernerhin zu der Ansicht, daß die Cholerabacterien gerade wegen ihrer Anaërobiose im Darm mehr und schneller Toxine als außerhalb desselben produciren und eben dadurch für den Körper so gefährlich werden.

Aber auch in Bezug auf die Diagnose können wegen der Anaërobiose der Cholerabacterien Schwierigkeiten entstehen. Gelang es doch Wood, die nach Koch's maßgebender Beschreibung charakteristische Art des Wachsthums in Gelatine so zu beeinflussen, daß er Culturen hatte, welche die Gelatine so schnell und wenig charakteristisch verflüssigten, wie es bei dem Finkler'schen Vibrio der Fall ist, während andere Culturen die Gelatine gar nicht mehr verflüssigten. „Nach der Richtung einer Herabsetzung der Fähigkeit, die Gelatine zu verflüssigen, wirkt nun gerade auch die Anaërobiose in den Culturen sowohl als auch im Darm, so daß man sicher schon wegen des Fehlens der Koch'schen Trichter manche Cholerabacterien bei diagnostischen Prüfungen übersehen hat."

Erscheinen diese Punkte als die Hauptmomente (Manches, z. B. die Frage, betreffend die Cholerarothreaction, ist weiter unten im Zusammenhange ausgeführt), in denen die ursprüngliche Beschreibung des Cholerabacillus in seinem mikroskopischen Aussehen und seinem biologischen Verhalten im Laufe der Zeit nicht unwesentliche Veränderungen erfahren hat, so mögen im Folgenden diejenigen Merkmale kritische Erwägung finden, aus denen mit Sicherheit die Diagnose des Choleravirus hervorgehen soll. Anders stellten sich die Dinge, als der Cholerabacillus der einzige in Commaform bekannte war, anders verhalten sie sich heute, wo eine ganze große Reihe gekrümmter Bacterien beschrieben ist. Und es lohnt die vermeintlichen oder thatsächlichen Unterschiede zwischen diesen und jenem einer Werthschätzung daraufhin zu unterziehen, ob dieselben so wesentlich, so in die Augen springend und, was immer wieder betont werden muß, auch so constant sind, daß auf ihnen auch für einen weniger geübten Forscher die Diagnose unzweifelhaft fundirt werden kann.

Der heutige Stand der Choleradiagnose verlangt nach Koch Erörterungen über

1. die mikroskopische Untersuchung,
2. die Pepton-, die Gelatineplatten-, und Agarplattencultur,
3. die Cholerarothreaction und
4. den Thierversuch.

Bezüglich der mikroskopischen Untersuchung war schon oben ausgeführt worden, welcher hohe Werth „dem in gleicher Richtung sich hinziehenden Schwarm — gleich Fischen in einem Gewässer" — der Cholerabacillen beigelegt wird. Ob dieser Befund nicht auch von Zeit zu Zeit bei anderen commaförmigen Bacterien erhoben werden kann, daß sie sich in einer Richtung fortbewegen, will ich dahingestellt sein lassen; das Postulat, daß nur ein geübter Forscher diese Eigenthümlichkeit feststellen kann, drückt ihren Werth bedeutend herab, jedenfalls hat seinerzeit in der Hamburger Epidemie, wo doch gewiß nicht wenig geübte Forscher berufen waren, die Untersuchung daraufhin im Stich gelassen, und nach Koch's eigener Ansicht hat die Verzögerung durch das nothwendige Culturverfahren mit seiner mehrtägigen Dauer über jene Stadt ein so schweres Verhängniß herauf beschworen. — Im Uebrigen beschränken sich die Unterschiede, wenn überhaupt welche zu erkennen sind, auf jene zum Theil schon berührten Feinheiten, daß der eine Bacillus etwas plumper als der andere ist, jener mehr oder weniger stumpfe Enden habe als dieser, daß die Geißelfäden bei der einen Species etwas länger und feiner als bei der anderen und daß die „Schraubengänge" der Spirillen hier niedriger, die Windungen hier enger sind als dort — Unterschiede, welche mit Worten so beschrieben, riesengroß erscheinen gegen das Bild im Mikroskop.

Die wichtigste Untersuchungsmethode hat in der Praxis die Cultur gebildet, welche nach Koch in die Pepton-, die Gelatineplatten- und Agarplattencultur zerfällt, Verfahren, welche sich gegenseitig zu ergänzen bestimmt sind. Ich brauche auf die genaueren Einzelnheiten aller dieser Methoden hier nicht einzugehen; sie sind an anderen Stellen in ausführlichster Weise beschrieben. Hier handelt es sich nur darum, ob sie durch die festgestellten Criterien genügen können, die Diagnose zu sichern. Das wäre unzweifelhaft der Fall, wenn eben diese Criterien constant und nicht so vielen Schwankungen ausgesetzt wären.

Es ist schon oben hervorgehoben worden, welche Abweichungen eine geringfügig anders zusammengesetzte Gelatine hervorrufen kann, welchen Einfluß insbesondere auch eine geringe Temperaturschwankung auf das Aussehen der Colonien ausübt, und es sei ferner betont, wie das Alter und die längere Dauer der Züchtung der Culturen einen wesentlich verschiedenen Anblick bedingen können. So will ich z. B. nur herausheben, daß doch nach gewiss autoritativen Beobachtungen der Vibrio Berolinensis (Rubner) sowohl, als auch der Vibrio Metschnikoff in Peptonkochsalzlösung und auf Agar-Agar gegenüber dem Koch'schen Bacillus sich nur dadurch unterscheiden, daß die ersteren hie und da einmal schnelleres Wachsthum und schnellere Verflüssigung des Nährbodens, anders ausgedrückt: energischere Vitalität zeigen, so zwar, daß eine jüngere Cultur einer einige Stunden älteren von Koch'schem Bacillus zum Verwechseln ähnlich sieht.

Nur in Bezug auf die Gelatineplattencultur scheint sich der Koch'sche Bacillus in wünschenswerther Constanz von allen anderen bekannten gekrümmten Bacterien bis jetzt zu differenziren. Denn während jene Colonien kleine, unregel-

Ein kurzes Resumé über die hervorstechendsten vorherberührten Punkte, welche den Wandlungsproceß illustriren, den die Beschreibung des Cholerabacillus im Laufe der Jahre durchmachte, würde sich ungefähr aus folgender tabellarischer Uebersicht ergeben:

Früher.	Später.
Der Cholerabacillus ist der einzige Commabacillus.	Die Commabacillen sind dutzendweise bekannt.
Das Charakteristische ist das Comma.	Das Charakteristische ist die Bildung von Schrauben und Wellen.
Der KOCH'sche Bacillus hat nur die gemeinhin unter Comma verstandene Form.	Der KOCH'sche Bacillus hat zum Unterschiede von anderen an allen Stellen gleiche Dicke und Krümmung.
Die Anzahl der Schraubengänge beträgt 8—30.	Bei anderen (FINKLER 3—6, DENEKE 4—20) unter Umständen die gleiche Zahl.
Die Stichcultur mit „Luftblase", die Cultur auf Kartoffeln, das Aussehen nach Glasbröckchen ist von großer Bedeutung.	Hat gar keine Bedeutung mehr.
Die Verflüssigung der Gelatine ist eine charakteristisch langsame wie bei keinem anderen Mikrobium.	Auch andere Bacterien können in Folge geeigneter Behandlung Gelatine langsam verflüssigen.
Transparenz der Bilder.	Auch andere Bacterien zeigen diese in gewissem Grade.
Phosphorescenz der Reinculturen existirt beim echten Choleravibrio nicht.	Die Phosphorescenz scheint nachgewiesen.
Die Mikroskopie hat gegenüber der Cultur geringeren Werth.	Die Mikroskopie prävalirt vor der Cultur. („Fischzug.")
In Temperaturen von 30—40° gedeihen Cholerabacillen am besten.	Die Cholerabacillen brauchen genau 22°; sonst unvermeidlicher Irrthum mit anderen (FINKLER).
Die Cholerabacillen sind aërob.	Die Cholerabacillen sind facultativer Anaërobiose fähig.
Die künstliche Infection eines Thierkörpers ist unmöglich.	Der Thierversuch fällt nicht nur positiv aus, sondern er ist auch ein wichtiges Glied in der Kette der diagnostischen Merkmale.

Referate und literarische Anzeigen.

HERMANN RIEDER (München): **Zur Diagnose der Neubildung bei klinisch-mikroskopischen Untersuchungen von Transsudaten.**

Die mikroskopische Untersuchung der Exsudate und Transsudate ist bei der häufigen Ausführung der Explorativfunction oft Gegenstand klinischer Thätigkeit; in solchen Fällen ist nicht blos die directe mikroskopische Betrachtung, sondern auch die Untersuchung gefärbter Trockenpräparate des Sediments nothwendig. Neben rothen und weißen Blutkörperchen, Endothelzellen, Fett, Cholestearin und Fettsäurenadeln sind zuweilen auch Zellen anderer Herkunft, sowie größere Tumorbestandtheile nachzuweisen. Es ist nun anerkannt, daß der Befund zahlreicher polymorpher, ungleich großer Zellen, besonders wenn sie mit Vacuolen versehen sind und in Haufen zusammenliegen, mehr für Krebszellen als für gewöhnliche Endothelzellen spricht, aber die Formverschiedenheit der Endothelzellen bei entzündlichen Processen der serösen Häute ist doch oft so mannigfaltig, daß sich oft diagnostische Zweifel ergeben.

Lymphkörperchen und rundliche oder ovale Zellen mit feinkörnigem Protoplasma (verfettete Endothelien) gelten mit Recht als der gewöhnliche Befund bei der mikroskopischen Untersuchung von Transsudaten. Daneben finden sich manchmal polymorphe ein- und mehrkernige Zellen, zu deren Diagnose QUINCKE die Glykogenreaction heranzieht, da sie bei Krebszellen häufig vorhanden ist, bei Endothelzellen aber meist fehlt. Abgesehen von dieser Reaction sind die Geschwulstzellen durch ihre Größe, Zahl und ihr Auftreten in Haufen gekennzeichnet, wozu in manchen Fällen noch der Nachweis der Proliferationsfähigkeit durch das Auftreten einer Impfgeschwulst an der Punctionsstelle kommt.

RIEDER theilt nun im „Deutsch. Arch. f. klin. Medicin" (54. Band, 6. Heft, pag. 546) einen Fall von Sarkom des Peritoneums bei einer 40jährigen Frau mit, bei der Cachexie und Symptome innerer Blutung fehlten und Tumoren nicht getastet werden konnten. Die durch Punctio abdominis gewonnene Ascitesflüssigkeit war trübe, fluorescirend, alkalisch reagirend, von gelbbräunlicher Farbe und geruchlos, vom specifischen Gewichte 1,017; beim Kochen und auf Zusatz von Salpetersäure starker, flockiger, weißer Niederschlag; Peptonreaction stark positiv, Zuckerreaction negativ; die Glykogenreaction ergab eine braunrothe Färbung einzelner Zellenpartien, aber nur in Trockenpräparaten, nicht in frischen. In der Kälte schied sich eine mäßige Menge einer schwach rosenrothen, zähen Gerinnungsmasse aus, in welcher mikroskopisch wenig Fibrinfäden, dagegen viele rothe, vereinzelte weiße Blutkörperchen und zahlreiche größere und große polymorphe, ein- und mehrkernige Zellen nachgewiesen werden konnten. Kleine glänzende Tröpfchen waren sowohl frei in der Flüssigkeit vorhanden, als auch in Zellen eingelagert; gegen die Fettnatur derselben sprach der negative Ausfall der Osmiumsäurereaction, so daß eine albuminöse Beschaffenheit derselben, vielleicht hämatogenen Ursprungs, vermuthet werden konnte. In vielen der polymorphen Zellen fanden sich Vacuolen, von denen manche so groß waren, daß sie die Zellkerne an die Peripherie drängten; diese Zellen zeigten auf dem heizbaren Objecttische keine amöboiden Bewegungen. Die Kerntheilung in den großen Zellen zeigte vielfach einen Viertypus, so daß häufig an den vier Polen je ein das Zellprotoplasma überragender Kern saß; daneben waren noch verschiedene Formen einer atypischen Zell- und Kerntheilung und Zellen mit auffallend geringer Anzahl von Chromosomen zu finden, wie sie mit den HANSEMANN'schen Beobachtungen an Carcinomen übereinstimmen. Neben diesen regenerativen Vorgängen waren auch Bilder einer hydropischen Degeneration erkennbar, welche RIEDER von dem längeren Aufenthalte in der eiweißhältigen Flüssigkeit ableitet. Fe.

W. MÜLLER (Aachen): **Ueber acute Osteomyelitis der Wirbelsäule.**

Im Gegensatz zur tuberculösen Erkrankung ist der acute, infectiöse Proceß der Wirbel sehr selten. Abgesehen von einem zweifelhaften Falle, der von DOPFER als „Caries eines Lendenwirbels im Verlaufe eines Typhus" bezeichnet ward, vermochte MÜLLER, der einen neuen Fall erlebte, nur 6 ältere Fälle in der Literatur zu finden; davon betraf eine Beobachtung von VALLEIX einen Kreuzbeinwirbel, je eine von MORIAN und von LANNELONGUE die Lendenwirbelsäule, je eine von KÖNIG und von MORIAN die Brustwirbelsäule und eine endlich von MININ (aus C. REYHER's Klinik) die Halswirbelsäule. MÜLLER's Fall („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", XLI, Heft 6) betraf die Brustwirbelsäule eines 12jährigen Mädchens, das angeblich seit Sommer 1891 in Folge eines Schlages mit der Hand gegen den Rücken öfters dort Schmerz empfand, bis anfangs December mit Frieren, allgemeiner Abgeschlagenheit, Kopfschmerz und heftigem Rückenschmerz eine heftige Krankheit einsetzte; nach 3 Tagen Schmerz in Füßen und Beinen und immer heftigere Rückenschmerzen; am 14. Januar Lähmungserscheinungen, die rapid von unten nach oben vorschritten, bis sie die Gegend der Brustwarzen erreichten, dazu Harnverhaltung. Nachdem die Krankheit anfangs als LANDRY'sche Paralyse imponirt hatte, machte das immer deutlichere Auftreten eines Abscesses in der Gegend der 3 oberen Brustwirbel diese Diagnose hinfällig. Die Incision entleerte reichlich bräunlich-grauen Eiter und Detritus, und in der Tiefe der Höhle gelangt man auf nackten Knochen, und zwar auf die total nekrotische linke Bogenhälfte des 2. Brustwirbels. Nach dem Abtragen dieses Bogens entquoll aus dem eröffneten Wirbelcanal Eiter. Dieser Eiter war reich an Coccen, aber frei von Tuberkelbacillen. Trotz anfänglicher Besserung der Pat. ging dieselbe nach 3 Wochen zu Grunde. Section wurde nicht gestattet, die Operationswunde aber war gut granulirt.

Zu betonen ist, daß es sich um primäre osteomyelitische Processe hiebei gehandelt hat; secundäre Herde sind vielleicht gar nicht so selten in den Wirbelknochen zu finden. Warum diese primären Erkrankungen so selten sind im Gegensatz zu denselben in anderen Knochen, selbst in noch kürzeren (Fußwurzelknochen), ist nicht verständlich. Zweifelhaft ist es, ob wohl zuweilen Gibbusbildung von solchen osteomyelitischen Processen verursacht wird; einwenden läßt sich gegen diese Annahme (LANNELONGUE), daß die

acut-osteomyelitischen Erkrankungen große Neigung zu frühzeitigen reparativen Vorgängen haben, und zwar im Sinne periostaler Knochenneubildung. R. L.

ALBERT BEHR (Riga): **Ueber die schriftstellerische Thätigkeit im Verlaufe der Paranoia.**

MAGNAN hat bekanntlich den Versuch gemacht, die Paranoia in zwei Gruppen zu zerlegen, welche sich streng durch ihren Verlauf unterscheiden sollten; er trennt das Délire chronique à évolution systematique (Paranoia completa) von dem systematisirten Wahn der Entarteten; erstere befällt solche Personen, welche bis zum Ausbruche der Erkrankung kein Zeichen einer moralischen oder intellectuellen Störung darboten und verläuft in vier Stadien. Auf eine Periode der Unruhe (période d'inquiétude) folgt die Periode der Verfolgungen (période de persecution), alsdann eine Periode der Größenideen (période ambitieuse) und endlich die Periode des Schwachsinns (démence). Die zweite Form, die Paranoia der Entarteten (dégénerés), befällt nach MAGNAN nur solche Personen, welche schon vor ihrer Erkrankung eine Reihe von Sonderbarkeiten und eigenthümlichen Charakterzügen dargeboten hatten, klingt aber nicht in Schwachsinn aus.

BEHR zeigt nun Schriftproben in einem in der VOLKMANN'schen Sammlung erschienenen Vortrage, daß die schriftstellerisch thätigen Paranoiker zwei Gruppen unterscheiden lassen, die eine Gruppe zeigt eine erhaltene Verstandesthätigkeit, die zweite Gruppe einen Zustand von Verwirrtheit und Schwachsinn; dieser Schwachsinn unterscheidet sich aber wesentlich von den Schwachsinnsformen, die das Endstadium anderer Geistesstörungen bilden. Die Wahnideen der jugendlichen Schwachsinnigen werden sinnlos und zwecklos an einander gereiht, während bei dem Schwachsinn der Paranoiker sich noch immer die Wahnsysteme reconstruiren lassen. Weiterhin sind die Paranoiker auch im Demenzstadium noch im Stande, gewisse Aufgaben zu erfassen und gewisse geistige Arbeiten zu erfüllen. Dieser eigenthümliche Schwachsinn, wie er als Endstadium bestimmter Formen der Paranoia auftritt, ist ein Gemisch von Initiative, von erhaltenen Fähigkeiten und von erhaltenen Kenntnissen; LOMBROSO beschrieb ihn unter dem Namen der Graphomanie als eine besondere Geisteserkrankung, die das Mittelglied zwischen den genialen Narren, der gesunden Welt und den eigentlich Wahnsinnigen bilden sollte.

Jene Kranken, welche Verfolgungsideen produciren, bewahren am längsten ihre Intelligenz. Auch die Querulanten und die hypochondrisch Verrückten zeigen eine Paranoia mit ziemlich langem Erhaltenbleiben der Intelligenz; im Gegensatze zu diesen depressiven Formen stehen die expansiven Formen, wie der combinatorische Größenwahn zur Paranoia completa, deren Ausgang die geistige Schwäche ist.

Diese Thatsachen legen es nahe, bei der Beurtheilung der Paranoia nicht den socialen Maßstab aus dem Auge zu verlieren und stets die Frage zu beantworten, ob der betreffende Kranke als antisociales Element zu betrachten sei und in einer Anstalt untergebracht werden müsse; Paranoiker mit depressiven Formen dürften viel eher außerhalb der Anstalt belassen werden als die an expansiver Paranoia Leidenden. Fe.

Studien über Malaria. Von **Prof. Dr. G. Baccelli** in Rom. Autorisirte deutsche Ausgabe. Berlin 1895. S. Karger.

BACCELLI stellt hier seine klinischen Vorträge über die Malaria in derselben Form und Reihenfolge zusammen, wie sie seinerzeit erschienen sind. Neues ist deshalb in dem Buche kaum zu finden, aber der Werdeproceß unserer heutigen Anschauungen über die Malaria tritt in dieser Aneinanderreihung von Vorträgen aus den Jahren 1866—1892 außerordentlich klar hervor. Zum Schlusse theilt BACCELLI die Versuche einiger seiner Hilfsärzte über experimentell erzeugte Malaria mit. Wer sich für die Entwicklung der medicinischen Wissenschaft interessirt, wird das Büchlein mit Vergnügen lesen. Ir.

Entwicklung und jetziger Stand der Schilddrüsenbehandlung. Von **Dr. Friedrich Heinsheimer.** München 1895. J. F. Lehmann.

Das vorliegende Heft aus der Sammlung „Münchener medicinische Abhandlungen" gibt eine gute Uebersicht über den heutigen Stand der Schilddrüsentherapie. Die fleißig gearbeitete tabellarische Zusammenstellung über die bis Ende 1894 veröffentlichten Fälle von Schilddrüsenbehandlung bringt 150 Fälle von Myxödem mit genauer Literaturangabe, 49 Fälle von sporadischem Cretinismus, 128 Fälle von Hautkrankheiten und 16 Fälle von Morbus Basedowii. Die Behandlung von Struma, Adipositas, Akromegalie und Psychosen ist leider nicht tabellarisch zusammengestellt, obschon gerade bei diesem Theile der Schilddrüsentherapie eine tabellarische Uebersicht sehr wünschenswerth wäre; vielleicht sieht sich der Autor veranlaßt, eine derartige Zusammenstellung nachträglich zu veröffentlichen. Ir.

Kleine Mittheilungen.

— Die besonders von SZIKLAI [1]) warm empfohlene **Behandlung der Pneumonia crouposa mit Pilocarpin** wurde von Dr. ERNST GLASS auf der I. medicinischen Abtheilung des Wiener allgemeinen Krankenhauses (Doc. Dr. PAL) einer eingehenden Nachprüfung unterzogen („Centralbl. f. d. ges. Ther.", October 1895). Im Ganzen wurde das Mittel bei 18 Fällen versucht, und zwar wurde dasselbe als Zusatz zu einem Ipecacuanha-Infus, in geeigneten Fällen in Form der subcutanen Injection, gegeben. Es wurde mit Einzelgaben von 1—2 Ctgrm. begonnen und die Maximaltagesdosis in keinem Falle überschritten. Die Schlüsse, welche nun G. aus seinen Beobachtungen zieht, sind Folgende: 1. Nach Darreichung des Pilocarpins bei frischen Pneumonien, und zwar bei Gaben von 0·01 bis 0·02 pro dosi et die treten mitunter bedenkliche Collapserscheinungen auf; in einzelnen Fällen erfolgt hierauf eine auffallend rasche Ausbreitung des pneumonischen Processes. Eine ausgesprochene Heilwirkung war bei acuten Pneumonien nicht zu constatiren. Aus diesen Gründen erscheint die Anwendung des genannten Mittels bei frischen Pneumoniefällen nicht gerechtfertigt. Besonders gilt dies für die Privatpraxis, bei welcher die ununterbrochene Beobachtung der Pat. undurchführbar ist. 2. Bei verzögerter Resolution kann das Mittel in Einzelgaben von 1—2 Ctgrm., 2- bis 3mal des Tages, und zwar 5—6 Tage hintereinander intern oder in Form subcutaner Injection verabfolgt werden, ohne daß bedenkliche Nebenerscheinungen zu befürchten wären. In diesem Stadium kann das Mittel eine ziemlich rasche Lösung des pneumonischen Infiltrates bewirken, doch bleibt der Erfolg in manchen Fällen aus. Herzschwäche contraindicirt auch hier die Anwendung des Pilocarpins.

— In einer vorläufigen Mittheilung der „Allg. med. Ctrl.-Ztg." (1895, Nr. 79) macht A. KIRSTEIN in Berlin auf die **Bedeutung des trachealen Aortenpulses** als physiologisches und pathologisches Phänomen aufmerksam. Am unteren Ende der linken Trachealwand, in umschriebenem, groschen- bis markstückgroßem Bezirk, findet eine Pulsation statt, derart, daß diese Stelle bei jeder Systole in das Lumen der Luftröhre vorgewölbt wird. Die Excursionen sind mehrere Millimeter hoch und daher bei geradlinigem Einblicke von der Mundöffnung aus auf's Deutlichste sichtbar und demonstrirbar. Der Eingang des linken Bronchus pulsirt mit. Der pulsirende Bezirk entspricht dem Contact mit dem Aortenbogen. Dieser tracheale Aortenpuls ist ein physiologisches, dem gesunden Menschen regelmäßig zukommendes Phänomen. Daß der tracheale Aortenpuls bei Insufficienz der Aortenklappen einen größeren Bezirk einnimmt und höhere Excursionen macht, ist beinahe selbstverständlich; doch stellt er auch hier ein local begrenztes, dem Contact mit dem Aortenbogen entsprechendes Phänomen dar und ist als solches scharf zu unterscheiden von den schwächeren Allgemeinerschütterungen, die das Trachealrohr erfährt. Eingehende Mittheilungen über das Phänomen und seine diagnostische Verwerthung behält sich K. noch vor.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1892, Nr. 51, 52; 1893, Nr. 9; 1894, Nr. 4; 1895, Nr. 29.

2

— Im „New York med. Journ.“ (März 1895) theilt H. ENGEL seine Erfahrungen über die **therapeutische Wirksamkeit des β-Naphthol-Wismuth** mit. Er hat dasselbe in einer Reihe von Fällen angewendet, welche durch mehr minder intensive Störungen in der Function des Magendarmtractes die Indication zum Gebrauch des Mittels abgaben. Er kommt hiebei zu dem Schlusse, daß das β-Naphthol-Wismuth bei derartigen Affectionen alle früher gekannten Wismuthpräparate übertrifft. Besonders in den Fällen, welche die Annahme einer Autointoxication vom Darme aus nahelegen, wirkt das Präparat schnell und sicher. E. sieht in dem β-Naphthol-Wismuth das zuverlässigste, heute bekannte Darmdesinficiens, welches mit der antiseptischen Wirksamkeit noch eine adstringirende verbinde und welches ohne Schaden längere Zeit auch bei Kindern gegeben werden könne. Die Dosirung war bei Erwachsenen 0·6—0·9 3mal täglich, bei Kindern entsprechend niedriger.

— CUNNINGHAM empfiehlt im „New York med. Journ.“ zur **Herstellung aseptischen Catguts** folgendes Verfahren: Das Catgut wird 2 Tage hindurch in einer Mischung von absolutem Alkohol und Aether aufgeweicht, kommt dann für mehrere Tage in eine Mischung von gleichen Theilen Formalin, Alkohol und destillirtem Wasser. Das Formalin wird hernach vom Catgut durch halbstündiges Kochen in Kochsalzlösung entfernt. Dann wird das Catgut in Alkohol aufbewahrt und ist für den Gebrauch geeignet. C. schreibt dieser Methode folgende Vortheile zu: Das Catgut ist Dank der parasiticiden Wirkung des Formalin vollständig steril; die Nähte werden weniger rasch resorbirt, weil das Formalin mit den Eiweißkörpern unlösliche Verbindungen bildet; endlich ist auf diese Weise präparirtes Catgut nicht spröde und kann ausgekocht werden, ohne in seiner Haltbarkeit geschädigt zu werden.

— Dr. FR. LANZ berichtet über die an der Prager med. Klinik erreichten Erfolge bei der **Behandlung der Phosphorvergiftung mit Kalium hypermanganicum** („Berl. klin. Woch.“, 1895, Nr. 40). Es sind 12 Fälle, welche nach der von ANTAL angegebenen Weise behandelt wurden. Zunächst wurde der Magen mit großen Mengen (50 und mehr Liter) einer $^1/_8$‰ Lösung von Kalium hypermanganicum ausgespült, schließlich wurde 1 Liter einer $^1/_2$‰ Lösung von Kal. hyperm. in den Magen eingegossen und darin belassen. Noch an demselben Tage wurden Abführmittel (Infus. Sennae) und an den folgenden Tagen größere Dosen Natrium bicarbonic., sowie Oleum terebinth. vetust. (3mal täglich 5 Tropfen) gereicht. Von den beobachteten Fällen starben 5, und zwar alle, welche 0·20 Grm. und mehr Phosphor genommen hatten. Es entspricht dies einer Mortalität von 41·66%. Dem gegenüber hatte v. JAKSCH bei der früher auf der Klinik üblichen Behandlungsmethode (Magenausspülungen mit warmem Wasser, bis der Geruch nach Phosphor verschwunden ist, dann weiter mit Cuprum sulfur. und Magnesia usta in aqua; an den folgenden Tagen innerlich Cuprum sulfur. 0·5 : 200, 2stündlich 2 Eßlöffel, Ol. terebinth. vetust. 3mal täglich 5 Tropfen und größere Dosen von Natrium bicarbonic.) unter 30 Fällen 11 Todesfälle = 36·66%. Die Mortalität war somit bei der von ANTAL angegebenen Therapie um 5% höher als früher. Diese Zahlen sprechen keineswegs für einen günstigen Einfluß des Kal. hypermang. auf den Verlauf, noch weniger auf den Ausgang der Phosphorvergiftung, und sie zeigen wieder einmal, daß die Resultate des Thierexperimentes mit der klinischen Erfahrung nicht immer im Einklang stehen. Im Anschluß an diese Arbeit weist L. auf die Häufigkeit der Phosphorvergiftung speciell in Prag hin. In den im Verlauf von 5 Jahren zur Beobachtung gekommenen 40 Fällen handelte es sich stets um ein Tentamen suicidii, ausgeführt durch mit Stangenphosphor erzeugten Zündhölzchen. Von sonstigen Vergiftungen kamen in derselben Zeit nur 13 Fälle in Behandlung, darunter 4 Selbstmordversuche, und zwar mit Morphin, Calomel, Arsenik und Carbolsäure. Diese enormen Zahlen von Selbstmordversuchen mit Phosphorhölzchen zeigen, wie nothwendig ein Gesetz wäre, welches die Erzeugung und den Verschleiß von mit Stangenphosphor erzeugte Zündhölzchen verbietet. Denn der Bevölkerung ist in den Phosphorhölzchen ein Mittel von hoher und in den weitesten Kreisen bekannter Giftwirkung ohne jede gesetzliche Controle geboten, während doch bezüglich des Verkaufes anderer Gifte die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen bestehen. Allerdings ist das Vorkommen von Vergiftungen mit Zündhölzchen in Böhmen und speciell in Prag viel häufiger als in Deutschland und in den österreichischen Alpenländern.

— Von der Ueberlegung geleitet, daß, wenn auch der Krankheitserreger der Scarlatina noch unbekannt ist, doch der Streptococcus eine wichtige Rolle in der Aetiologie dieser Erkrankung spielt — er findet sich von Anfang bis zu Ende bei allen Scarlatinakranken in verschiedenen Localisationen —, versuchten JOSIAS und NOCARD in Paris das von MARMOREK dargestellte **Antistreptococcenserum bei Scarlatina.** Es wurde allen Kranken, circa 50, das vom Hammel stammende Serum in der Dosis von wenigstens 5 Ccm. in die Regio iliaca dextra unter antiseptischen Cautelen injicirt. Die Injectionen sind nicht schmerzhaft und werden gut ertragen. Es wurde niemals eine unangenehme Erscheinung beobachtet, welche dem Serum hätte zugeschrieben werden können, mit Ausnahme einer Urticariaeruption, welche häufig auftrat und wenige Stunden bis 2 Tage anhielt. Keiner von den injicirten Kranken ging zu Grunde, es konnte aber auch keinerlei Beeinflussung des gewöhnlichen Krankheitsverlaufes beobachtet werden. Im Allgemeinen erwiesen sich die Injectionen des Antistreptococcenserums als unschädlich, aber sie schienen die Kinder auch gegenüber den der Scarlatina eigenthümlichen Complicationen unter keinerlei günstigere Bedingungen zu setzen. Es ist allerdings möglich, daß man bei Anwendung von Pferdeserum und höheren Dosen günstigere Resultate erzielt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 25. October 1895.

SCHNEYER stellt einen Fall von Hysterie vor, welcher eine Reihe von Symptomen der Osteomalacie imitirt. Für Hysterie spricht die Aetiologie (Trauma), ferner weist die Pat. von subjectiven Symptomen der Hysterie auf: Schlaflosigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, leichtes Erschrecken; objectiv: Hypästhesie und Hyperalgesie der einen Seite, gesteigerte Reflexe, Spasmen, die sich in der Narkose lösen, Gesichtsfeldeinschränkung etc. Als osteomalacische Symptome traten im Verlaufe der Krankheit auf: Druckempfindlichkeit der Knochen, Spasmen, speciell Adductorencontractur, Lähmung des Ileopsoas, gesteigerte Reflexe, typischer „watschelnder“ Gang. Abgesehen vom ganzen Verlaufe der Krankheit weisen noch das Fehlschlagen einer zweimal eingeleiteten Phosphortherapie sowie der, allerdings nur vorübergehende, eclatante Erfolg einer Suggestivbehandlung auf Hysterie.

LATZKO bemerkt zu diesem Falle, daß die Pat. 2 Jahre in seiner Behandlung stand, während welcher Zeit sie Gelegenheit hatte, zahlreiche Osteomalacische zu sehen und deren nervöse Symptome nachzuahmen. Bei dieser Gelegenheit erwähnt L., daß die Osteomalacie, während sie früher in den Anfangsstadien zu selten diagnosticirt wurde, gegenwärtig zu häufig diagnosticirt werde. Das Auftreten von Veränderungen am Knochensystem sei allerdings für die Diagnose Osteomalacie nicht nöthig, und es wäre ein Fehler, die Einleitung einer Therapie von dem Vorhandensein einer Knochenveränderung abhängig zu machen.

SCHLESINGER demonstrirt einen 42jährigen Pat. mit pseudoleukämischen Drüsenschwellungen, bei welchem sich 3 Wochen nach einer eingeleiteten Arsencur eine Arsenmelanose, eine dunkle Verfärbung fast der ganzen Haut, zu entwickeln begann. Die Schleimhäute zeigen keinerlei Alteration, was differentialdiagnostisch gegenüber Morbus Addisoni und Argyrie in Betracht kommt. Besonders jugendliche Individuen scheinen für einen derartigen Einfluß des Arsens disponirt zu sein. Die Arsenmelanose ist des Rückgangs fähig, wenn die Medication früh genug ausgesetzt wird. Der vorgestellte Fall ist noch insofern interessant, als die Drüsenschwellungen unter der Arsenbehandlung um mehr als die Hälfte zurückgingen, ein Erfolg, der allerdings nur wenige Tage anhielt.

KAPOSI bestätigt, daß es sich bei diesen Pigmentirungen um individuelle Disposition handelt; besonders weibliche Patienten neigen hiezu, weshalb gerade bei diesen Vorsicht nöthig ist.

J. Englisch: Zur Behandlung der chronischen Entzündung und der Fisteln der Cowper'schen Drüsen.

Wenn auch schon lange bekannt, haben die Entzündungen der Cowper'schen Drüsen erst seit Gubler eine größere Aufmerksamkeit gefunden. Zunächst nur die acute Entzündung, meist Begleiterscheinung des Trippers. Die chronische Entzündung wurde wegen Geringfügigkeit der Erscheinungen übersehen, die Fisteln meist mit Mastdarmfisteln verwechselt.

Die chronische Entzündung ist entweder der Ausgang einer acuten Entzündung, oder der Verlauf ist von vorneherein ein chronischer. Ersteres selten, da die acute Entzündung meist in Eiterung übergeht; letzteres die häufigere Form. Wird bei acuter Entzündung der Absceß gespalten, so finden wir im Grunde desselben neben dem Bulbus die geschwellte Drüse als eine schwammige, seltener derbe Masse. Die acute Entzündung ist ein mehr periglandulärer Proceß. Die rein chronische Form findet sich 1. bei chronischen Reizungen der Harnröhre, chronischem Tripper, Stricturen u. dgl. oder 2. bei tuberculös belasteten Individuen als Ausgangspunkt der von mir beschriebenen tuberculösen Periurethritis.

Die wesentlichste Erscheinung ist die Geschwulst. Dieselbe liegt entweder in der Raphe perinei und erscheint als bloße Verdickung derselben oder im inneren hinteren Winkel des Trigonum bulbo-urethrale in verschiedener Entfernung von der Raphe nach Anlage der Drüsen. Begrenzung vorne (bezw. unten) scharf; oben an der Fascia perinei propria vom Mastdarme aus selten wahrnehmbar, am deutlichsten bei digitaler Mastdarmuntersuchung. Consistenz derb, hart bis knorpelhart. Keine Druckempfindlichkeit; keine Störungen der Harnentleerung. Die Zahl der bis jetzt mitgetheilten Fälle ist gering, entspricht aber nicht der Häufigkeit. In einer statistischen Zusammenstellung von nahezu 1900 Individuen, die systematisch auf die Harn- und Geschlechtsorgane untersucht wurden und dem Alter von 5—83 Jahren angehören, finden sich neben den 3 obigen, bei Tuberculösen, noch 2 Fälle von Haselnußgröße vor. Fälle von anderen Kranken stehen 5—6 in gleicher Größe zur Verfügung. Kleinere Tumoren finden sich viel häufiger. Unter 300 Leichenuntersuchungen auf Cowper'sche Drüsen finden sich 3 ausgesprochene Fälle (demonstrirt), darunter einer mit cystischer Erweiterung.

So geringfügig die Symptome sind, so ist die chronische Entzündung nicht gleichgiltig: 1. Durch Auftreten neuerlicher acuter Entzündung bei neuen Erkrankungen der Harnröhre, Tripper, Einführen von Instrumenten. 2. Bei Traumen, z. B. Sitzen, Reiten u. s. w. Spaltet man solche Abscesse, so liegt im Grunde des Abscesses die derbe Drüse. Von nicht geringerer Bedeutung ist bei tuberculös belasteten Individuen auch der Ausgang der tuberculösen Periurethritis. Die Entwicklung ist eine sehr langsame, und kommen diese Fälle meistens nach Zerfall der Entzündungsproducte zur Beobachtung. Im weiteren Verlaufe treten jene Veränderungen ein, welche der Vortr. als die tuberculöse Periurethritis an anderer Stelle beschrieben als Ausbreitung der tuberculösen Infiltration über das ganze Mittelfleisch, um die Harnröhre, bis zur Perforation der Harnröhre und Bildung von Harnfisteln.

Fistelbildung findet sich bei acuter Cowperitis nach eigenen Erfahrungen selten, dagegen kommt es bei der oben beschriebenen subacuten Form häufig zur Fistelbildung, da der Proceß meist ein periglandulärer ist. Sobald jedoch ein Rest der Drüse zurückbleibt, besteht immer die Gefahr der Fistelbildung, weil durch Eröffnung einzelner Drüsentheile eine schleimige, fadenziehende Absonderung bestehen bleibt, woraus sich die wiederholte Heilung und der neuerliche Aufbruch der Fistel ergibt.

Man muß unterscheiden: 1. Fisteln gegen die Harnröhre (F. urethralis), 2. gegen die Haut (F. glandula-cutanea), 3. gegen den Mastdarm (F. glandula-rectalis), 4. nach 2 oder 3 der angegebenen Richtungen. Besteht die Absonderung aus einer schleimig-eitrigen Masse, so ist die Fistel eine einfache; geht aber Harn durch, so heißt sie eine complicirte.

Fisteln können sich aber auch aus den vom Vortr. beschriebenen Retentionscysten der Ausführungsgänge der Cowper'schen Drüsen entwickeln, welche immer am Mittelfleische gelegen sind. Die am vorderen Umfange des Mastdarmes nahe dem Sphincter vorkommenden Fisteln werden meist der Cowper'schen Drüse angehören. Die Fisteln liegen meist am vorderen Umfange des Afters; die Absonderung ist eine schleimig-eitrige; von der Fistelöffnung zieht ein Strang gegen die Gegend der Cowper'schen und nach innen gegen die Raphe und den Bulbus. Bei digitaler Untersuchung findet sich am Grunde der Fistel eine Verdickung oder ein Knoten vor. Unterbrechung des Ausflusses mit Geschwulstbildung und Spannung am Mittelfleische. Hohe Mastdarmfisteln finden sich nur bei Ausbreitung des Abscesses längs der Pars membranacea.

Die Heilung und der Verlauf von Fisteln hängen von dem vorhandenen Reste der Cowper'schen Drüse ab.

Die Behandlung bestand zumeist in der Anwendung von Bädern, feuchtwarmen Ueberschlägen. Einspritzungen von Lapis, Jodtinctur, vielfach versucht, haben nach eigener Erfahrung keinen Erfolg. Ebenso die einfache Spaltung des Ganges. Bessere Resultate bei Anwendung des Kali causticum, des Thermocauters nach Spaltung des Ganges, oder Auslöffeln des Drüsenrestes. Die Ursache der Mißerfolge liegt in der Unmöglichkeit, alle Drüsenreste zu zerstören. Für den praktischen Arzt werden diese Methoden oft unmöglich sein. Die einzige sichere Methode, welche vor Recidiven schützen kann, ist die Exstirpation. Leider entschließen sich unsere Kranken in der Privatpraxis nur selten dazu.

Je weniger die Umgebung der Drüse mit ergriffen ist, um so mehr läßt sich die derbe Drüse aus ihrer Kapsel ausschälen. Da die Verbindung der Drüse mit der Harnröhre durch Obliteration des Ausführungsganges aufgehoben ist, so erklärt dies, daß nach der Exstirpation der Drüse keine Harnfisteln entstehen, außer es wurde unvorsichtiger Weise die Harnröhre eröffnet. Ist die Umgebung infiltrirt, so erscheint die Drüse in eine derbe Bindegewebsmasse eingebettet, in der nach oben der Constrictor partis membranaceae untergegangen ist. In diesen derben Massen, in welchen nur die oberflächlichsten Theile der Drüse untergegangen sind, läßt sich der Drüsenrest durch seine mehr elastische, höckerige Beschaffenheit noch unterscheiden.

Die Operation besteht in einem Schnitte über der größten Wölbung und Längenachse der Geschwulst bis auf die Drüse, Ausschälung derselben durch Durchtrennung des lockeren Zellgewebes. Nur im vorderen Theile, der durch den Ausführungsgang fester an die Harnröhre angeheftet ist, muß die Auslösung mit größerer Vorsicht vorgenommen werden. Einlegen eines Katheters wird diesen Act der Operation wesentlich erleichtern. Schwieriger ist die Exstirpation, wenn die Umgebung infiltrirt ist. Dann ist der im Mastdarme liegende linke Zeigefinger der beste Leiter. Je weiter auch die narbige Umgebung entfernt und die Entfernung bis in das normale umgebende Gewebe geführt wird, um so rascher erfolgt Heilung.

Bei Fisteln werden diese gespalten, bis die im Grunde liegende Drüse zu Tage liegt, und selbe nach den früheren Regeln entfernt. Finden sich in der Umgebung der Wunde noch einzelne Granulationshaufen, so sollen dieselben mit dem Thermocauter geätzt werden.

Bei tuberculöser Schwellung der Drüse genügt die Exstirpation nicht, sondern muß die antidyskrasische Behandlung eingeleitet werden. Die Entfernung der Drüse erscheint hier aber um so mehr angezeigt.

Bei Fisteln, welche aus erweiterten Ausführungsgängen hervorgegangen sind, wird nach Spaltung der Gänge die Entfernung der Drüse vorgenommen. Ba.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Wissenschaftliche Versammlungen vom 14. und 21. October 1895.

S. Freud: Ueber Hysterie.

Der Versuch, die eine oder die andere Frage aus der Lehre der Hysterie zu erörtern, stößt auf mehr Schwierigkeiten, als die Besprechung irgend eines anderen Krankheitsbegriffes, dessen Bild ein wohlumgrenztes ist. Es wird sich daher als praktisch erweisen, vorher auf die Diagnose der Hysterie einzugehen, resp. deren Unterschiede von ähnlichen Affectionen zu besprechen. Es ist das Verdienst Charcot's und seiner Schüler, die Hysterie von gewissen orga-

nischen Affectionen abgegrenzt zu haben. Gegenwärtig steht im Mittelpunkte des Interesses das Problem, die Hysterie von gewissen Neurosen zu unterscheiden, mit denen sie ihrem Wesen nach entschieden nahe verwandt ist. Es kommt hier zunächst die Neurasthenie in Betracht. In die Besprechung derselben zur Klärung des Wesens der Hysterie einzugehen, scheint von vornherein kein Vortheil zu sein, da zunächst die Neurasthenie der verschwommenere, unklarere Begriff ist. Aber dieser Punkt entfiele, wenn es gelänge, auch die Neurasthenie schärfer zu umschreiben. Ferner ist der Einwand berechtigt, daß es nach Aussage der sachkundigsten Autoren den Anschein hat, als ob diese beiden Neurosen nur in den extremsten Formen von einander zu sondern seien. Es ist richtig, daß uns die Klinik täglich zeigt, daß recht häufig neurasthenische und hysterische Symptome sich beisammen vorfinden, aber dies hindert nicht im Geringsten, die beiden Affectionen begrifflich, also diagnostisch zu trennen. Im jugendlichen Alter findet man jene Formen von Hysterie, welche nicht eine Spur von neurasthenischer Beimengung haben, und umgekehrt. Was endlich die Frage betrifft, ob eine solche Trennung der Hysterie von der Neurasthenie vom therapeutischen Standpunkt einen Werth hat, muß man sagen, daß sich die gegenwärtige Behandlung viel zu sehr mit der Thatsache der Heredität beschäftigt, und viel zu wenig auf das Symptomenbild der Neurosen achtet. Und gleichwohl erhält man durch das aufmerksame Studium der Symptomatologie sehr werthvolle Aufschlüsse über die Natur der Neurosen, und zwar zunächst über die Aetiologie derselben. Es gibt nämlich einen constanten Zusammenhang zwischen der Art, in welcher sich die „Nervosität" äußert, und zwischen der Aetiologie, die in dem speciellen Falle nebst der Heredität noch eine Rolle spielt. Man kann somit durch Beachtung der Symptomatologie einen directen Schluß auf die Aetiologie ziehen und damit werthvolle Anhaltspunkte für die Prophylaxe erlangen. Dies ist wichtig, da die Erfahrung gezeigt hat, daß die Heilbarkeit eines gewissen Symptoms innerhalb eines Complexes einfach davon abhängt, ob dasselbe hysterischer oder neurasthenischer Natur ist, insoferne als eine ganz bestimmte Heilmethode ein hysterisches Symptom beseitigt, ein neurasthenisches Symptom aber absolut nicht heilt.

Aus dem Gebiet, welches wir Neurosen nennen, kann man folgende vier Typen abgliedern: die Hysterie, die Neurasthenie im engeren Sinne, die Angstneurose und die Neurose der Zwangsvorstellung oder Zwangsneurose. Was man sonst Neurasthenie heißt, zerfällt hier in die Neurasthenie sensu strictiori, in die Zwangsneurose und in die Angstneurose. Die Rechtfertigung für diese Benennung liegt darin, daß mit der Verschiedenheit der Symptome auch eine Verschiedenheit der Aetiologie constant erkennbar ist. Die Zwangsvorstellung wird theils als Symptom der Neurasthenie angeführt, theils als Zwangsneurose von der Neurasthenie getrennt und als Symptom der Degeneration aufgeführt. Daß die Zwangsneurose mit der gemeinen Neurasthenie gar nichts zu thun hat, dafür spricht 1., daß es eine Reihe von Fällen gibt, welche keine anderen neurasthenischen Zeichen als die der Zwangsvorstellungen aufweisen und 2., daß dort, wo neurasthenische und Zwangsvorstellungen zusammen vorkommen, letztere keineswegs der Schwere der übrigen neurasthenischen Symptome parallel laufen. Es sieht viel eher aus wie eine Vermengung; übrigens kommen Zwangsvorstellungen ebenso häufig neben Hysterie vor.

Die Angstneurose macht, im Gegensatze zur Neurasthenie, den Eindruck der Ueberreizung. Die Personen befinden sich in beständiger Unruhe, reizbarer Erregung und zeigen in erster Linie Angst in allen möglichen Formen: acute Angst als plötzlich über sie hereinbrechenden Anfall, Angst in chronischer Form, latent, lauernd, um sich an irgend ein Vorkommniß anzuschließen. Daneben bestehen Parästhesien, Athembeschwerden, Herzbeschleunigung, Congestionen, Schweißausbrüche, Schlafstörung u. dgl. m. Oft maskirt sich der Angstzustand durch gewisse Symptome, wie Unbehagen, Dyspnoe, Herzstörungen, Magenerscheinungen etc. Bei stärkeren Anfällen tritt dann das Angstgefühl deutlich hervor. Hecker nennt diese Erscheinungen Rudimente oder Aequivalente des Angstanfalles. In vielen Stücken sind die einzelnen Symptome der Angstneurose denen der Neurasthenie gerade entgegengesetzt, besonders die so oft falsch diagnosticirte Angstdiarrhoe. Was ein besonderes Recht gibt, diesen Typus der Angstneurose herauszugreifen, ist die relative Häufigkeit ihres ganz reinen Vorkommens ohne Spur von sonstigen neurasthenischen Erscheinungen. Natürlich sind noch immer die Mischfälle die häufigeren. In der Zeit als die Neurasthenie noch nicht im Vordergrund stand, hat offenbar dieses Bild der Angstneurose dem alten Begriffe der Hypochondrie zu Grunde gelegen.

Es wurde oben gesagt, daß den constanten symptomatischen Verschiedenheiten constante Verschiedenheiten in der Aetiologie parallel laufen. Das verhält sich folgendermaßen: Wenn man typisch reine Fälle an jugendlichen Individuen studirt, so zeigt die tägliche Erfahrung, daß die Aetiologie sowohl bei der genuinen Neurasthenie, als auch bei der Angstneurose Schädlichkeiten des Sexuallebens betrifft. Aber dieselben sind in beiden Fällen verschiedener Art. Bei der echten Neurasthenie findet man nämlich immer als Ursache Masturbation, und zwar bei Männern wie bei Weibern; wo Masturbation nicht vorliegt, kann man mit Leichtigkeit nachweisen, daß es sich um eine hereditäre Affection des Nervensystems handelt, welche sich in außerordentlich reichlichen und frühzeitigen spontanen sexuellen Entladungen, in Pollutionen äußert. Man kann demnach schematisch zwei Formen der Neurasthenie annehmen: eine erwerbbare, die Masturbationsneurasthenie, und eine ererbte, die Pollutionsneurasthenie. Was nun aber die Aetiologie der Angstneurose betrifft, so handelt es sich zwar auch um sexuelle Schädlichkeiten, aber von ganz anderem Charakter. Bei Männern ist die Angstneurose auf Abstinenz bei vorhandener kräftiger Libido zurückzuführen; ferner gehören hieher jene Formen der abnormen Befriedigung, bei welchen starke sexuelle Erregungen gesetzt, aber nicht auf normalem Wege beseitigt werden. Bei Frauen ist der häufigste Grund der Angstneurose außer der durch die Witwenschaft gegebenen Gelegenheit der Abstinenz der Coitus interruptus. Während es sich also bei der Neurasthenie um eine überreichliche Ausgabe von sexuellem Stoff handelt, spielt bei der Angstneurose die Zurückhaltung, die Aufsparung des sexuellen Stoffes gewissermaßen, eine große Rolle.

Diese sexuelle Aetiologie hat F. bei intensiver Beobachtung und dem Studium zahlreicher Fälle in etwa 80% gefunden. Die Frage, ob die gemeinhin als Ursachen der Nervosität geltenden Momente (Civilisation, Leben in großen Städten, Ueberbürdung in den Schulen, Ueberanstrengung unserer Sinnesorgane, das Hasten und Jagen nach Erwerb, die unsicheren Lebensverhältnisse, die großen Katastrophen, die Nervengifte, mit denen wir uns überladen) gar nicht in Betracht kommen, so muß man darauf antworten, daß diese Factoren in der That keinen directen Beitrag zur Aetiologie der Neurasthenie liefern. Die sexuellen Schädlichkeiten stellen specifische Ursachen dar, d. h. sie sind nicht zu entbehren, wenn eine bestimmte Neurose zu Stande kommen soll. Als quantitative Momente können dann allerdings die verschiedensten Schädlichkeiten zur Entstehung der Neurose beitragen. Die sexuellen Schädlichkeiten geben also dem Ganzen die Richtung, sie geben aber nicht den Ausschlag. Der Ausschlag kommt dadurch zu Stande, daß die banalen Ursachen, die auf das Individuum einwirken, ein gewisses Maß erreichen. Ein sexuell normaler Mensch, auf welchen die gewissen Schädlichkeiten einwirken, bricht unter ihnen nicht zusammen, er bekommt keine Neurose, während andererseits diese banalen Schädlichkeiten gar nicht vorhanden zu sein brauchen, wenn nur die sexuellen Schädlichkeiten intensiv und lang genug einwirken.

Nach diesen Principien gelingt es leicht, die reinen Formen der Neurasthenie und der Angstneurose zu erkennen und von der Hysterie zu unterscheiden. Auch die reinen Fälle der Hysterie erkennen wir nach den typischen Fällen, wie sie Charcot beschrieben hat. Die übrigen Formen sind Mischformen und es ist ebenso unrecht, sie Hysterie zu nennen, weil sie hysterische Phänomene aufweisen, oder Neurasthenie, weil neurasthenische Symptome vorhanden sind.

Wenn man sich eine Vorstellung über den Mechanismus der Neurosen zu bilden sucht, so kann nach dem bisher Ausgeführten behauptet werden, daß die Neurasthenie und die Angstneurose Störungen rein somatischen Charakters vorstellen, Störungen physiologischer Art etwa wie die Intoxicationen, und es nöthigt uns nichts, auf psychisches Gebiet zu recurriren. Für die Hysterie aber

kann man nach den Arbeiten der letzten Jahre annehmen, daß der Mechanismus des hysterischen Symptomencomplexes ein psychologischer ist, d. h. daß die Störungen bei Hysterie auf psychischem Gebiete vor sich gehen, daß es ein psychischer Mechanismus ist, welcher allen hysterischen Symptomen gemeinsam zukommt. Interessant ist, daß die Zwangsvorstellungen einen ganz ähnlichen psychischen Mechanismus haben, und daß sich darauf eine ganz bestimmte, sehr erfolgreiche Therapie gründen läßt.

Der Beweis, daß es sich bei der Hysterie thatsächlich um einen psychischen Mechanismus handelt, wurde erst kürzlich durch J. BREUER in einem Aufsatze „Theoretisches über Hysterie" erbracht. Dieser psychische Mechanismus ist ein einheitlicher; es entstehen nämlich alle hysterischen Erscheinungen durch den psychischen Mechanismus der hysterischen oder neurotischen „Verdrängung". Schon im normalen Leben sucht man Ereignisse, mit welchen unangenehme Erinnerungen verbunden sind, zu vergessen, die Erinnerung an gewisse unangenehme Dinge abzuwehren. Es geschieht dies, indem man allen Wahrnehmungen, welche den betreffenden Gedanken associativ beleben könnten, aus dem Wege geht, oder man benützt die Herrschaft über den eigenen Gedankenablauf in der Weise, daß man alles vermeidet, was auf Erweckung dieser peinlichen Vorstellung hinzielt, und indem man immer vorsichtiger wird, bringt man es zu einer solchen Virtuosität im Verdrängen und Vergessen, daß die betreffende Erinnerung im Bewußtsein nicht mehr spontan auftaucht. Etwas ganz Aehnliches spielt sich bei der Hysterie ab. Man kann die wichtigsten hysterischen Symptome schematisch in folgende drei Gruppen theilen: 1. Erinnerungen von hallucinatorischer Stärke; 2. motorische Entladungen (Weinkrämpfe, Lachkrämpfe, Zuckungen); 3. Schlüsse, Tendenzen (Neigung, irgend etwas zu thun), Abulien (Unfähigkeiten, z. B. zu essen, zu gehen etc.). Natürlich sind die hysterischen Phänomene nicht immer so einfach, sondern setzen sich aus solchen Elementen zusammen. Es ist z. B. nicht blos ein Geruch, den die Pat. von Zeit zu Zeit hallucinatorisch verspürt, sondern sie muß bei einem gewissen Geruch weinen, traurig sein u. dgl. Alle diese Symptome haben den gemeinsamen Charakter, daß sie dem Willen gänzlich entzogen sind, es handelt sich um „überstarke Vorstellungen".

Diese Vorstellungen sind immer mit einem Zwang behaftet. Nun kann man behaupten, daß überall dort, wo ein hysterischer Zwang besteht, eine Verdrängung stattgefunden hat. Wenn z. B. eine Hysterische nicht essen kann und Ekel bekommt, so handelt es sich um die Verdrängung einer Erinnerung an etwas Unangenehmes, das mit dem Essen verknüpft und allerdings im Stande war, Ekel zu erregen. Daß dem so ist, ergibt sich aus einer Untersuchungsmethode, welche zuerst von BREUER angewendet wurde, und über welche später die Rede sein wird.

Alle verdrängten Vorstellungen bei Hysterie haben einen gemeinsamen Charakter; sie sind nämlich stets sexuellen Inhalts und sind von den Personen immer peinlich empfunden worden. Ueberhaupt sollten wir Aerzte, die wir sonst auf Ernährung, Schlaf etc. soviel Werth zur Erklärung von Krankheiten und als Angriffspunkt unserer Therapie legen, die geschlechtlichen Functionen unserer Patienten nicht so sehr vernachlässigen. Wenigstens lehrt die tägliche Erfahrung, wie wichtig die Geschlechtsverhältnisse für das allgemeine Wohlbefinden sind.

Es fragt sich nun, auf welche Weise bei der Verdrängung oder durch die Verdrängung das hysterische Symptom entsteht. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um etwas Aehnliches wie bei der Zwangsvorstellung oder beim Beachtungswahne, wobei eine Verschiebung des Accentes, der psychischen Intensität, längs eines vorgebildeten Weges oder einer Schlußkette stattfindet.

(Der Vortrag wird in der nächsten wissenschaftlichen Versammlung abgeschlossen werden.)

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 16. October 1895.

Der Präses Dr. HERZ eröffnete das neue Semester mit einer Begrüßung der Anwesenden und ertheilt Herrn Dr. B. BEER das Wort zu einem Nachrufe auf PASTEUR.

Dr. BERTHOLD BEER schildert den wissenschaftlichen Entwicklungsgang der PASTEUR'schen Arbeiten und hebt insbesondere die Beziehungen der Gährungslehre zum Darwinismus hervor. Er weist ferner an der Hand eines Citates aus HENLE's Handbuch der rationellen Pathologie nach, daß nahezu die Gesammtheit der theoretischen Deductionen der modernen Pathologie in Bezug auf Gährung und die Infectionskrankheiten im Wesentlichen bereits von dem Anatomen HENLE ausgesprochen wurden, und daß PASTEUR eigentlich die experimentellen Belege zur HENLE'schen Theorie erbrachte. Bei Besprechung der Lyssa bemerkt der Vortr., daß man den klinischen Blick PASTEUR's bewundern müsse, der ihn das Wesen dieser Krankheit und die Localisation des Giftes in so scharfsinniger Weise erkennen ließ, wodurch in weiterer Folge eine ganz neue Methodik zur Erforschung der Vergiftungen geschaffen wurde, welche noch lange nicht entsprechend ausgenützt sei.

Die Versammelten erheben sich zur Ehrung des verstorbenen Gelehrten von den Sitzen.

Dr. F. KORNFELD demonstrirt hierauf aus der poliklinischen Ambulanz des Prof. v. FRISCH einen Fall von **Epispadie**[1]) der eine ganz colossale Abnormität darstellt. Erstens sind Epispadien ungemein selten; auf 300 Hypospadien sah man erst 1—2, unter 60.000 in Frankreich Assentirten keine einzige. Im vorgestellten Falle — einer Epispadia glandis et penis — reicht der Spalt der Harnröhre bis $1^1/_2$ Querfinger hinter die Corona glandis. Der Penis, sonst gut entwickelt, ist durch das verkürzte Corpus cavernosum der einen Seite nach links gebogen und gedreht, so daß der dorsale, 5 Cm. lange Spalt nach dieser Seite gerichtet ist. Das Merkwürdigste an diesem Falle und auch nach den Aussprüchen der Anatomen entwicklungsgeschichtlich unerklärlich ist das Vorhandensein eines ungespaltenen Präputium, welches den ganzen Defect deckt, so daß in situ davon absolut nichts zu sehen ist. Thatsächlich entging die Hemmungsbildung der Assentcommission mehrere Male. Im Gegensatze zu den Beschreibungen der Literatur über andere Fälle — es existiren im Ganzen 44 Beobachtungen von Epispadien, und zwar meist reinen Glansepispadien — bietet dieser Fall keinerlei Abnormitäten hinsichtlich der Harnentleerung, des Geschlechtsverkehres und der sonstigen Körperentwicklung; in der Familie ist eine ähnliche Abnormität nicht vorgekommen.

An der bloßliegenden Urethralschleimhaut, welche derzeit gonorrhoisch inficirt ist, demonstrirt der Vortr. eine größere Zahl bis $2^1/_2$ Cm. tiefer Lacunen, die alle mit Secret gefüllt sind und sich mit der Sonde nach rückwärts verfolgen lassen. Daraus ist leicht ersichtlich, weshalb gonorrhoische Infectionen auch an normal gebildeten Harnröhren durch die Ansiedlung und Festsetzung der Coccen in diesen MORGAGNI'schen Taschen und Seitengängen der Urethra jeder, selbst endoskopischen Behandlung hartnäckigen Widerstand entgegensetzen; eine eingehende Würdigung des Sachverhaltes und bildliche sowie plastische Wiedergabe behält sich Redner für eine spätere Mittheilung vor.

* * *

In der administrativen Sitzung theilte der Vorsitzende mit, daß Herr Dr. H. SCHLESINGER nicht mehr in der Lage sei, dem Ausschusse anzugehören. Als Ersatzmann wurde Herr Docent Dr. E. REDLICH einstimmig gewählt.

Neuangemeldete Mitglieder: die Herren DDr. MAGER, EITELBERG, HANDL, PFEFFER, LINDNER, HALBAN, SAXL und E. FISCHER.

[1]) Vgl. „Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 42, pag. 1598.

Wanderversammlung
des
Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Gehalten am 4. und 5. October 1895 in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

REDLICH (Wien): **Zur Pathologie der multiplen Sclerose.**

Vortragender bespricht zuerst auf Grundlage zahlreicher eigener Fälle die Grundzüge der pathologischen Histologie und Pathogenese der multiplen Sclerose. Die Herde der weißen Substanz des Rückenmarkes in den chronisch verlaufenden Fällen gestalten sich in der Weise, daß das Gliabalkenwerk dichter wird, seine Maschen immer enger werden und von den Nervenfasern allmälig nur noch Reste, vor Allem nackte Axencylinder, übrig bleiben. Eine andere Form der Veränderung besteht darin, daß die Nervenfasern bei relativ wenig verändertem Gliagewebe gänzlich fehlen, und so ein areolirtes Maschenwerk entsteht. Gefäßveränderungen kommen nur in einer geringen Anzahl von Fällen, und zwar vorwiegend bei älteren Leuten vor.

Bei acuten Fällen und solchen, wo sich in den chronischen Verlauf Episoden acuterer Verschlimmerung einschieben, sucht man an umschriebenen Querschnittspartien oder in der Umgebung alter Herde Zeichen acuteren Zerfalles, insbesondere zahlreiche Fettkörnchenzellen, speciell um die erweiterten Gefäße, deren Wandungen von Zellen infiltrirt sind. Redner bespricht dann die Veränderungen in den anderen Abschnitten des Centralnervensystems, das Vorkommen ausgedehnter Herde im dorsalen Abschnitt der Medulla oblongata und Pons, wodurch unter Umständen ein der Bulbärparalyse ähnliches Krankheitsbild entstehen kann. Charakteristisch für die multiple Sclerose sei das Bestehenbleiben der Axencylinder neben dem Auftreten eines auffällig dichten fibrillären Gewebes, ohne daß aber diese Merkmale der multiplen Sclerose absolut eigen seien.

Bezüglich der Natur des Processes und seines Ausgangspunktes hält R. die Anschauung, daß es sich um einen vom Gliagewebe ausgehenden chronischen Entzündungsproceß handelt, wodurch die Nervenfasern secundär zum Schwund gebracht werden, für nicht genügend begründet, betrachtet vielmehr die Veränderungen des Nervengewebes als primär und die Gliaveränderungen als secundär. Wegen der Inconstanz der Gefäßveränderungen erscheint die Ansicht, daß der Proceß von den Gefäßen ausgeht, hinfällig. Ueberhaupt handle es sich bei der multiplen Sclerose nicht um einen Entzündungsproceß, weil ja unstreitige Zeichen von Entzündung fehlen, sondern um einen vorwiegend degenerativen Vorgang.

Für diese Theorie spreche der unzweideutige Einfluß acuter Infectionskrankheiten auf das Zustandekommen der multiplen Sclerose bei Kindern und jugendlichen Individuen, wobei wahrscheinlich die Degeneration des Nervensystems durch Einwirkung von Toxinen veranlaßt wird. Bei aller Anerkennung dieses ätiologischen Factors müsse jedoch zugegeben werden, daß namentlich bei älteren Leuten auch andere, bis jetzt unbekannte Momente diese Krankheit veranlassen können.

v. Krafft-Ebing fand bei 100 von ihm selbst beobachteten und auf ihre Aetiologie eingehend untersuchten Fällen, daß in der Regel die Krankheit bei bisher ganz gesunden und hereditär nicht belasteten Personen einsetzte, so daß die Bedingungen exogene, zufällige sind. Diese aber ausschließlich, wie dies MARIE thut, in infectiösen Vorgängen zu suchen und die multiple Sclerose als eine postinfectiöse Krankheit zu bezeichnen, sei ganz unzulässig, da in seinen 100 Fällen nur sechsmal eine acute Infectionskrankheit der Erkrankung an Sclerose vorausging.

Dagegen waren in 40 seiner Fälle dem Ausbruche der Krankheit thermische Traumen in Gestalt von einmaligen, aber sehr intensiven, oder von fortgesetzten aber weniger intensiven Erkältungen und Durchnässungen vorausgegangen; in Fällen erster Kategorie war der Ausbruch ein jäher, die Entwicklung zur Krankheitshöhe eine acute, bei der zweiten Kategorie der Beginn verdeckt und die Fortentwicklung eine chronische. In eine Erklärung der Pathogenese will Redner bei unserer Unkenntniß der Einwirkung thermischer Traumen auf den Organismus nicht eingehen. Von den 100 beobachteten Fällen waren 58 Männer, 42 Frauen, 13 kamen präpubisch zum Ausbruch, 7 vor dem 15., 6 nach dem 40. Jahre. Die Mehrzahl der Erkrankungen erfolgte zwischen dem 21.—30. Lebensjahr.

v. Jaksch (Prag) hat zahlreiche mit Autopsie belegte Fälle gesehen, in welchen ein schweres Trauma die einzige nachweisbare Ursache für die nachfolgende Erkrankung abgab, und führt als Beispiel eine einschlägige Beobachtung an, betreffend einen bis dahin gesunden Mann, bei welchem sich im Anschlusse an eine Verletzung durch einen Bombensplitter in der Schlacht bei Königgrätz das Bild der multiplen Sclerose entwickelte. Einen Zusammenhang mit Syphilis oder einer anderen Infectionskrankheit konnte v. JAKSCH an seinem Material nicht constatiren.

Wernicke (Breslau) hält den Zerfall des Nervenparenchyms für die Hauptsache und die Ursache der Entzündung. Daß ein Theil der bei multipler Sclerose gefundenen Veränderungen Entzündung sei, geht aus der wiederholt gefundenen Anhäufung von Rundzellen und Wucherungen des Ventrikelepithels hervor.

In einem kurzen Schlußwort bemerkt REDLICH, daß er in seinen Fällen keine Rundzellenanhäufungen, dagegen bei Befallensein der Oblongata Ependymgranulationen gesehen habe.

SÄNGER (Prag): **Ueber experimentelle Embolien am Centralnervensystem.**

Er erzeugte dieselben an Kaninchen und Hunden durch Einspritzung dickverriebener Oelfarbe in die Art. vertebralis, respective Carotis interna. Bei Injection der Art. vertebralis erfolgt motorische und sensible Lähmung der entsprechenden Vorderpfote. Die Injection betrifft regelmäßig das Gebiet der Art. spinales posteriores, und embolirt erscheinen die entsprechenden Spinalganglien der hinteren Partie des Seitenstranges, das Hinterhirn, manchmal auch der Hinterstrang. Ist dieser mitbetroffen, so ist das Bild der secundären Degeneration dasselbe, wie nach Totaldurchschneidung der betreffenden Partien; bei Freibleiben des Hinterstranges entspricht das Experiment einer Durchschneidung der betreffenden Wurzeln. Von Interesse ist die absteigende Degeneration im Hinterstrange. Bekanntlich gabeln sich die hinteren Wurzeln nach ihrem Eintritte in den Hinterstrang in einen auf- und absteigenden Zweig. Diesen letzteren hat S. in einem Falle am Kaninchen, wo der Hinterstrang und das Hinterhirn von den Embolien ganz frei geblieben und die unterste von der Degeneration ergriffene Spinalwurzel die 6. war, bis zum 17. Wurzelpaare hinab degenerirt gefunden.

Von großem Interesse sind auch die Befunde an den embolirten Ganglien. Zu einer Zeit, wo in dem embolirten Hinterhirn keine Zelle mehr nachweisbar und die hinteren Wurzeln degenerirt waren, waren die Spinalganglien noch im Besitze ihrer normalen Zellenzahl, allerdings geschrumpft und mit starker Veränderung der Zellstructur.

Betreffs der Embolien der Carotis interna ist es S. bisher nicht gelungen, eine Embolirung der basalen Theile des Gehirns zu erzielen. Bei einem Kaninchen, welchem eine Injection in die *rechte* Carotis interna gemacht wurde, notirte S. gekreuzte Blindheit; nach drei Monaten wurde ophthalmoskopisch vollständiger Schwund der markhaltigen Fasern des *linken* Auges und bei der Section hochgradige Atrophie des linken N. opticus und ein ausgedehnter Erweichungsherd in der Rinde des rechten Hinterhauptlappens gefunden. Horizontalabschnitte, nach WEIGERT gefärbt, ergaben Atrophie des gleichnamigen Tractus und des gekreuzten N. opt. bei Erhaltenbleiben des ungekreuzten Bündels, was S. nachdrücklich den neuerlichen Versuchen MICHEL's gegenüber, die Lehre von der totalen Sehnervenkreuzung wieder zur Geltung zu bringen, hervorhebt.

—r.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

IV.

SCHISCHA (Graz) stellt einen Fall vor, der am treffendsten als *Pemphigus cachecticus* bezeichnet wurde. Der Kranke zeigte an Händen und Füßen Efflorescenzen ähnlich dem Erythema multiform. exsudativum, die sich ohne vorhergegangene Blasen entwickelt hatten. Dieser Mangel von Blasen ist auf den kachektischen Zustand des Pat. zurückzuführen, es kommt nur zur Bildung einer geringen Exsudatmenge. Die Diagnose Pemphigus ist durch das Vorhandensein von scheibenförmigen Erosionen der Wundschleimhant gesichert.

JADASSOHN (Breslau): **Zur Kenntniß der Arznei-Exantheme.**

Vortr. berichtet, daß bei 5 mit Jodoform-Idiosyncrasie behafteten Individuen auch bei unverletzter Haut die geringste Jodoformspur eine Dermatitis bewirkte; interne oder subcutane Anwen-

dung des Jodoforms, solange die Haut dabei vor Berührung geschützt war, blieb resultatlos, trotzdem der schnelle Uebergang in den Organismus durch die Untersuchung des Speichels erwiesen wurde. Es trat ferner keine Reizung auf bei isolirter Application auf einer Ulcerationsfläche oder auf einer Schleimhaut (Nase, Rectum, Mund).

Andere Jodpräparate, selbst Jodtinctur, werden von den Pat. ebenso reactionslos vertragen, wie andere dem Jodoform analog zusammengesetzte Substanzen: Chloroform, Bromoform. Die Pat. hatten im Allgemeinen keine reizbare Haut. Aus diesen Versuchen schließt J., daß dem Jodoform eine specifische in der Natur seiner Zusammensetzung begründete Reizwirkung zukomme, und zwar nur bei Individuen, die mit specifischer Idiosynkrasie behaftet sind. Die Identität der Dermatosen nach innerem und äußerem Arzneigebrauch darf nur auf Grund specieller Versuche in jedem einzelnen Falle ausgesprochen werden. Zur Jodoformdermatitis gehört demnach die Berührung der Haut mit dem Jodoform. Die Toleranz der Schleimhäute dem Jodoform gegenüber setzt J. in Analogie mit der Thatsache, daß man Brennesseln kauen könne, ohne Röthung oder Schwellung der Mundschleimhaut zu bekommen. Die Generalisirung einer Jodoformdermatitis kann nicht auf Resorption beruhen.

A. NEISSER (Breslau): **Ueber die sog. „Mercurialeczeme".**

Auf Grund langjähriger Erfahrungen in der Praxis, sowie nach den Resultaten eigens dazu angestellter Versuche kommt N. zur Aufstellung folgender Schlußsätze:

1. Die zahlreich nach Einreibungen — meist wegen Phthirii gemacht — mit grauer Salbe entstehenden Exantheme, Erytheme, vesiculöse und squamöse Dermatitisformen werden nicht hervorgerufen durch das Quecksilber selbst, sondern durch die in minderwerthigen Salben vorhandenen Beimischungen: Terpentin, Fettreste mit hoher Acidität, Nitrobenzol etc.

2. Vielleicht handelt es sich auch um eine individuelle Empfindlichkeit der Haut diesen Stoffen gegenüber.

3. Natürlich leugnet Vortr. trotzdem die Existenz wirklicher Quecksilberexantheme nicht.

Touton (Wiesbaden) citirt zunächst einige Fälle aus seiner Praxis, welche für eine erworbene Idiosynkrasie gegen bestimmte Mittel sprechen, ferner fand er, daß die nach Quecksilberinunctionen häufig auftretenden Folliculitiden, die oft mit Eiterung, Pustelbildung einhergehen, ihre Ursache in einer durch das Reiben bedingten Einwanderung von Bacterien in die Follikeltrichter der Haut haben.

Möller (Graz) glaubt gegenüber JADASSOHN, daß das reizende Princip der Brennesseln nicht in der chemischen Noxe (der Ameisensäure allein) bedingt sein könne, sondern daß hier noch das mechanische Moment, das Verweilen des Stachels in der Haut, die Ursache der Urticaria darstelle. Anders wäre es sonst nicht erklärbar, daß die Brennessel in der weichen, nachgiebigen, glatten Mundschleimhaut, z. B. beim Kauen der Nesseln, keinerlei Brennen verursache, indem es offenbar gar nicht zum Abbrechen der Stacheln oder Nesselhaare komme.

Rosenthal bemerkt, daß die Versuche JADASSOHN's nicht stichhaltig seien, besonders wenn man bedenkt, wie selten z. B. mercurielle Exantheme bei innerer Darreichung des Quecksilbers beobachtet würden im Verhältniß zu denjenigen nach äußerer Anwendung und zur Häufigkeit der Veränderung der Schleimhäute bei Application des Mercurs per os. Die letzteren Veränderungen (Exantheme) sind häufiger, als man glaubt und stehen den Exanthemen der äußeren Haut gleichwerthig zur Seite. Daß Terpentin, Fettsäuren Eczeme hervorrufen können, steht fest, ohne daß deshalb die Existenz der vom Redner beschriebenen mercuriellen Eczeme nach innerem Gebrauche des Mittels bestritten werden könne. Eine angeborene oder erworbene Idiosynkrasie, die Constitution des Individuums, die Dosis und der Zeitpunkt der Application spielen eine Rolle im Auftreten und der sprungweisen Verbreitung des Exanthems. Gegenüber TOUTON glaubt R. nicht, daß das Reiben für die Entstehung der Folliculitis einen der Hauptfactoren darstelle. Es müßte dann auch die zwischen den Follikeln liegende Haut ergriffen sein. Auch der Verlauf spreche dagegen. Die Knoten seien roth und hart, fast niemals trete Eiterung hinzu. Daher komme es auch nie zur Borkenbildung, sondern allmälig zur spontanen Resolution. Im Uebrigen constatirt R. mit Freuden, daß man heute bereits das Vorkommen mercurieller Exantheme nach innerer Application überhaupt anerkenne.

Jadassohn bemerkt gegenüber MÖLLER: Auch im Munde spüre man das Brennen von Brennesseln, auf der anderen Seite habe die Application von Ameisensäure auf feine Stiche in die Haut nicht die gleiche Wirkung wie die Brennesseln, so zwar, daß er weder das mechanische, noch das chemische Reizmoment, sondern eine eigene Reactionsfähigkeit der Gefäße und des Gefäßnervensystems der Haut annehmen müsse, was auch mit der Thatsache stimmt, daß wir von einer Urticaria factitia der Schleimhäute bis nun niemals gehört haben. Gegenüber ROSENTHAL betont Redner, daß die Hg-Exantheme darum nicht hier heranzuziehen seien, weil bei ihnen auch bei äußerer Application die Resorption eine große Rolle spiele. Die Quantität der mit der Haut in Berührung kommenden Medicamente allein könne jedenfalls die Differenzen zwischen der Wirkung innerlich und äußerlich applicirter Stoffe nicht in allen Fällen erklären. Denn man sehe auch beim Hg das eine Mal nach sehr geringer intern verabreichter Dosis colossale Exantheme, während bei Individuen mit hochgradiger Empfindlichkeit gegen äußere Anwendung große Dosen intern vertragen wurden. Auf dem Gebiete der paradoxen Arzneiwirkung bedeute eben die Idiosynkrasie viel mehr als die Quantität. C. ULLMANN.

Notizen.

Wien, 26. October 1895.

(Wiener Aerztekammer.) Für den 23. d. M. hatte der Ehrenrath der Wiener Aerztekammer diejenigen Aerzte seines Sprengels vorgeladen, welche trotz des bekannten, allen kammerpflichtigen Aerzten intimirten Kammerbeschlusses fortfuhren, durch Inserate in den Tagesblättern der Mitwelt ihre Existenz zur Kenntniß zu bringen. Von den Vorgeladenen waren, wie wir erfahren, 18 erschienen; mehrere hatten ihr Nichterscheinen entschuldigt und zwei Aerzte waren ohne Entschuldigung ausgeblieben. Die Verhandlung wurde mit einer durch einen Vertrauensmann der Vorgeladenen verlesenen Erklärung eröffnet, in welcher die annoncirenden Aerzte gegen den ganzen Vorgang Einsprache (!) erheben. Dieselbe scheint indeß wirkungslos geblieben zu sein, da der Ehrenrath beschloß, allen erschienenen, sowie den beiden ohne Entschuldigung ausgebliebenen Aerzten im Sinne des § 12 des Aerztekammer-Gesetzes Rügen zu ertheilen, während gegen die Entschuldigten in einer neuerlichen Verhandlung vorgegangen werden wird. Die anwesenden Annonceure erklärten, gegen das Urtheil des Ehrenrathes den Recurs an die Statthalterei zu ergreifen. — Uns dünkt, der Ehrenrath habe die Herren, die zweifelsohne der vom Gesetze begehrten Voraussetzung der Straffälligkeit — „Schuldigmachung eines des ärztlichen Standes unwürdigen Verhaltens" — vollauf entsprochen haben, recht glimpflich behandelt; offenbar reservirte er die Geschäftsleuten empfindlichere Geldstrafe für die Verhandlung gegen jene Annonceure, die trotz der erhaltenen Rüge die Reclame fortsetzen. Der Entschließung der n. ö. Statthalterei kann wohl vertrauensvoll entgegengesehen werden.

(Ein weiblicher Arzt in Wien?) Zu Beginn dieser Woche machte ein Communiqué die Runde durch die Blätter, im Wien-Hernalser Officierstöchter-Institute sei an Stelle des unter so tragischen Umständen aus dem Leben geschiedenen Stabsarztes Dr. RAMMEL eine Dame, die in Bern das Doctordiplom erlangt habe, zur Versehung des ärztlichen Dienstes berufen worden. In ärztlichen Kreisen hat diese Mittheilung gerechtfertigtes Befremden erregt, da die Ausübung der ärztlichen Praxis in Oesterreich an gesetzlich genau normirte Vorbedingungen geknüpft ist, welche derzeit weder den Frauen die Zulassung zum Studium der Medicin, noch den Besitzern ausländischer Diplome die Ausübung der ärztlichen Praxis ohne nachträgliche, für Frauen unzulässige „Nostrifications-Prüfung" gestatten. Andererseits konnte nicht gut angenommen werden, das Reichs-Kriegsministerium, welchem die genannte Anstalt untersteht, sei gewillt, diese gesetzlichen Bestimmungen zu ignoriren. In der That haben an maßgebender Stelle eingeholte Erkundigungen ergeben, daß die betreffende Dame nicht als Arzt, sondern als Lehrerin der im Officierstöchter-Institute bisher vom Anstaltsarzte vorgetragenen naturwissenschaftlichen Fächer daselbst Stellung gefunden, daß sie neben dem Unterrichte in der Somatologie wohl die Befugniß habe, auch das leibliche Wohl der Institutszöglinge zu überwachen, in diesem Pflichtenkreise aber der Aufsicht eines Stabsarztes unterstehe, und daß selbstredend von einer thatsächlich ärztlichen Wirksamkeit schon aus dem Grunde keine Rede sein könne, weil die Lehrerin-Doctorin den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen gemäß das Receptirrecht nicht besitzt. — Die betreffende Zeitungsnotiz ist dem Gesagten zufolge wohl als „Ballon d'essai" der Vorkämpfer für medicinisches Frauenstudium aufzufassen, die in allerjüngster Zeit eine fieberhafte Polypragmasie entwickeln. Die bosnisch-herzegowinische Landesregierung hat, den Vorschriften des Islam Rechnung tragend, den mohamedanischen Frauen bekannt-

lich weibliche Aerzte zur Verfügung gestellt. Für unser Reichskriegsministerium liegt in Hernals umso weniger Anlaß vor, die „für die heranwachsende weibliche Jugend in Krankheitsfällen unschätzbare ärztliche Berathung“ — um im Stile des Communiqués zu sprechen — den in Oesterreich zur ärztlichen Praxis noch immer allein berechtigten männlichen Aerzten zu entziehen, als unter den Zöglingen des dortigen Officierstöchter-Institutes der Islam keine nennenswerthe Verbreitung gefunden haben dürfte.

(Die „HANBURY-Medaille“), welche von der „Pharmaceut. Society of Great Britain“ jedes zweite Jahr einem auf dem Gebiete der Arzneikunde hervorragenden Gelehrten zugesprochen wird, hat in ihrer diesjährigen Generalversammlung beschlossen, den Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der Wiener Universität, Hofrath Dr. A. E. VOGL, durch Verleihung dieser Medaille zu ehren.

(Universitäts-Nachrichten.) Als Nachfolger v. BARDELEBEN's ist Geh.-R. KÖNIG (Göttingen) an die Berliner Universität berufen worden und soll den Ruf angenommen haben. Bekanntlich hat KÖNIG schon vor Jahren, nach LANGENBECK's Scheiden, eine Berufung an die Berliner Hochschule erhalten, dieselbe aber abgelehnt. — Der ehemalige Privatdocent der Chirurgie an der Universität Heidelberg, Primararzt Dr. EMANUEL HERCZEL, ist seitens des Professoren-Collegiums der Budapester Facultät mit Nachlaß des Colloquiums und Probevortrages zum Privatdocenten an genannter Universität in Vorschlag gebracht worden. — Der Privatdocent der Ohrenheilkunde Dr. OSTMANN in Königsberg ist zum a. o. Professor an der Universität Marburg ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Verliehen wurden: Dem Marine-Oberstabsarzt II. Cl. Dr. MORIZ LINHART der Orden der Eisernen Krone 3. Cl.; dem Linienschiffsarzte Dr. ANTON WOLF das goldene Verdienstkreuz mit der Krone; dem Dr. V. EISENMENGER in Wien der Titel eines Hofarztes; dem Gemeindearzte in Sonntagsberg JOSEPH SCHRAMM das goldene Verdienstkreuz.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Die erste Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft nach den Ferien eröffnete R. VIRCHOW am 16. October mit einem PASTEUR, HOPPE-SEYLER und v. BARDELEBEN gewidmeten Nachrufe. BRASCH und A. BLASCHKO stellten einen Fall von Lepra, v. BERGMANN einen Fall von plexiformem Neurom, JAMES ISRAEL ein Aneurysma der Art. perforans tertia des Endastes der Art. profunda femoris vor. Die 62jähr. Patientin wurde mit günstigem Erfolge operirt. EWALD berichtete über eine unmittelbar lebensrettende Transfusion bei schwerster chronischer Anämie, welche nach seiner Ansicht auf Veränderungen im Gastro-Intestinaltractus zurückzuführen war. Er glaubt, daß das eingespritzte Blut auf die im Körper vorhandenen Toxine eine antitoxische Wirkung ausgeübt und dadurch dem Organismus die Möglichkeit, neue Kräfte zu gewinnen, gegeben hat. — In der Eröffnungssitzung des Vereines für innere Medicin hielt GEORGE MEYER einen Vortrag über den Transport von Personen mit inneren Erkrankungen, der zu folgenden Schlußsätzen führte: Das Krankentransportwesen einer Großstadt ist behördlicherseits einzurichten und zu verwerthen. Die Krankentransportwägen sind am besten in den Krankenhäusern und den Feuerwehrwachen unterzubringen. Die Beförderung von Kranken mit Ausnahme leicht Verletzter in den öffentlichem Verkehr dienenden Fuhrwerken ist zu verbieten. Die Krankenwagen sind nach jedem Transport zu desinficiren. Der Transport der Kranken in's Krankenhaus muß unentgeltlich erfolgen.

(Psychologen-Congreß.) In der Zeit vom 4.—7. August 1896 findet in München der III. internationale Congreß für Psychologie statt, zu welchem von Seite des Comités bereits die Vorbereitungen getroffen werden. Das Arbeitsprogramm enthält fast durchwegs nur Punkte, welche auch für den Arzt von Interesse und Bedeutung sind, z. B. Anatomie und Physiologie des Gehirns und der Sinnesorgane, Sinnesphysiologie, psychische Wirkungen bestimmter Arzneistoffe, Messung vegetativer Reactionen (Athmung, Puls, Muskelermüdung); Psychologie der Sinnesempfindungen, Hypnotismus, Psychopathologie, vergleichende Psychologie und vieles Andere. Formulare für Anmeldung zur Theilnahme, resp. von Vorträgen sind bei Prof. OBERSTEINER in Wien (XIX.) zu haben.

(Literatur.) Von dem rühmlichst bekannten Werke des Prof. R. v. JAKSCH in Prag, Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittelst bacteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden, wird soeben eine vierte Auflage vorbereitet, die Anfangs 1896 zur Ausgabe gelangen wird. Der Inhalt des Buches hat eine wesentliche Bereicherung erfahren; so bringt es mehrere neue Abbildungen nach Originalpräparaten, welche in bekannter sorgfältiger Weise von der Verlagsbuchhandlung hergestellt werden. Die vierte Auflage wird gleichzeitig als dritte englische Auflage in London und die zweite russische Auflage in Petersburg erscheinen. Auch von den Uebersetzungen in andere Sprachen, so der französischen und spanischen Ausgabe, sind neue Auflagen in Vorbereitung.

(Rathschläge für Velocipedisten.) ROCHEBLAVE ertheilt den Anhängern des Bicycle-Sports (im „Progrès méd.“) folgende Rathschläge: 1. Man besteige das Bicycle nur mit Zustimmung des Arztes. 2. Man fahre nur mit mäßiger Geschwindigkeit 12 Kilom. in der Stunde und steigere die Geschwindigkeit erst nach täglicher methodischer Uebung. Nach mehrtägiger Unterbrechung fange man erst wieder mit mäßiger Geschwindigkeit an. 3. Man widerstehe soviel als möglich dem Verlangen, schnell zu fahren. Das Bicycle soll nur rollen. Es ist zwar sehr schwer, der Sucht zum Schnellfahren zu widerstehen, aber mit einer leichten Maschine kann ein wenig Geübter auf gutem Wege ohne Anstrengung 25 Kilom. in der Stunde zurücklegen. Das ist aber zu viel, denn schon bei 14 bis 16 Kilom. erhöht sich der Pulsschlag auf 150.

(Cholera-Nachrichten.) In der Woche vom 15. bis 21. October wurden aus Galizien 57 Erkrankungen und 32 Todesfälle (gegen 26 Erkrankungen und 13 Todesfälle in der Vorwoche) an Cholera asiatica gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August d. J. constatirten Cholerafälle betrug 196 mit einer Mortalität von 62·7%.

(Todesfälle.) Der Nestor der Wiener Kinderärzte, Dr. FERDINAND BAUERNFEIND, ein Schüler MAIER's, ist am 21. d. M. auf seinem Landgute Baumkirchen im 66. Lebensjahre einem Herzleiden erlegen, welches ihn schon vor drei Jahren zum Rücktritte von einer ausgebreiteten Praxis genöthigt hatte. — Gestorben sind ferner: In Paris der bekannte Chirurg Prof. F. H. LARREY, ein Sohn des Leibarztes Napoleon III., 86 Jahre alt; in London der hervorragende Gynäkologe Dr. THOMAS KEITH, bekannt durch seine Erfolge auf dem Gebiete der Ovariotomie, deren erste er im Jahre 1862 ausgeführt hat; in Rom der Professor der speciellen Pathologie, Dr. L. GALASSI.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 28. October 1895, 7 Uhr Abends

im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Doc. Dr. S. FREUD: Ueber Hysterie. (Fortsetzung; eventuell Eröffnung der Discussion.)

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 30. October 1895, 7 Uhr Abends,

im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

Demonstrationsabend.

1. Demonstrationen.
2. Dr. E. GALATTI: Casuistische Mittheilungen. (Mit Demonstrationen.)

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse“** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik“:** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Therapie der Gegenwart“:** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Nr. 44. Sonntag den 3. November 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in **Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber den

Augenspiegelbefund bei Polioencephalitis haemorrhagica superior.

Von **Doc. Dr. J. Herrnheiser** in Prag.*)

In Nr. 40 der „Prager medicinischen Wochenschrift" (Jahrgang 1895) hat Dr. Otto Wiener einen Fall von Polioencephalitis haemorrhagica superior mit Ausgang in Genesung publicirt, dessen ophthalmologische Mitbeobachtung mir der Leiter der deutschen psychiatrischen Klinik, Prof. Arnold Pick, in freundlichster Weise überlassen hatte.

Die Krankengeschichte, kurz wiedergegeben, ist folgende:

Am 5. Juni 1895 wird der 40 J. alte Schuhmacher F. zur psychiatrischen Klinik gebracht.

Dem ärztlichen Einlieferungsdocumente ist zu entnehmen, daß Pat. schwerer Potator, ist und in Folge des Alkoholmißbrauches die Erscheinungen von Delirium tremens auftraten, und daß seine Sehstörung ungefähr 5 Wochen vor der Einbringung begonnen.

Der Kranke wird während der Morgenvisite eingebracht, delirirend, doch bekommt man sofort den Eindruck, daß nicht ein einfaches Delirium tremens vorliegt.

Seine Generalien nennt er richtig mit näselnder stolperiger Stimme. Seine Krankheit soll vor 5 Wochen unter Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen begonnen haben und gleichlautend mit der ärztlichen Angabe seither auch das schlechte Sehen datiren. Ebenso lange besteht auch das Zittern (Reißen) in den Augen. Seit $^3/_4$ Jahren spürt er Thiere im Bette, meistens auf der rechten Seite, und hört auch zeitweilig schreien.

Eine sofort vorgenommene Sehprüfung ergibt, daß der Kranke, wenn man ihm 2, 3, 5 Finger zeigt, ihrer 4, 6, 10 sieht.

*) Vortrag, gehalten in der Prager Wanderversammlung des Vereines für Neurologie und Psychiatrie in Wien am 4. October 1895.

Fordert man ihn auf, nach den Fingern zu greifen, so greift er immer nach rechts. Beim Blicke nach vorwärts weicht der rechte Bulbus nach innen ab, — und beim Blicke nach außen geht weder der linke, noch rechte Bulbus bis zum Cantus externus, speciell der rechte bleibt stärker zurück. Dabei erfolgen alle Bewegungen unter starken, ruckartigen, an Nystagmus erinnernden Bewegungen, die in der Ruhe vollkommen sistiren. Beim Gehen schwankt er stark nach rechts, das rechte Bein wird leicht nachgeschleppt, desgleichen bleibt der rechte Arm zurück. Beim Aufstehen klagt er über Schwindel.

Der am 6. Juni aufgenommene klinische Status ergab Folgendes:

Mittelgroßer, ziemlich kräftig gebauter Mann. Schädel ohne Auftreibungen, 56 Cm. im H. U. messend. Die rechten Stirnfalten etwas seichter als die linken, auch bei Innervation bleiben sie seichter. Die Gesichtszüge auffallend schlaff, wie geglättet. Lidspalten verkleinert. Rechts der Lidschluß nicht so prompt als links. Die Pupillen gleich, gut reagirend auf Licht und Accommodation. Häufiger Lidschluß.

Beim Blicke geradeaus Ruhe der Bulbi. Der rechte Bulbus weicht nach innen ab, Sensibilität der Conjunctivae erhalten, die Augenbewegungen heute nach allen Richtungen frei, jedoch von nystagmusartigen Zuckungen begleitet, die sowohl in horizontalem, als auch in rotatorischem Sinne erfolgen, bei maximalen Bewegungen an Intensität zunehmen und bei seitlichen Bewegungen viel ausgesprochener sind als bei den Excursionen nach oben oder unten.

Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer, bleibt auch bei Innervation etwas zurück, starker Lippen- und Zungentremor. Die rechte Schulter etwas tiefer stehend als die linke.

Die Sensibilität der Extremitäten erweist sich im Ganzen ungestört, nur an den Fingern werden Spitze und Kopf der Nadel verwechselt. Starker Tremor der ausgestreckten Finger.

Gang breitspurig, beim Gehen werden die Beine geschleudert, Puls regelmäßig, mäßig frequent, rhythmisch.

Die sonstige Prüfung der Sensibilität, der verschiedenen Reflexe ergab normale Verhältnisse. Im Harne Spuren von Eiweiß, die bald schwanden.

Am 8. Juni trat bereits Besserung ein, am 15. Juni war das Doppelsehen geschwunden, am 22. Juni waren die nystagmusartigen Zuckungen nur bei maximalen Excursionen zu constatiren, anfangs Juli war auch dieses Symptom geschwunden.

Der Mann blieb noch längere Zeit in Beobachtung der Klinik und wurde dann geheilt entlassen.

Dieser Fall bietet dem Augenarzte gar manches Interessante und verdient von dieser Seite eine eingehende Erörterung.

Die Störungen in der Function der Augenmuskeln, eines der wichtigsten Symptome bei diesem Leiden, haben durch Dr. Wiener nebst der genauen Schilderung die entsprechende Würdigung erfahren; für diese Mittheilung soll nur der mit dem Augenspiegel gemachte Befund nebst den Folgerungen, die daraus zu ziehen sind, den Hauptgegenstand bilden.

Am ersten Untersuchungstage waren an beiden Augen bei völlig gesunden Medien in der ganz normalen Netzhaut in einer um die Sehnervenscheibe herumgelegenen Zone, die auch die Stelle des gelben Fleckes mit einschloß, kleine, kreisrunde, vorwiegend dunkelrothe Blutaustritte zu sehen. Nebst diesen konnte man streifenförmige Blutsprenkel in erheblicher Anzahl erblicken, die gleich den ersteren hauptsächlich an venösen Gefäßen ihren Sitz hatten. Weiße Herde, die bei Processen, die mit Bildung von Hämorrhagien in die Retina einhergehen, einen häufigen Befund bilden, waren hier nirgends zu constatiren, sie blieben auch während der ganzen Beobachtungsdauer aus. Die Pupillen waren scharf begrenzt und zeigten bei normalem Farbentone des Gewebes auch normale Füllung der Gefäße.

Dieser Augenspiegelbefund hielt sich eine Zeit lang im Gleichen, bis mit dem Abklingen der übrigen klinischen Erscheinungen auch hier ein Zurückgehen bis zur restitutio ad integrum zu constatiren war.

Die Function, soweit sie das Sehvermögen betrifft, war auf dem Höhestadium der Erkrankung, in welchem ich den Patienten zuerst sah, nicht zuverlässig zu prüfen. Heute verfügt er über normales Sehvermögen, normalen Farbensinn und ein ganz normales Gesichtsfeld.

Um eine Uebersicht über den Augenspiegelbefund bei den bisher publicirten Fällen — soweit mir die Literatur darüber zur Verfügung stand — zu geben, hat Wernicke in seinen drei Fällen eine Andeutung von Papillitis und Blutungen in der Netzhaut gesehen. Als positiv ist auch der eine von den Thomsen'schen Fällen, bei welchem der laterale Papillentheil blasser war, zu betrachten. Die Angabe, daß die äußere Papillenhälfte blasser ist, als der Norm entspricht, ist stets mit einer gewissen Vorsicht aufzunehmen, allein Thomsen hat auch den anatomischen Nachweis für die interstitielle, retrobulbäre Neuritis mit secundärem, theilweisen Schwunde der Sehnervenfasern erbracht. Negativ lauten die Angaben für die anderen Fälle von Thomsen, Salomonsohn, Boedecker, Jacobaeus und für den Fall von Gayet, von dem einige bezweifeln, ob er als Polioencephalitis haemorrhagica superior aufzufassen ist. Bei Kojewnikoff sind Daten über eine Augenspiegeluntersuchung nicht zu finden, desgleichen auch bei Suckling.

Um auf den von Dr. Wiener veröffentlichten Fall zurückzukommen, so hatten mir bei der ersten ophthalmoskopischen Untersuchung die Herren der psychiatrischen Klinik ihre Diagnose nicht mitgetheilt. Als ich nun die ganz charakteristischen, kreisrunden Blutaustritte in der Netzhaut wahrnahm, lautete meine erste Frage, ob nicht Verdacht auf eine Erkrankung der Nieren oder des Gefäßsystems („Atheromatose"), auf perniciöse Anämie oder einen „septischen" Proceß vorliege, denn wer nur einigemale die Veränderungen, die in der Netzhaut bei septischen Allgemeinleiden auftreten, gesehen hat, mußte unwillkürlich daran denken. So deckte sich der Augenspiegelbefund bei unserem Falle vollständig mit jenem, wie er bei all den angeführten Processen zu sehen ist.

Ich hebe dies deshalb hervor, weil ich glaube, auf Grund des constatirten Augenhintergrundbildes und mit dem Hinweise auf die Erfahrungen, die bei anderen Krankheitsformen gewonnen wurden, einen kleinen Beitrag zur Klärung der Aetiologie dieses interessanten Leidens geben zu können.

Von den 14 Fällen, die ich in der Literatur gefunden, wird bei 11 Alkoholmißbrauch als ätiologisches Moment angeführt, von den erübrigenden drei ist als ganz unklar der eine von Gayet zu nennen, in welchem es sich um einen Mann, der eine psychische Exaltation bei einer übrigens ihn nicht verletzenden Kesselexplosion erlitt, handelt. Der zweite, es ist dies einer von den Fällen Wernicke's, hat als Ursache eine Schwefelsäurevergiftung und für den dritten kann keine bestimmte Ursache angegeben werden, jedoch theilt Salomonsohn, der Autor des letzten Falles, mit, daß der Patient zu Beginn der Erkrankung wiederholt Anfälle von Schüttelfrost und Erbrechen gezeigt habe, und spricht sich über die Thatsache in der Epikrise folgendermaßen aus: „Dagegen erinnert der Beginn des Leidens mit seinen Prodromalerscheinungen, dem Erbrechen, den Schüttelfrösten an eine Infectionskrankheit. Ob eine solche „rheumatische" Ursache nicht ebenfalls Blutungen verursacht hat, muß natürlich dahingestellt bleiben."

Ich glaube, daß bereits Salomonsohn sich auf der richtigen Fährte befunden hat. Eine Allgemeininfection ist nach den Kenntnissen, wie wir sie durch die Bacteriologie und medicinische Chemie erlangt haben, nichts Anderes als eine Intoxication, bedingt durch Aufnahme der verschiedenen Giftstoffe, welche von den pathogenen, in den Organismus gedrungenen Keimen erzeugt werden. Wir haben ja schnell tödtlich verlaufende Vergiftungen und als ihre Analoga die mit großer Geschwindigkeit sich abspielenden Infectionskrankheiten, sowie chronische Toxicosen, das sind durch allmälige Aufnahme der Gifte in der Chemie des Organismus bewirkte Veränderungen, als deren Parallele wir die langwierigen, auf bacteritischer Grundlage beruhenden Erkrankungsformen, wie z. B. die chronische Sepsis und Pyohämie, finden. Als schlagendes Beispiel führe ich an die große Aehnlichkeit des Symptomencomplexes bei Vergiftung mit Arsenik und bei Erkrankung an Cholera asiatica. Als Beweis für die Richtigkeit der Auffassung, daß die Infectionen Intoxicationen sind, gilt das Bestreben, die Giftstoffe, welche als das schädigende Agens gelten, direct aus den Bacterien darzustellen und mit den gewonnenen chemischen Producten dasselbe Krankheitsbild zu erzeugen, wie mit der Einimpfung der Mikroorganismen selbst.

Als Fälle, welche die acute Vergiftung repräsentiren, dürften die zwei wahrscheinlich auf Infection zurückzuführenden Fälle, der eine von Salomonsohn und der andere von Wernicke, sein; den letzteren glaube ich hieher zählen zu dürfen, weil man bei der Section nebst Anderem eine Gastrectasia intoxicatione sulfurica chronica ulcerosa fand.

Die anderen, Alkoholiker betreffenden Fälle sind die Vertreter der chronischen Intoxication.

Der schädigende Einfluß des Alkoholmißbrauches auf den menschlichen Körper ist eine bekannte Thatsache, die mannigfachen Organveränderungen in der Leber, Niere, in dem Nervensysteme, in der Musculatur, in den Gefäßwänden führen eine beredte Sprache.

Wir können demnach die Polioencephalitis haemorrhagica superior als den Ausdruck einer Allgemeinerkrankung, in erster Linie einer Intoxication, ansehen, welche entweder durch Infection mit pathogenen Mikroorganismen oder durch den Einfluß giftiger Substanzen zu Stande kommt. Das gemeinsame Hauptcharakteristikon der Allgemeinprocesse, die ich im Sinne habe — es sind dies Sepsis, Pyohämie, Morbus Weilii, Scorbut, perniciöse Anämie und dergleichen — das für uns in Betracht kommt, ist die Neigung zu Blutaustritten an den verschiedensten Regionen des Körpers, deren Localisation rein Sache des Zufalles ist.

Für die septischen Erkrankungen haben langjährige Untersuchungen am Krankenmateriale der Prager deutschen Universitätskliniken mir ergeben, daß in 32% sämmtlicher Fälle Blutaustritte in der Netzhaut zu sehen sind, deren Form, Lage und klinischer Verlauf sich, wie ich schon erwähnt, in keiner Weise unterscheidet von denen, die ich in diesem Falle gesehen und die WERNICKE für seine Kranken beschrieben.

Ein anderes Beispiel: MÜNNICH hat bei perniciöser Anämie multiple, winzige, manchmal aber auch etwas ausgedehntere Blutaustritte im Rückenmark gefunden und in diesem Organe Veränderungen beschrieben, die ich für die Netzhaut, die ja gleichfalls ein nervöses Organ ist, anatomisch nachgewiesen habe.

Es seien aus dieser Arbeit, um die Aehnlichkeit der pathologisch-anatomischen Befunde auch mit denen, die für die Polioencephalitis von Manchem gebracht werden, darzuthun, einige Stellen wörtlich citirt.

„Die Veränderungen bestehen in capillären Hämorrhagien und ihrer Folge, miliarer Sclerose. Sie bilden gleich den häufigen Hämorrhagien in die Pleura, in das Pericard, die Darmserosa, die Meningen etc. den Ausdruck der hämorrhagischen Diathese der Krankheit, welche sie hervorruft."

An anderer Stelle: „Die frischen Hämorrhagien sitzen gewöhnlich um den deutlich sichtbaren, größeren oder kleineren Zweig eines Randgefäßes herum, ohne daß an demselben eine deutliche Veränderung wahrzunehmen wäre. Von da aus infiltriren die Blutelemente das anliegende Gewebe nach allen Richtungen. Sie liegen bald einzeln oder zu zusammengesinterten Massen zwischen Nervenelementen und Gliamassen eingezwängt."

Später schreibt er: „Die Analogien mit den gleichzeitig bestehenden Retinalblutungen sind so frappant, daß man weiters den Schluß ziehen darf, es müssen ähnliche Capillarblutungen und sclerotische Herde überhaupt bei allen Krankheiten vorkommen, welche Retinalblutungen verursachen."

Liegt nach dem hier Vorgebrachten nicht die Vermuthung nahe, daß der Symptomencomplex der Polioencephalitis superior zufälligen Blutaustritten in bestimmte Regionen des nervösen Centralorganes, die dann jene als charakteristisch geltenden Störungen seiner Function liefern, seinen Ursprung verdankt? Und drängt sich dann nicht weiter die Frage auf, ob nicht Combinationen mit anderen, als besondere Form beschriebenen Erkrankungen des Centralnervensystems erfolgen können? Mit letzterem Gedanken bin ich an der jüngsten Etappe auf dem Wege, den die Lehre von den einzelnen Gehirnerkrankungen eingeschlagen hat, angelangt. Während früher gewisse Formen der Gehirnentzündung durch sorgfältigste Beobachtung der einzelnen klinischen Symptome als eine eigene Krankheitsform hingestellt wurden, ist man jetzt bestrebt, bei Zunahme der Erfahrungen auf Grund reichlicheren Materiales und anderer auf dem Gebiete der Gesammtmedicin gewonnener Thatsachen die zuvor differenzirten Formen von einem Allgemeingesichtspunkte aus zu betrachten und deren Zusammenhang herauszufinden. In einer ganz vor Kurzem, in Nr. 39 der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" erschienenen Mittheilung versucht FREYHAN in überzeugender Weise die WERNICKE'sche acute hämorrhagische Polioencephalitis mit dem von STRÜMPELL gezeichneten Krankheitsbilde der primären, acuten Encephalitis in einen gemeinsamen ätiologischen Zusammenhang zu bringen, da er über einen Fall verfügt, der eine Combination beider Processe darstellt. Und gleich STRÜMPELL plaidirt FREYHAN für die infectiöse Natur dieses Processes.

Die Thatsache, daß der Symptomencomplex der Polioencephalitis haemorrhagica superior in einer Anzahl von Fällen so klar und rein hervortrat, kann in dem ähnlichen Verhalten mit einer bestimmten Netzhautstelle seine Erklärung finden. Gerade so, wie die Maculargegend zu Hämorrhagien besonders geneigt ist, könnten wir annehmen, daß in bestimmten Regionen des Gehirnes Blutaustritte mit besonderer Leichtigkeit statthaben.

Auf einen Punkt noch möchte ich, bevor ich schließe, zu sprechen kommen. Am Ende seines Aufsatzes, der eine genaue Kritik der bis zum Jahre 1892 veröffentlichten Fälle von Polioencephalitis haemorrhagica superior enthält, schreibt BOEDECKER:

„Ich glaube daher nicht, daß man diese Fälle im WERNICKE'schen Sinne als eine selbstständige, entzündliche acute Kernerkrankung im Gebiete der Augenmuskelnerven („Polioencephalitis superior acuta haemorrhagica") wird auffassen können, sondern daß es sich, entsprechend neueren Ansichten über multiple Neuritis, um eine Allgemeinerkrankung (Infection, bezw. Intoxication) handelt, welche bald an diesen, bald an jenen Theilen des Gesammtnervensystems vorwiegend ihren Einfluß übt und vermittelst uns noch unbekannter Einwirkungen gewisse anatomisch nachweisbare Processe, bei den hier in Rede stehenden Fällen, also insbesondere jene hämorrhagisch-entzündlichen Processe in der Medulla oblongata verursacht."

BOEDECKER spricht von hämorrhagisch-entzündlichen Processen.

Anatomische Untersuchungen von Netzhäuten, die ich auch intra vitam bei Personen, die septischen Allgemeinleiden erlegen waren, mit pathologischem Spiegelbefunde gesehen hatte, ergaben mir, daß man von einem entzündlichen Vorgange in der Netzhaut bei den hier in Betracht kommenden Formen nicht sprechen kann. Hier haben wir es eher mit degenerativen Vorgängen zu thun, die vielleicht auf einer durch die chemische Aenderung des Blutes bedingten Ernährungsstörung der Gewebe beruhen. Ohne mich auf ein Gebiet, auf dem ich nicht bewandert bin, begeben zu wollen, möchte ich die Neurologen auf die für die Netzhaut gewonnenen Thatsachen aufmerksam machen, um der Vorstellung Raum zu gewähren, daß für das Zustandekommen der Polioencephalitis haemorrhagica superior nicht allein entzündliche Processe nöthig sein müssen, sondern daß vielleicht auch manchmal ähnliche Vorgänge wie in der Netzhaut genügen, nebst den an den verschiedensten Stellen erfolgenden Blutaustritten, die ja besonders leicht bei den erkrankten Gefäßwänden des Alkoholikers statthaben können.

Ich bin zu Ende, meine Herren; es erübrigt mir noch, Herrn Prof. ARN. PICK für die freundliche Ueberlassung des Falles den besten Dank auszudrücken und die Bitte auszusprechen, meinen Vortrag hier nicht als die Einmischung eines Unberufenen in das Gebiet der Neurologie anzusehen.

Ophthalmologie und Neurologie haben ein großes gemeinsames Arbeitsfeld, auf dem durch das Zusammenarbeiten beider manche Fragen, die noch der Lösung harren, geklärt werden können. Nur von diesem Gesichtspunkte aus geleitet, habe ich meinen Vortrag angemeldet und bitte, ihn auch in diesem Sinne aufzunehmen.

Literatur: BOEDECKER, Zur Kenntniß der acuten alkoholischen Augenmuskellähmung. Charité-Annalen, 1892, pag. 790. — FREYHAN, Ueber Encephalitis haemorrhagica. „Deutsche med. Woch.", 1895, Nr. 39. — GAYET, „Arch. de physiol.", 1875. — JACOBAEUS, „Deutsche Zeitschr. f. Nervenhk." V, pag. 334. — KOJEWNIKOFF, Ophthalmoplegie nucléaire. „Progrès médicale", 1887, Nr. 37. — MINNICH, Zur Kenntniß der im Verlaufe der perniciösen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen. II Theil. „Zeitschr. f. klin. Medicin", 1893. — SALOMONSOHN, Ueber Polioencephalitis acuta superior. „Deutsche med. Wochenschr.", 1891, Nr. 27. — SUCKLING, „British medical Journal", 1888. — THOMSEN, Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der acuten, completen (alkoholischen) Augenmuskellähmungen). „Arch. f. Psychiatrie", 1888, pag. 185 und „Berliner klin. Wochenschr.", 1888, Nr. 2. — WERNICKE, Lehrbuch der Geisteskrankheiten. II., pag. 229. — OTTO WIENER, Ueber einen genesenen Fall von Polioencephalitis haemorrhagica superior. „Prager med. Wochenschr.", 1895, Nr. 40.

Die antibacterielle Therapie.

Von **Dr. Carl Scherk** in Bad Homburg.*)

Die Einführung der Heilserumtherapie in die Praxis ist ein so bedeutungsvolles, epochemachendes Ereigniß, daß es sich wohl der Mühe lohnen wird, uns einen knappen Ueberblick über die Maximen der bactericiden Methoden zu verschaffen, zumal die Wirkung des modificirten Serums gar nicht so deutlich und klar vor Augen liegt, wie die Wirkung des Chinins auf die Plasmodien. Wir sehen bekanntlich unter dem Mikroskop, wie dieses Prototyp eines specifisch wirkenden Alkaloids innerhalb der Blutkörperchen diese parasitären Lebewesen vernichtet.

Es sind nun bald hundert Jahre verflossen, seitdem Edward Jenner im Jahre 1796 seine erste Impfung vollzog. Wir können immerhin annehmen, daß jener kühne Vorkämpfer sich der eminenten Tragweite seiner Entdeckung für die Zukunft bewußt war. Jedoch wollen wir es dahingestellt sein lassen, zu ergründen, ob Jenner bei seiner genialen Beanlagung sich schon damals ein Bild von der Wirkungsweise der künstlichen Immunisirung construiren konnte, wie sich diese Theorie heutzutage zur wissenschaftlichen These ausgebildet hat.

Erst im Jahre 1838 wurden durch Schwann die Grundsteine zum bacteriologischen Aufbau gelegt. Derselbe erkannte die Natur der Hefezellen und wies nach, daß der Gährungsproceß an die Thätigkeit lebender Wesen gebunden sei.

Im letzten Budapester Congresse hat Hueppe in glänzender Rede die beiden Forscher Eisenmann und Semmelweis (1847) in das richtige Licht gestellt.

Wiewohl dieselben eine Erkenntniß der Infectionslehre schon in damaliger Zeit gewonnen hatten, gelang es ihnen nicht, gegen den Strom zu schwimmen, sie wurden in ihrem anerkennenswerthen Streben von ihren Zeitgenossen verkannt.

In den Fünfziger-Jahren stellte Pasteur die These auf, daß jede Gährungsart von der Entwicklung eines besonderen Organismus abhängig sei. Durch seine Hundswuthbehandlung und durch Koch's Reinculturen wurde der bacteriologische Aufbau mächtig gestützt. Hoffen wir jetzt, daß durch Behring's und Roux' Arbeiten das Werk zu Ende geführt wird und wir seine Krönung gemeinschaftlich feiern können.

Ein Zeitraum von 25 Jahren ist verflossen, seitdem Lister durch seine antiseptische Wundbehandlung die Welt in Staunen versetzte. Aus der Antisepsis hat sich naturgemäß die Asepsis entwickelt. Beide Methoden sehen wir heutzutage als die Grundlehren der Wundbehandlungsweise an, unser Ziel, die Prima intentio, ist erreicht. — Wollen wir indeß die Antisepsis bei der Behandlung innerer Krankheiten anwenden, so bleibt die Erklärung der Wirkungsweise uns dunkel, ein tief verschleiertes Bild bietet sich uns dar.

Versuchen wir, uns demnächst einen Standpunkt zu verschaffen, von welchem aus wir eine bessere Beleuchtung gewinnen können.

Wenn wir vorher etwas tiefer in die allgemeine Nosologie zurückgreifen, so können wir, meiner Ansicht nach, einen Angriffspunkt entdecken, von welchem die Lichtstrahlen die Terra incognita günstiger beleuchten dürften.

Es ist fast beschämend für uns, anerkennen zu müssen, daß Krankheit, Fieber und Entzündung für uns noch recht unklare Begriffe waren. Erst Anfang dieses Jahres hat Dr. Alexander Rabe eine gekrönte Preisschrift veröffentlicht, in welcher sich der Verf. auf nicht weniger als 221 Autoren stützt, welche Alle dasselbe Thema mit demselben negativen Resultat bearbeitet haben, daß nämlich die Begriffe Fieber und Entzündung nicht präcise definirt werden können.

Um so erfreulicher ist es demnach, daß Dr. Carl Francke uns neuerdings Definitionen übermittelt hat, welche wir mit Genugthuung begrüßen können. Durch seine Arbeiten über die Reizzustände der Zellen hat Francke sich schon seine wissenschaftlichen Sporen verdient; derselbe faßt nun Fieber und Entzündung als einheitlichen Begriff auf. Unter Krankheit versteht Francke die Störung des chemischen und physikalischen Aufbaues der Zelle.

Der erhöhte Reizzustand der Zellen äußert sich dagegen, wenn er alle Zellen des Körpers betrifft, als Fieber; wenn er eine umschriebene Zellengruppe mit großer Intensität befällt, als Entzündung.

Der mittlere Reizzustand repräsentirt sich unter normalen Verhältnissen im Organismus, der niedrige Reizzustand als Collaps, und so äußern sich alle möglichen Zwischenstufen.

Diesen Unterschied zwischen Fieber und Entzündung wollen wir heute als Ausgangspunkt unserer Betrachtungen festhalten, wir wollen uns indeß nicht nur auf die localen Differenzen beschränken, sondern die charakteristischen Fieberstudien einer näheren Beleuchtung unterwerfen, um daraus die Maxime unserer antibacteriellen Therapie zu illustriren.

Wir wissen, daß eine mechanische Zellenläsion, eine Verwundung, einen erhöhten Reizzustand eines circumscripten Zellencomplexes, also eine Entzündung zur Folge hat.

Heilt durch aseptische Behandlung die Wunde per primam intentionem, so ist der Proceß mit Vernarbung abgelaufen. Wird hingegen durch mangelhaften Luftabschluß oder durch anderweitige Infection pathogenen Mikrobien Gelegenheit gegeben, sich zu colonisiren und zu sprossen und gedeihen, so werden die giftigen Producte durch den Blutstrom fortgeführt; aus der Entzündung entwickelt sich das Fieber. Wir erkennen das Fieber durch den Schüttelfrost, das erste Symptom des Initialstadiums. Sobald sich im Incubationsstadium so viel giftige Producte im Blutstrom angesammelt haben, daß die Dosis groß genug ist, um einen Reizzustand auf die Nervenzellen der Centralorgane auszuüben, stellt sich das Froststadium ein.

Schon Funcke hat in seiner Physiologie die Vermuthung ausgesprochen, daß der Reizzustand der nervösen Gebilde durch ein im Blute befindliches Agens, welches den Centraltheilen zugeführt wurde, veranlaßt werde.

Wir wissen nun, daß die Nervenzellen gegen die chemischen Reize der pathogenen Mikrobienproducte ganz besonders empfindlich sind; wir können aber andererseits annehmen, darauf weisen uns die physiologischen Erfahrungssätze hin, daß nicht alle Nervenzellen gleichmäßig auf die Reize reagiren. Die motorischen, die sensiblen und sympathischen Zellen werden auf die verschiedenen pflanzlichen und thierischen Alkaloide nicht in gleicher Weise reagiren.

Versuchen wir von diesem Standpunkte nun, die Einwirkungen der Bacteriengifte zu deuten; so ist es, meiner Ansicht nach, einleuchtend, daß der Reizzustand, welcher durch specifisch wirkende Mikrobienproducte auf den Sympathicus ausgeübt wird, zunächst ein Froststadium zur Folge haben wird.

Es ist ein physiologisches Gesetz, daß Reizung des Sympathicus eine Contraction der Vasoconstrictoren, eine Durchschneidung oder Lähmung eine Erweiterung der Arterienlumina bewirkt.

Außerdem ist es Thatsache, daß auf jeden erhöhten Reizzustand der Nerven- und Muskelzellen ein Erschlaffungsstadium folgt.

Wenden wir diese Grundsätze auf den chemischen Reiz der pathogenen Mikrobienproducte, auf die Sympathicuszellen an, so liegt auf der Hand, daß die Vasoconstrictoren der Hautarterien sich zusammenziehen werden; eine Verengerung der Lumina und eine Verdrängung der Blutmenge von der Peripherie nach dem Centrum hin, wird die Folge sein. Die verengten Hautarterien sind durch die herabgesetzten Blutmengenverhältnisse in der Wärmeabgabe gehemmt und der

*) Vortrag, gehalten im Aerztlichen Kreisverein des Obertaunus.

Beginn des Froststadiums documentirt sich durch die allbekannten Symptome.

In analoger Weise müssen wir annehmen, daß durch thermische Reize eine Einwirkung auf den Sympathicus durch hohe und niedrige Temperaturen ausgeübt wird.

Baelz hat erst am letzten Wiesbadener medicinischen Congresse hervorgehoben, daß die Japaner, welche die Gewohnheit haben, mehrmals täglich heiße Bäder von 42° zu nehmen, beim Eintritt in das Badwasser von einem Schauergefühl und Gänsehaut befallen werden.

Der thermische Reiz, welcher auf die sensiblen nervösen Hautgebilde ausgeübt wird, ist auf die centralen Sympathicusorgane übertragen, und die Einwirkung auf die Koelliker'schen Hautmuskelfasern, welche sich an die Haarbälge ansetzen, wird eine Gänsehaut zur Folge haben.

Auch die physiologischen Reize, welche auf den Sympathicus direct ausgeübt werden, wirken in ähnlicher Weise.

Wir wechseln die Farbe, sobald uns Angst und Schreck befällt. Die Haare sträuben sich und ein Schauer ergreift uns bei jedem Gemüthsaffect immer, selbst die antagonistischen Nervenzellen des Darmtractus werden in Mitleidenschaft gezogen.

Wir beobachten endlich aber auch ein Froststadium bei einzelnen Gehirnkrankheiten, bei denen wir keine pathogenen Bacterienproducte als Ursache des Fiebers nachweisen können. Hier müssen wir die Reizung der Nervenzellen auf eine mechanische Einwirkung, z. B. auf Entwicklung einer Exostose, zurückleiten.

Daß die betreffenden nervösen Gebilde durch die pathogenen Mikrobienproducte einer Veränderung unterworfen sind, welche sich durch degenerative Processe in den Nervenzellen und Nervenbahnen äußert, geht schon zur Genüge aus den Lähmungserscheinungen hervor, welche dem prakticirenden Arzte nach acuten Infectionskrankheiten und Diphtheritis, Influenza etc. zu häufig leider vor Augen treten.

Charcot und Déjerine haben schon im Jahre 1862 nachgewiesen, daß die Rachenlähmung nach Diphtheritis von den Veränderungen der Nn. palatini herstammt. Accommodationslähmungen sind auch in Folge von Wurstvergiftung beobachtet worden.

Auch hat Hugo Preysz in diesem Jahre erst der Budapester Aerztegesellschaft Sectionsberichte über Diphtheritisfälle übermittelt, in welchen er constatirt, daß nicht nur das periphere, sondern auch das centrale Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen wird, wenn auch nicht mit gleicher Intensität. Atrophie des Rückenmarks, Zerstörung der Nervenzellen, hochgradige Degeneration des Goll'schen Stranges, Degeneration des Vagus, Recurrens und Phrenicus liefern das Sectionsresultat.

Zu beachten ist, daß Preysz der Ansicht ist, daß der unerwartete Tod, wie wir denselben so oft im Reconvalescenzstadium Diphtheritiskranker beobachten, eine Folge der Vagusdegeneration sei.

Daß die Vagusdegeneration in Bezug auf die Herzfrequenz von großem Einfluß sein kann, wollen wir keineswegs bestreiten. Wie wir aber später ausführen werden, sind jedenfalls noch andere Functionen bei der erhöhten Pulsfrequenz im Exacerbationsstadium zu berücksichtigen. Denn die pathogenen Mikrobienproducte üben nicht nur einen deletären Einfluß auf die Nervenzellen, sondern auch auf die Blutzellen aus.

Ob ein hyperämischer Zustand auf die Entwicklung der Bacterien einen günstigen oder ungünstigen Einfluß ausübt, diese interessante Frage ist noch nicht gelöst. Die Resultate der Experimente von Ochontine und Royer sind geradezu entgegengesetzter Art. Beide Forscher erzeugten zunächst eine Hyperämie an einem Kaninchenohre dadurch, daß sie das oberste sympathische Ganglion cervicale exstirpirten. Nachdem dieselben auf diese Weise eine vasomotorische Paralyse hergestellt hatten, injicirten sie eine Erysipelascultur. Während Ochontine nun an dem hyperämischen Kaninchenohre ein intensiveres Erysipel beobachtete, constatirte Roger das Gegentheil.

Kehren wir nach dieser kurzen Abschweifung zur Erläuterung der cardinalen febrilen Symptome zurück, so wissen wir, daß sowohl die Temperatur wie auch die Pulscurven mit den Respirationsverhältnissen gleichen Schritt halten; alle Drei harmoniren in der aufsteigenden wie absteigenden Curve.

Die Wärmeabgabe ist, wenn sie vermindert ist, im Froststadium, indeß nicht allein die Ursache der Temperatursteigerung, zumal das sehr schnelle und hohe Steigen der Wärmegrade schon darauf hinweist, daß wir im Froststadium und den folgenden Stadien nicht nur mit der Abgabe, sondern vor Allem mit der Wärmeproduction zu thun haben.

Letztere ist im Froststadium um das $1\frac{1}{2}$- bis $2\frac{1}{2}$fache erhöht. Die Wärmeabgabe ist im Schweißstadium am stärksten und übertrifft nach Leyden's Untersuchungen die normale Abgabe um das 2- und 3fache. Daß bei der Regulirung des thermogenetischen Centrums die localen Verhältnisse, das heißt der Verlauf der Gefäße in peripheren oder centralen Bezirken, die Stromgeschwindigkeit zugleich in Betracht kommen, lehrt uns schon die Physiologie; daß unter pathologischen Bedingungen die Functionen des regulirenden Centrums bedeutend schwieriger zu beurtheilen sind, als unter normalen Verhältnissen, liegt auf der Hand.

Ist doch die Wärmeproduction ausschließlich das Resultat des Zellenchemismus. Ist der Stoffwechsel, wie im Fieber, bedeutend erhöht, so wird die Wärmeproduction eo ipso zunehmen.

Wir wollen zunächst nur hervorheben, daß die gestörte Regulirung des thermogenetischen Apparates auf die Einwirkung der vasomotorischen Nerven, also auf den Sympathicus während der verschiedenen Fieberstadien vornehmlich zurückzuführen ist.

So deuten auf diesen Umstand nicht nur die Entwicklung der verschiedenen Hautexantheme hin, wie wir sie bei bestimmten acuten Infectionskrankheiten, so bei Variola, Scarlatina, Morbilli etc., beobachten, sondern Jessner hat auch neuerdings die neurotischen Dermatosen auf eine Alteration der vasomotorischen Fasern zurückgeleitet.

Zur Erklärung der Puls- und Respirationsfrequenz im Fieber kann uns indeß die Einwirkung auf den Sympathicus nicht genügen. Würden bei der Herzaction die sympathischen Herzganglienzellen die gereizten Urheber der erhöhten Pulscurve sein, so müßte bald eine Erschlaffung eintreten. Dies ist aber nicht der Fall, das Herz arbeitet um so schneller, je mehr das Fieber steigt. Es folgte keine Erlahmung, wie wir sie nach dem Reizzustand der vasomotorischen Bahnen erläutert haben. In Folge dessen müssen wir andere ursächliche Factoren bei der Herzfrequenz ausfindig machen.

Da nun Traube in seinen Vorträgen stets hervorgehoben hat, daß die im Organismus frei producirte CO_2 einen Stimulus für den Vaguskern bilde, so ist ersichtlich, daß ein Minus von CO_2 die Frequenz der Herzcontraction erhöhen, ein Plus dieselben verlangsamen wird.

Da im kohlensäurereichen Bade ein Plusquantum von CO_2 zurückgehalten wird, so habe ich diese Retention zur Erklärung der Pulsverlangsamung nach dem Gebrauch der CO_2-haltigen Bäder herangezogen. Der Vagus wirkt als Hemmungsnerv, demnach wirkt ein Plus von CO_2 stimulirend, ein Minus dagegen lähmend.

Da die Untersuchungen von Geppert, Senator, Ewald und Kraus darin übereinstimmen, daß bei acutem Infectionsfieber ein Minus von CO_2 im Organismus zu constatiren ist, so können wir die erhöhte Herzfrequenz als eine Lähmung der Hemmungsnerven durch dies Minus von CO_2 deuten.

Die gesteigerte CO_2-Ausscheidung beträgt nach den Untersuchungen Frankel's und Leyden's 70—80%.

Wenn wir andererseits beobachten, daß ein großer Theil der Erythrocyten, die doch die Function der Blutgasträger zu erfüllen haben, durch die Bacterienproducte zerstört werden, so läßt sich hiedurch auch schon das CO_2-Minus erklären. Darauf weist auch die GEPPERT'sche Beobachtung hin, nach welcher das Deficit von CO_2 sich nicht sofort beim Beginne eines acuten Infectionsfiebers, sondern erst im Verlaufe nachweisen läßt, d. h. wenn eine bestimmte Anzahl von Blutkörperchen zerstört ist.

Der Vagus steht aber nicht allein im antagonistischen Verhältniß zu den Sympathicuszellen, sondern auch dem N. accessorius Willisii gegenüber, und deshalb können wir die erhöhte Respiration ebenfalls auf eine Lähmung dieses Nerven hinleiten.

Wir wollen die anderen Factoren, den Sauerstoffmangel, welcher die Folge des erhöhten Oxydationsprocesses im febrilen Stadium ist, freilich nicht unbeachtet lassen, immerhin wird indeß die Verengerung der Stimmritze in Folge Vaguslähmung mit zu der Dyspnoe beitragen.

Nach A. BERNARD's exacten Versuchen tritt sowohl nach Durchschneidung der Nn. vagi, als auch der Nn. accessor. Willisii Aphonie ein. Nach Durchschneidung der ersten wird die Stimmritze dauernd verengt, während die Durchschneidung der Accessorii eine Erweiterung zur Folge hat.

RIEGEL hat constatirt, daß die Lähmung der Mm. cricoarytaenoidei postici, also des Vagus, eine Verengerung der Glottis dadurch bewerkstelligt, daß der antagonistisch wirkende Accessorius das Uebergewicht in seiner Function bekommt und dadurch die heftige inspiratorische Athemnoth nach sich zieht.

(Schluß folgt.)

Das Ichthyol und seine Wirkung.

Von **Dr. M. Eberson** in Tarnow.

(Schluß.*)

B. Geschlechtskrankheiten.

Die ersten günstigen Berichte über die Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthyol stammen von der Münchener Garnison[26]), blieben aber weiter unbeachtet. Erst die Publicationen KÖSTER's[27]), NEISSER's[28]), EHRMANN's[29]), JADASSOHN's[30]) und MANGANOTTI's[31]) lenkten die Aufmerksamkeit der Aerzte darauf. Schon eine 1%ige Lösung, in Form von Injectionen angewendet, besitzt antigonorrhoische Wirkung, indem die Gonococcen verschwinden, die Schmerzen nachlassen und das Secret eine mehr schleimige Beschaffenheit annimmt. Nach gleichlautendem Ausspruch genannter Autoren wirkt das Ichthyol schneller und sicherer, als andere ähnliche Mittel. Natürlich nicht ausnahmslos in allen Fällen. Es gibt solche, die sich als refractär gegen das Mittel erweisen. Diese Thatsache ist aber auch bei allen anderen Mitteln bekannt, nur daß sie beim Ichthyol spärlicher verzeichnet zu finden ist.

Aber auch bei anderen Genitalaffectionen wurde das Ichthyol mit Erfolg angewendet. LOHNSTEIN[32]), VILETTI[33]), FREUDENBERG[34]), MAYLÄNDER[35]) und COLOMBINI[36]) kannten seine gute Wirkung bei acuter und chronischer Blennorrhoe und ihren Complicationen, wie Cystitis, Prostatitis und Epididymitis. Diese Wirkung ist theilweise auf Rechnung seiner antiparasitären Eigenschaften zu setzen, theilweise aber kommt noch seine resorbirende Kraft in Betracht, z. B. bei periurethralen Infiltrationen, Prostatitis und Nebenhodenentzündung. DAMIENS[37]) weist auf die Möglichkeit hin, Ichthyol subcutan anzuwenden, und beschreibt einen Fall von tertiärer cerebrospinaler Syphilis, der nach 10tägiger Behandlung mit subcutanen Ichthyolinjectionen (0·03 pro dosi jeden 2. Tag) gebessert wurde. Die Injectionen waren unschädlich und riefen local keine Störungen hervor. Besonders gute Resultate erzielte dieser Autor durch subcutane Anwendungsweise des Ichthyol bei Rheumatismen und verschiedenen Neuralgien.

Ich wende das Mittel an bei Gonorrhoe seit circa 2 Jahren. Meine Verordnungsweise ist folgende: In den ersten Tagen Salol. Dann 1% langsam steigend bis 3% Lösung Ichthyol ad injectionem. Nach einer 4—6tägigen Pause, wo ein anderes Mittel gegeben wird, z. B. Zinc. sulfo-carbol., kehre ich zu 3—5% Ichthyol zurück und beende die Behandlung abwechselnd mit Argent. nitr. Die Resultate sind außerordentlich günstig; ich habe Fälle zu verzeichnen, die nach 3 Tagen mit Ichthyol-Injectionen vollständig geheilt wurden. Das Mittel wird gut vertragen und ist die Anwendung eine angenehme. Aufmerksam möchte ich nur darauf machen, daß es geboten ist, intelligenteren Pat. reines Ichthyol-Ammon in die Hand zu geben und die Bereitung der Lösung in abgekochtem Wasser ihnen selbst zu überlassen (auf eine Spritze zur Injection 3—6—10—16 Tropfen entsprechen 1—2—3—5%), da schwache Lösungen, mehrere Tage aufbewahrt, nicht steril sind. Vor Allem aber ist vor stärkeren als 5proc. Lösungen zu warnen, da solche heftiges Brennen und Blasenreizung hervorrufen können. In subacuten und chronischen Fällen ist neben entsprechender localer Behandlung Ichthyol in Pillenform intern zu verabreichen, nicht minder bei Complicationen von Seite der Blase, Prostata und Nebenhoden, woselbst wieder Suppositorien und Salben neben innerer Anwendung angezeigt sind.

C. Interne Krankheiten.

Es erscheint auf den ersten Blick unglaublich und übertrieben, wenn wir dasselbe Mittel, das bei vielen Haut- und Genitalerkrankungen so wirksam gefunden wurde, auch zur Anwendung bei internen Krankheiten warm empfohlen sehen, und sehen wir mit Mißtrauen das „Universalmittel" an. Wenn wir aber erwägen, daß zwischen vielen äußeren und inneren Erkrankungen des Körpers wechselseitige Beziehung nicht zu leugnen ist, andererseits aber sehen, daß das Ichthyol nur dort zur Anwendung gelangt, wo seine gefäßverengende und die Ernährung hebende Wirkung in Betracht kommt, so sieht freilich die Sache ganz anders aus. „Es ist für das junge Ichthyol wirklich ein Unglück", meint v. NUSSBAUM[38]), „daß es bei gar so vielen Krankheiten empfohlen wird." Jeder aber muß mir beistimmen, wenn ich hinzusetze: Ein Glück ist es jedoch, daß sich das Ichthyol überall so glänzend bewährt. Der interne Gebrauch des Mittels ist nach v. NUSSBAUM[38]), HOFFMANN und LANGE[39]), LEHMAN[40]) angezeigt bei gichtischen Entzündungen, Neuralgien mit Schmerzen in Knochen, Gelenken und Muskeln, Ischias, Tumor albus, Rheumatismen, bei Magen- und Darmkrankheiten (GALATTI[23]), Influenza in Form von Inhalationen (LORENZ[41]), chronischer Nephritis und Diabetes (GADDE[22]).

*) Siehe Nr. 42.

26) Sanitätsbericht über die königl. Bayerische Armee für die Zeit vom 1. April 1889 bis März 1891.

27) Beitrag zur Ichthyol-Therapie. „Deutsche med. Ztg." Nr. 87 ex 1890.

28) Internationaler Dermatologen-Congreß. Wien 8. Sept. 1892.

29) l. c. bei 28.

30) „Deutsche med. Wochenschr.", Nr. 38 u. 39 ex 1892.

31) „Riforma medica", VIII, Nr. 85, Vol. II, Neapel 13. April 1892.

32) Ueber die Verwendbarkeit des Ichthyol bei Krankheiten des Urogenitaltractus. „Allgem. Med.-Central-Ztg.", Nr. 103 ex 1893.

33) L'Ichthyol dans le traitement des uréthrites et des cystites. Rome 1894.

34) Ueber Ichthyol-Suppositorien bei der Behandlung der Prostatitis. „Centralbl. f. klin. Med.", Nr. 26 ex 1893.

35) Ichthyol bei Epididymitis gonorrhoica. „Pester med.-chir. Presse", Nr. 50 ex 1894.

36) L'ittiolo nella cura della blennoragia. Siena 1893.

37) De l'ichthiol en injections hypodermiques. Paris 1892.

38) Ueber den inneren Gebrauch des Ichthyol. „Therap. Monatsh.", Nr. 1 ex 1888.

39) Beobachtungen über das Ichthyol nach 3jähriger Anwendung. „Therap. Monatsh.", Nr. 5, 1889.

40) Ichthyol als schmerzstillendes Heilmittel. Der ärztliche Praktiker, Nr. 24 ex 1889.

41) Ueber Ichthyol. „Berl. klin. Wochenschr.", Nr. 15, 1890.

Einen interessanten Fall von Heilung einer subacuten Peritonitis nach Typhlitis und Perityphlitis bei einer 45jähr. Frau erzählt GÜNTHER[42]). HERZ[43]) sah gute Erfolge von 2—3% Ichthyol-Gargarismen bei Angina. KOHN[44]) war der Erste, der es bei Lungentuberculose empfahl. SCARPA[45]) jedoch befaßte sich damit eingehender, indem er 150 Fälle mit Ichthyol behandelte. Wenn wir auch die Resultate mit einer gewissen Reserve aufnehmen müssen, und zwar mit Rücksicht auf die geringe Versuchswahl und kurze Observation, so sind dieselben doch beachtenswerth, da constatirt werden konnte, daß das Ichthyol einerseits die Ernährung und den Stoffwechsel des Kranken günstig beeinflußt, andererseits aber auf die Bacterientoxine neutralisirend wirkt. Die beste Anwendungsweise ist die Pillenform, welche von der Ichthyol-Gesellschaft Cordes Hermannni & Co. sehr schön hergestellt wird. Man beginnt mit einer Pille à 0·10 zweimal täglich und steigt rasch auf 2—5 Pillen (0·5 2mal des Tages). Außer leichtem Magendruck bei empfindlichen Kranken verursacht es keine Störungen und wird gerne genommen. Nach Erreichung des Erfolges soll die Behandlung unterbrochen werden, damit keine Gewöhnung an das Mittel erfolgt, da es dann bei eventuellen Recidiven nicht mehr so gut wirken könnte. — Aus meiner Praxis habe ich nur eine geringe Zahl von Beobachtungen zu verzeichnen. Ein Fall von Lungentuberculose in extremis konnte zwar nicht gerettet werden, ich bemerkte aber eine Hebung des Allgemeinbefindens für einige Wochen. Ein Fall von chronischer interstitieller Nephritis wurde bedeutend gebessert. 2 Fälle von chronischer Gicht zeigten ein Coupiren der Anfälle und Seltenerwerden derselben. Bei combinirter äußerer und innerer Anwendung waren einige Fälle von Rheumatismen von Heilung oder befriedigender Besserung begleitet.

D. Frauenkrankheiten.

Wenn man zugeben muß, daß das Ichthyol bei Behandlung innerer Krankheiten noch immer nicht jene Beachtung gefunden, die es unstreitig verdient, so ist seine Verwendung in der Gruppe der Frauenleiden so verbreitet, daß es hieße, Eulen nach Athen tragen, wollten wir uns bei dem Thema lange aufhalten. Kein Gynäkolog kann Ichthyol missen, und zeugt davon die reichhaltige Sammlung von Aufsätzen hervorragender Autoren, die sich damit beschäftigen. FREUND[46], [47]), REITMANN und SCHÖNAUER[48]), BLOCH[49]), KÖTSCHAU[50]) SCHULTZ[51]), POLACCO[52]), CHÉRON[53]), KURZ[54]) sind diejenigen von den Vielen, die es mit Befriedigung, weil es kein anderes Mittel gibt, angewendet haben bei allen entzündlichen Zuständen des Uterus, seiner Adnexe, Para- und Perimetritis, Endometritis, Erosionen der Cervix, Oophoritis, Salpingitis u. a. m. in nach Hunderten zählenden Fällen. Seine Wirkung ist vor Allem eine eminent schmerzstillende. Schmerzhafte Affectionen entzündlichen Ursprunges, peritoneale Reizung und Neuralgien sind diejenigen Symptome, die das Feld der gynäkologischen Praxis vorherrschend einnehmen, und schon deshalb ist das Ichthyol so schätzenswerth. Die weitere Wirkung ist die resorbirende, resolvirende und austrocknende, weshalb bei bedeutender antiseptischer Kraft vorzügliche Dienste zu erwarten sind bei verschiedenartigen Tumoren, Exsudaten und Ausflüssen des Uterus und der Vagina.

Zum Schluß kommt noch seine Ernährung befördernde Kraft, Alles in Allem Vorzüge, die eine ausgedehnteste Verwendung bei Frauenleiden gestatten. Es wird meistens intern gegeben neben externer Anwendung von Scheidentampons (10 auf 100 Glycerin) oder in Form von Salben auf die Bauchhaut. Es bringt niemals Schaden, sein Geruch ist wenig störend und die Flecke sind aus der Wäsche leicht zu entfernen.

Es würde zu weit führen, wollte ich alle die Fälle von Frauenkrankheiten aufzählen, bei denen ich Ichthyol mit Erfolg anzuwenden in der Lage war. Einen eclatanten kann ich jedoch nicht umhin, näher zu beschreiben:

Bäuerin (Witwe), 35 Jahre alt, abortirte im 3. Schwangerschaftsmonate unter starken Blutungen, die meine Hilfe erheischten. Wie ich später erfuhr, war der Abortus ein künstlicher und entstand mit Hilfe eines nicht weiter zu eruirenden Handgriffes. Am 3. Tage nach dem Abgang der Frucht kam es zu Schüttelfrösten, Fieber und Schmerzen im Unterleibe. Meine Diagnose war Para- und Perimetritis infectiosa. Als ich 2 Tage später die Kranke besuchte, fand ich sie delirirend, bewußtlos, Puls kaum fühlbar. Dem Drängen der Angehörigen nachgebend, verschrieb ich eine Ichthyolsalbe mit der Anweisung, sie auf den Bauch zu schmieren. Und siehe da! am nächsten Tage Nachlaß der Schmerzen und Verkleinern der Bauchgeschwulst. Unter fortgesetzter Behandlung mit Ichthyol Heilung nach 2 Wochen! Die Frau ist heute gesund und gedenkt dankbar des „wundervollen Mittels".

Wenn wir nun Alles zusammennehmen, so kommen wir zu folgenden vollauf berechtigten Schlüssen:

I. Ichthyol ist im Arzneischatze an die Seite der wenigen specifischen Mittel zu stellen.

II. Ichthyol ist Specificum gegen Erysipel.

III. Es ist ein mächtiges Mittel gegen Erythem, Eczem, Rosacea, Intertrigo, Gonorrhoe und seine Complicationen.

IV. Innerlich genommen, entfaltet es günstigste Wirkung bei Gicht und Rheumatismus, chronischen Nephritiden und bei entzündlichen Uterusleiden und seiner Adnexe.

---

[42]) Eine interessante und treffliche Wirkung des Ichthyol. „Corresp.-Blatt" für Schweizer Aerzte, Nr. 8 ex 1892.

[43]) Ueber Anwendung des Ichthyol bei Angina. „Wiener med. Woch.", Nr. 2 ex 1893.

[44]) Vorläufige Mittheilung zur Behandlung der Lungentuberculose. „Deutsche med. Woch.", Nr. 14 ex 1894.

[45]) Die Behandlung der Lungentuberculose mit Ichthyol. „Therapeut. Wochenschr.", Nr. 17 ex 1895.

[46]) Ueber die Anwendung des Ichthyol bei Frauenkrankheiten. „Berl. klin. Wochenschr.", Nr. 2 ex 1890.

[47]) Neuer Beitrag zur Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten, Nr. 45 ex 1890.

[48]) Zur Ichthyolbehandlung von Frauenkrankheiten. „Wiener med. Woch.", Nr. 33 ex 1890.

[49]) Mittheilung über die Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten. „Wiener med. Wochenschr.", Nr. 50 u. 51 ex 1890.

[50]) Zur Ichthyolbehandlung in der Frauenheilkunde. Sammlung klinischer Vorträge von VOLKMANN. Nr. 35, II. Serie.

[51]) Ueber die Anwendung des Ichthyol in der Gynäkologie. „Orvosi hetilap", Nr. 26 ex 1892.

[52]) Neuer Beitrag zur Anwendung des Ichthyol in der Gynäkologie. „Internationale klin. Rundschau", Nr. 45, 46, 47, 50 ex 1892.

[53]) De l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des tumeurs fibreuses adhérentes. Revue médico-chirurgicale des Maladies des femmes, 25. février 1895.

[54]) Beiträge zur FREUND'schen Ichthyolbehandlung der Frauenkrankheiten. „Deutsche med. Wochenschr.", Nr. 43 ex 1895.

Referate und literarische Anzeigen.

A. FINKELSTEIN: Calomel als Diureticum bei Hydrops der Herzkranken.

Auf Grund einer Reihe von Beobachtungen suchte F. („Gaz. hebdom. méd. de la Russie méridion.", 1895, Nr. 31—34), die Indicationen und Contraindicationen für den Gebrauch des Calomel als Diureticum bei Herzkrankheiten aufzustellen, und zu ermitteln, ob die mit dem Calomelgebrauch verbundenen Gefahren thatsächlich so große sind, als man gewöhnlich annimmt.

Die Herzaffectionen der Untersuchten waren fast durchwegs rheumatischen Ursprunges. Alle Kranken wurden unter die gleichen äußeren Bedingungen gesetzt, es wurde täglich die Pulscurve, der Blutdruck und der Harn qualitativ und quantitativ geprüft. Die Calomeldosis betrug, entsprechend dem Falle, 0·03—0·12 Grm. zweistündlich, eventuell combinirt mit Digitalis (0·02—0·03 Fol. digital. pulv.). Wenn trotz sorgsamer Mundpflege Stomatitis drohte, wurde Calomel augenblicklich ausgesetzt; nur in einem einzigen Fall kam es zu ernsteren Erscheinungen von Mercurialismus, und

zwar nach 4tägiger Anwendung des Medicaments. Wenn man aber die Dosirung sorgfältig überwacht und im Nothfalle das Calomel momentan aussetzt, hat man bezüglich des Mercurialismus absolut nichts zu befürchten. Die durch Calomel bedingten Diarrhöen zwangen nur ein einziges Mal zur Aussetzung des Mittels, was auch die Diarrhöen sofort zum Stillstand brachte.

Der Hauptzweck der Calomelmedication, die Diurese, wurde stets erreicht, und zwar im Mittel am 5. Tage, selten früher oder später. Die Wirkung hielt noch 4—10 Tage nach Aussetzen des Mittels an; die Urinmenge steigerte sich oft bis zu 7 Litern in 24 Stunden, bestehende Albuminurie verschwand. Wenn Calomel allein angewendet wurde, änderte der Puls seine Beschaffenheit nicht merklich, der Blutdruck stieg nur allmälig mit dem Verschwinden der Oedeme. Wenn aber gleichzeitig Digitalis gegeben wurde, stieg der Blutdruck sehr rasch und deutlich. Unter dem Einfluß des Calomels verschwanden alle Störungen: Cyanose, Arhythmie, Leberschwellung. Von 16 Kranken blieb nur bei 4 der Erfolg aus. Bei einigen Kranken blieben Calomel und Digitalis unwirksam, wenn sie getrennt gegeben wurden, führten aber zu einer raschen Besserung, wenn sie gleichzeitig angewendet wurden. Im Allgemeinen wirkte das Calomel besser bei Affectionen der Mitralis, als bei solchen der Aorta und blieb ganz wirkungslos, wenn gleichzeitig Nephritis bestand.

Die erreichte Besserung ist keine dauernde. Nach 2 oder 3 Monaten muß man von Neuem zum Calomel greifen und nach 2 oder 3 Serien der Behandlung hat sich der Organismus an das Calomel gewöhnt und dasselbe wirkt nicht mehr. Das Calomel ist contraindicirt in Fällen von saurer Magengährung und bei anderweitigen gastrointestinalen Störungen. s—s.

A. SCHLOSSMANN (Dresden): **Die Behandlung der Perityphlitis im Kindesalter.**

Im Allgemeinen stimmt die Behandlung der Perityphlitis der Kinder mit der der Erwachsenen überein, immerhin sind einzelne Besonderheiten zu beachten, welche SCH. des Näheren ausführt („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 41).

Der größte Fehler bei beginnender Perityphlitis sind Abführmittel und die Application von Klysmen. Sie können direct zum Tode führen. Die Hauptindication ist die Ruhigstellung des Darmes. Als erstes Mittel zu diesem Zwecke kommt das Opium in Betracht. So vorsichtig man mit dem Opium bei Kindern sein muß (1 Tropfen der Tinctur kann ein Kind von 3 Kilo tödten), lehrt doch die Erfahrung, daß bei allen entzündlichen Reizzuständen des Peritoneums das Opium in relativ sehr großen Dosen vertragen wird. Auch in der Literatur findet sich kein Fall, bei welchem die Anwendung des Opiums bei Perityphlitis im Kindesalter beängstigende Erscheinungen im Gefolge gehabt hätte. Man wird daher in vorsichtiger, aber ausgiebiger Weise das Opium anwenden, und zwar in solchen Dosen, daß ein leichter Grad von Somnolenz hervorgerufen und erhalten wird, nicht nur bis der Schmerz völlig behoben, sondern bis das Kind fast betäubt ist; nur so kann die gebotene absolute Ruhe erreicht werden. Unter steter Controle des Pulses und der Pupillen kann man sich schon innerhalb kurzer Zeit ein Bild von der individuellen Toleranz des Kindes gegenüber dem Opium machen und danach bestimmen, in welchen Zwischenräumen und welchen Einzelgaben fortzufahren ist, um das Kind dauernd in dem leicht soporösen Zustand zu erhalten. Mit der Darreichung des Opiums ist fortzufahren bis zum Rückgang der localen Symptome oder bis zu dem eventuell nothwendigen operativen Eingriff. Bei Brechneigung empfiehlt sich die Darreichung in abgekühltem Zustand oder in Form von Opiumsuppositorien. Selbstverständlich ist absolute Bettruhe. Local wendet man Kälte in Form der Eisblase an; wo diese nicht vertragen wird, bringen oft heiße Umschläge momentane Erleichterung. Diätetisch empfiehlt sich theelöffelweise, in kurzen Zwischenräumen wiederholte Darreichung auf Eis gekühlter ernährender Flüssigkeiten (Milch, Fleischbrühe, Meat-juice, Fleischsafteis nach ZIEMSSEN's Vorschrift. [1])

Was die Frage des operativen Eingriffes betrifft, so steht SCH. auf dem Standpunkt, daß bei dem rapiden Verlauf, den die Perityphlitis gerade im Kindesalter, häufig nimmt, auf ein relativ frühzeitiges Eingreifen die größeren Hoffnungen zu setzen sind. Ba.

[1]) S. „Wiener Med. Presse", 1894, pag. 2011.

Aus der chirurgischen Universitäts-Klinik des Prof. d'Antona (Neapel).

SALVATI und **DE GAETANO**: **Ueber das anticancröse Serum.**

Die von RICHET und HÉRICOURT der Académie des sciences zu Paris am 29. April 1895 über das Heilserum des Krebses gemachten Mittheilungen veranlaßten SALVATI und GAETANO, dasselbe zu erproben.

Sie bereiteten aus einem Drüsensarcome durch Verreibung eine Pasta, welche sie mit sterilisirtem Wasser versetzten. Diese Emulsion wurde in sterile Gazesäckchen gegeben, durchgepreßt und abermals bis zur Menge von 300 Ccm. mit sterilisirtem Wasser vermengt, sodann in die Trachealschleimhaut eines Pferdes auf einmal eingespritzt; nach 4 Tagen eine zweite Injection; 10 Tage später eine dritte, zu welcher ein voluminöses Sarcom der Bauchwandung benützt wurde. Nach 8 Tagen wurden aus der linken äußeren Jugularvene des Pferdes 2 Liter Blut entnommen, welche 200 Ccm. Serum lieferten.

Verff. veröffentlichen nun ihre und Anderer Erfahrungen („La Riform. med.", 192, 193, 1895):

I. Dr. GIROS. 54jährige Kranke. Hysterectomia vaginalis wegen Epitheliom. 2mal von D'ANTONA operirt. Nach der zweiten Recidive tägliche Einspritzung von 3 Ccm. in die ulcerösen Ränder der Geschwulst. Nach der 23. Injection fand Prof. D'ANTONA das Infiltrat nicht zugenommen, eher verkleinert, desgleichen die Ulceration. Nach 60 Injectionen aber schien der Tumor wieder zu wachsen, die schweren Schmerzen kehrten wieder.

II. Prof. LUPÒ. 46jährige Kranke. Rechtsseitiger Brustdrüsenkrebs, beweglich, Infiltration zahlreicher Lymphdrüsen. Operation. Recidive. (Im Centrum der Operationsnarbe ein neuer Knoten.) 5 Wochen nach der Operation Beginn der Serumbehandlung, tägliche Injectionen von 3 Ccm. an der Grenze der Geschwulst und an den Schulterblättern. Nach 18 Injectionen fing der Knoten wieder zu wachsen an und schmerzhaft zu werden; die Haut darüber hart und geröthet.

III. D'AMICO. 44jährige Kranke mit Brustdrüsenkrebs. Recidive vier Monate nach der Operation. 8 Monate nach letzterer Serumbehandlung. Anfängliche Besserung, Verschwinden der Knoten, Verkleinerung der Achseldrüsen — hieranf neuerliche intensive Recidive. 46 Injectionen.

IV. SALVATI und GAETANO. 67jähriger Mann, ausgebreitetes Epitheliom der linken Backenschleimhaut. Nach der 15. Injection Geschwüre zurückgegangen, Blutungen aufgehört, von den Rändern her Epithelbedeckung. Nachlaß der Schmerzen. 50 Injectionen. Sodann Stationärbleiben des Leidens.

V. Dieselben. Verschwärendes Epitheliom des rechten Mundwinkels und der Innenfläche der Wange. 2mal operirt. Nach der 10. Seruminjection Lippen- und Drüsengeschwür verflacht. Nach einem Monate kein Fortschreiten der Krankheit.

VI. RADICE versuchte das Krebsserum bei einem Epitheliom des Kehlkopfes, mit bedeutenden Schlingbeschwerden. Nach wenigen Injectionen leichteres Schlingen.

Verff. berichten über die sehr günstig lautenden Versuche an französischen Kliniken; ein den Rippen adhärentes Fibrosarcom soll durch das Serum geheilt worden sein (?).

GIBIER (New-York) verhält sich trotz eigener günstiger Erfahrungen skeptisch; er nimmt im Uebrigen das Prioritätsrecht der Entdeckung in Anspruch.

BOINET (Marseille) erhielt aus den alkoholischen Extracten von Krebssaft Toxine mit den Eigenschaften der Ptomaïne und glaubt, daß zwischen den Krebstoxinen und dem Krebse ein ähnliches Verhalten wie zwischen Tuberculin und Tuberkel bestehe.

Nach SALVATI und GAETANO wäre das Ergebniß der Versuche folgendes:

1. Die Injectionen des Krebsserums sind unschädlich.
2. Es erfolgt Nachlaß der Schmerzen.
3. Die Blutungen sistiren in Folge Zerfalles der Krebsgeschwüre.
4. Die Geschwüre zerfallen zuerst, hierauf erfolgt Granulations- und Epithelbildung von den Rändern her.
5. Die Geschwülste nehmen in der ersten Zeit an Volumen ab; einzelne Knoten scheinen zu verschwinden.
6. Die zweifellosen Besserungen in den ersten 20—30 Tagen stehen still und das Uebel entwickelt sich weiter. Sp.

Beiträge zur Kenntniß der ektopischen Formen der Schwangerschaft. Klinische und experimentelle Untersuchungen von **Dr. Demetrius von Ott**, Director der Entbindungsanstalt und Professor der Gynäkologie am klinischen Institute der Großfürstin Helena Pawlowna in St. Petersburg. Mit 38 Textabbildungen. Leipzig 1895, Eduard Besold (Arthur Georgi).

Verf., Vorstand eines klinischen Institutes, dem ein reichhaltiges Materiale zufließt, operirte im Verlaufe der letzten Jahre 21 Fälle von Tubargravidität und einen von Gravidität im rudimentären Horne eines Uterus bicornis, mit letalem Ausgange in nur 2 Fällen. Diese Fälle, die er in extenso anführt, liefern ihm die Basis für eine kurzgefaßte Monographie der Tubargravidität. Gegenüber den anderen Monographien über Tubargravidität, die wir besitzen, hebt sich die vorliegende dadurch hervor, daß Verf. das Verhalten des Uterus, der Ovarien und der anderen unbetheiligt gebliebenen Tuba einer eingehenden Beleuchtung unterzieht, wichtige Momente, die in der Regel von anderen Bearbeitern des gleichen Themas nicht oder nicht gehörig gewürdigt werden. Als diagnostisch wichtig hebt er hervor, daß die Auflockerung des Uterusgewebes in der Höhe des inneren Muttermundes, die für die Diagnose der intrauterinen Gravidität innerhalb der ersten Monate wichtig ist, hier fehlt, und daß der Uterus seine Birnform trotz seiner Vergrößerung behält. Die Menstruation bleibt nach erfolgter Befruchtung in der Regel nur $1^1/_2$—2 Monate aus. Bald darauf folgen Blutungen intermittirenden und unregelmäßigen Charakters oder auch dauernde solche. Diese haben aber mit einer Menstruation nichts zu thun, sondern sind bedingt durch die Hyperämie und die stattgefundene Deciduabildung im Uterus. Die Ovarien sind in der Regel vergrößert, hyperämisch und zeigen nicht selten eine Corpus luteum-Cyste ungewöhnlicher Größe. Zuweilen wandeln sich selbst reife Follikeln in auffallend große Cysten um. Die unbetheiligte Tuba ist gleichfalls hyperämisch, nicht selten durch entzündliche Vorgänge peripher atretisch und in eine Hydrosalpinx verwachsen. In Fällen, in denen die Diagnose schwierig ist, befürwortet Verf. die Anwendung der Sonde und die Excochleation von Schleimhautpartikeln an verschiedenen Stellen des Uteruscavum, um aus dem Fehlen oder der Gegenwart von Deciduapartikeln eine diagnostische Stütze zu erhalten. Für diagnostisch wichtig hält Verf. bei abgestorbener Frucht das Gefühl des Knochenknitterns im Tumor. Warm befürwortet er, unter Umständen durch das hintere Scheidengewölbe einen Jodoformgazestreifen zu ziehen, um auf diese Weise zu drainiren. Nach längst eingetretenem Absterben der Fruchtanlage und Fehlen jeder entzündlichen Folgezustände und ebenso nach vorgenommener Entfernung des Fruchtsackes empfiehlt er, die zurückgebliebene Subinvolution des Uterus auf verschiedene Weise therapeutisch zu beheben. Für weniger gelungen und beweisend hält Ref. die Thierexperimente, die Verf. anstellte, um über die Hämatocele bessere Einsicht zu gewinnen, als wir eine solche bisher besitzen. Nach dem Mitgetheilten müssen wir die Publication nicht blos als eine lesenswerthe bezeichnen, sondern trotz mancher kleiner Mängel jenen Monographien über Tubargravidität anreihen, die einen dauernden Werth behalten werden. Prof. LUDWIG KLEINWÄCHTER.

Die Elektricität, ihre Erzeugung, praktische Verwendung und Messung. Von **Dr. Bernhard Wiesengrund**. Frankfurt a. M. 1895, H. Bechhold.

Ein kurzes Büchlein, wohl geeignet, den Laien über die Grundbegriffe der Elektricität aufzuklären, da es in klarer und präciser Weise die Principien der Elektricitätslehre darstellt; die Abschnitte über Meßinstrumente, über Dynamomaschinen und über elektrische Bahnen sind durch hübsche Abbildungen erläutert. Dem Arzte freilich bringt das Büchlein nichts Neues. w.

Feuilleton.

Briefe aus England.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Weibliche Aerzte. — Englische Hochschulverfassung.

London, Ende October 1895.

Geehrter Herr Redacteur!

Ihre liebenswürdige Einladung, Ihnen einen Bericht über unsere medicinischen Studienverhältnisse zu geben, traf mich in dem Augenblicke, als ich in den Wiener Journalen von dem Aufsehen las, welches die Broschüre eines Ihrer Universitätsprofessoren in Sachen des Frauenstudiums erregt hat. Wir denken über diese Frage ruhiger als es bei Ihnen zu geschehen scheint. Wir haben schon längst aufgehört, in der Frau immer das an den Herd und an den Stickrahmen gebundene Wesen zu sehen; auch unsere Frauen walten weise im häuslichen Kreise, wir lassen es aber gerne geschehen, daß auch sie sich jenen Berufen widmen, zu welchen sie Veranlagung fühlen; unsere Männer fürchten nicht den Wettbewerb und die Concurrenz der Frauen. Die Erfahrungen jener Schulen, welche den männlichen und weiblichen Studirenden gleichmäßig offen stehen, haben vielmehr gezeigt, daß ein reger Wetteifer zwischen beiden Geschlechtern und in Folge dessen ein intensiveres Studium platzgegriffen hat.

Wir sind hier erstaunt, daß bei Ihnen das Weib noch immer als inferior angesehen wird, und daß man den Frauen die Fähigkeit, in der Medicin etwas zu leisten, abspricht. Man sehe sich nur unser New hospital for women an; mit seinen 42 Betten, die fortwährend voll belegt sind, ist es als Musterspital zu bezeichnen. Aus dem jüngst veröffentlichten Jahresberichte für 1894 ergibt sich, daß daselbst 54 große und 107 kleine Operationen ausgeführt worden sind, darunter 12 Hysterectomien, 8 Ovariotomien, 8 Radicaloperationen von Hernien, 5 Mammaamputationen und 18 oculistische Eingriffe. Das Spital erhält sich selbst; jede Patientin entrichtet einen relativ geringen Betrag für die Pflege und stets sind 30 bis 40 Frauen zur Aufnahme vorgemerkt.

Spricht schon dies für die Befähigung der weiblichen Aerzte, so zeigt sich dies noch mehr in dem Vertrauen, welches die 55 nunmehr in London prakticirenden Aerztinnen beim Publicum genießen. Aus einem unlängst dem Parlament vorgelegten Berichte ergibt sich, daß die Zahl der weiblichen Aerzte in England im Decennium 1881—1891 von 25 auf 101 gestiegen ist. Bei Ihnen scheint man den Frauen eventuell nur in Bezug auf Geburtshilfe und Gynäkologie die Praxisberechtigung zugestehen zu wollen, bei uns aber leisten sie hauptsächlich als Kinderärzte Ersprießliches. Man braucht nur einmal gesehen zu haben, wie sich die schlimmsten Schreihälse willig vom dem weiblichen Arzt untersuchen lassen und wie die Kinder an den Aerztinnen hängen.

Auch unsere Erfahrungen in Indien sprechen mit Entschiedenheit für die Zweckmäßigkeit der weiblichen Aerzte. In Indien prakticiren gegenwärtig etwa 40 Engländerinnen oft unter den ungünstigsten Verhältnissen. Man denkt sich Indien stets als das Land, in dem Milch und Honig fließt; indeß ist es ein armes Land, und nur die Städte sind im Stande, den Frauen jene Lebensbedingungen zu bieten, welche sie beanspruchen müssen. Nichtsdestoweniger gehen diese tapferen Frauen in die Landbezirke hinaus, ohne Rücksicht auf die Gefahren, welchen hiebei ihre eigene Gesundheit unterliegt; diese ärztliche Thätigkeit läßt sich auch thatsächlich nicht lange fortsetzen und die Missionsgesellschaften, in deren Diensten jetzt etwa 30 Aerztinnen stehen, sind genöthigt, einen großen Theil derselben schon nach einem Jahre aus Gesundheitsrücksichten zu beurlauben. Die indische Regierung beabsichtigt deshalb, eingeborene Frauen ausbilden zu lassen und dann in dem indischen Gemeinwesen anzusiedeln.

Unter unseren Aerztinnen ist ein nicht geringer Theil verheiratet; die Ehe macht ihrem Berufe im Großen und Ganzen keinen Eintrag; das Hauswesen dieser Damen ist ebenso geregelt, wie das anderer Familien, und nur zu den sogenannten gesellschaftlichen Vergnügungen finden die verheirateten Aerztinnen weniger Zeit als andere Damen.

2

Das Studium selbst weist zwar zahlreiche Erschwerungen auf, und das Diplom eines M. D. wird den Frauen von englischen Universitäten nicht zuerkannt. In Bezug auf die Praxisberechtigung macht dies zwar keinen Unterschied, da die Diplome der medicinischen Schulen auch ohne Universitätsgrad die Anerkennung der medicinischen Ausbildung und die Erlaubniß zur Praxis geben. Die Schulen von London, Durham, Edinburgh, Glasgow und St. Andrews, sowie die irländischen Anstalten lassen die Frauen zu den medicinischen Prüfungen zu. Die Vorbereitung dazu erfolgt theilweise in speciellen weiblichen Unterrichtsanstalten und theilweise in Schulen, welche für männliche und weibliche Zöglinge gemeinsam bestimmt sind. Schulen für Damen allein sind nur in London, Edinburgh und Glasgow; von den gemischten Schulen sind drei in Irland und eine in Newcastle-upon-Tyne; in den irländischen Schulen sind für die weiblichen Studirenden eigene Räume eingerichtet.

Es ist kein Zweifel, daß mit der Neuordnung unserer Universitätsverhältnisse, wie sie jetzt geplant wird, die meisten Beschränkungen fortfallen werden, und daß das medicinische Studium, welches heute auch für den männlichen Studenten in vielfacher Beziehung lästige Einrichtungen zeigt, im Allgemeinen vereinfacht und für das ganze Reich gleichmäßig gemacht wird. Ebenso wie man heute daran denkt, die Londoner Schule in eine lehrende Universität zu verwandeln, so gedenkt man die Sonderbarkeit abzuschaffen, daß medicinische Körperschaften Diplome ausstellen, welche wohl von den Behörden, aber nicht von den Universitäten anerkannt werden. Es ist sicher, daß das Erreichen eines Universitätsgrades nicht größere Opfer an Zeit und Mühe kostet als das Erreichen eines Diploms von den bedeutenderen medicinischen Körperschaften; aus diesem Grunde wenden sich die meisten Studenten von den Körperschaften ab und den Universitäten zu, zumal das englische Publicum dem Doctortitel noch ein großes Vertrauen entgegenbringt. Deshalb nimmt der bis nun gewöhnliche Brauch der englischen Studenten, sich die Befähigung an den Royal Colleges oder an der Apothecaries Hall in London zu erwerben, immer mehr ab, und die Studenten unterziehen sich jetzt lieber den theilweise strengen Universitätsvorprüfungen, wie sie in Gestalt der Matriculation, Examination und der Preliminary Scientific Examination vorgeschrieben sind.

Unsere Hochschullehrer, welche die österreichischen und die deutschen Universitätsverhältnisse kennen gelernt haben, bemühen sich, bei der Neuordnung der Studienanstalten Ihre Einrichtungen zum Muster zu nehmen; freilich spielt andererseits der Wunsch, die gleichsam historisch gewordenen Institutionen möglichst aufrecht zu erhalten, eine große Rolle; und wir fürchten, daß unsere Studenten unter den beengenden Verhältnissen von heute werden studiren müssen. Die in Oesterreich geplante Aenderung der Studienordnung wird vielleicht noch früher in Kraft treten, als die Aenderung der englischen Hochschulverfassung.

Kleine Mittheilungen.

— Einen überraschenden Erfolg hat Dr. L. Lévi vom Saint-Antoine-Hospital in Paris („La sem. méd.“, 1895, Nr. 50) mit dem **Aderlaß bei acutem Lungenödem** erzielt, und zwar in einem Falle, der sowohl therapeutisch, als auch pathologisch interessant war. Es handelte sich um einen 21jähr. Pat., der eine Reihe von hysterischen Stigmen (concentrische Gesichtsfeldeinengung, Erloschensein des Cornealreflexes, Abschwächung des Gehörs und der Hautsensibilität) aufwies und bei welchem plötzlich Dyspnoe mit serösblutigem Auswurf aufgetreten war. Die Auscultation ergab über beiden Lungen kurze, rauhe In- und Exspiration und links reichliche, feuchte Rasselgeräusche. Nirgends bestand Bronchialathmen oder Dämpfung. Die Temperatur, welche beim Eintritt in's Spital 39·8° betragen hatte, schwankte in der Folge zwischen 37·6 und 38·8°. Es handelte sich somit um eine acute Lungencongestion, begleitet von Oedem, hauptsächlich der rechten Seite. Es war dies dieselbe Seite, auf welcher die hysterischen Stigmata ihren Sitz hatten. 3 Tage hindurch bestand die Behandlung in der Anwendung von trockenen Schröpfköpfen, Alkohol, Injectionen von Coffeïn und Aether. Nichtsdestoweniger verschlechterte sich der Zustand des Kranken und die Dyspnoe nahm den Charakter der Suffocation an. Man versuchte daher einen Aderlaß, mittelst dessen 800 Grm. Blut genommen wurde. Die unmittelbare Folge war eine beträchtliche Erleichterung. Andern Tags wurden 16 blutige Schröpfköpfe an der hinteren Wand des Thorax applicirt und weitere circa 250 Grm. Blut entfernt. Von da an waren alle physikalischen Zeichen der Lungencongestion verschwunden, ebenso der blutige Auswurf, die Dyspnoe, die Cyanose und alle übrigen Krankheitserscheinungen.

— Nach Dr. J. H. Newington in Bognon bildet das **Jod ein kräftiges Taenifugum.** Er hat dies durch Zufall constatirt bei einem Kranken, bei dem eine enorme Taenie, von deren Existenz Niemand wußte, abging, nachdem Pat. wegen eines anderen Leidens folgende Mischung genommen hatte:

Rp. Kali jodat. . . . . 2·25
Jodi p. . . . . 0·75
Aq. . . . . 30·0
S. 3mal täglich 10 Tropfen zu nehmen.

Seitdem hatte N. Gelegenheit, diese Solution bei einer Reihe von Taenienträgern mit Erfolg und ohne daß Recidive aufgetreten wäre, zu verwenden.

— Prof. C. Boeck vom Rigshospital in Christiania empfiehlt **zur Behandlung der Frostbeulen** folgende Mischung:

Rp. Resorcin.
Ichthyol.
Tannin . . . . aa. 2·0
Aq. . . . . 10·0
S. Aeußerlich.

Mit dieser vorher gut geschüttelten Mischung bepinselt man die afficirten Stellen; es bildet sich nach wenigen Minuten eine trockene Lackschichte. Unter dem Einfluß des Resorcins schrumpft die Haut zusammen und die ödematöse Schwellung der Finger und der Hände verschwindet alsbald. Gleichwohl hat dieses außerordentlich wirksame Mittel seine Schattenseiten. Vor Allem hinterläßt es eine Schwarzfärbung, die noch 8—15 Tage nach Abschluß der Behandlung anhält. Ferner wird das Mittel schlecht vertragen bei besonders empfindlicher Haut, wobei es zur Bildung von Schrunden kommt. Endlich kann es bei ulcerösen Frostbeulen nicht angewendet werden. In den Fällen, in welchen die Anwendung einer die Hände schwärzenden Substanz nicht angängig ist, gibt der längere Gebrauch folgenden Mittels noch gute Resultate:

Rp. Resorcin. . . . . 4·0
Gummi arab. . . . . 2·5
Aq. . . . . 7·5
Talc. pulv. . . . . 1·0
S. Aeußerlich.

Allabendlich wird eine Schichte dieses Liniments auf die erkrankten Partien aufgetragen. Diese Mixtur gibt auch gute Resultate bei den sogenannten aufgesprungenen Lippen, bei welchen die Lippenschleimhaut eine gewisse Trockenheit und eine beständige Desquamation aufweist.

— Prof. Cozzolino empfiehlt im „Journ. de méd. de Paris“ die locale Anwendung von **Trichloressigsäure gegen Epistaxis.** Ein feiner Wattetampon wird in eine 3%ige Lösung von Trichloressigsäure getaucht und mittelst einer Sonde die Nasenschleimhaut damit betupft. Um etwaiges Brennen zu verhüten, kann der Trichloressigsäurelösung eine wenig concentrirte Cocainlösung zugesetzt werden. Die Blutungen verschwinden meist sofort.

— Bei schwerem Collaps, wie er im Verlaufe von gewissen Infectionskrankheiten und nach gewissen Vergiftungen und auch sonst eintritt, empfiehlt Dr. Fr. Schilling in Nürnberg **subcutane Campherölinjectionen in großen Einzelgaben** („Münch. med. Woch.“, 1895, Nr. 38). Er injicirt bei Erwachsenen, nachdem er erkannt hat, daß große Dosen Camphers ausnahmslos gut vertragen werden, fast stets sofort *einen* Gramm Campher subcutan, entweder in 2 Ladungen mit einer 5 Grm.-Spritze oder 10 Spritzen (1 Camphora: 10 Ol. olivar.) mit der gewöhnlichen Morphiumspritze; in letzterem Falle bleibt die Nadel unter der Cutis liegen und werden 5 Spritzen in jeden Vorderarm eingespritzt. Die Wirkung auf den oft kaum fühlbaren fadenförmigen Puls ist nach Einverleibung von 0·5 Campher oft schon recht bemerkenswerth, bei 1·0 Campher aber meist eine eclatante.

— Bezüglich des Gebrauches von **Essig gegen das Erbrechen nach Chloroformnarcose** gibt Dr. Lewin vom St. Pierre-Hospital in Brüssel („Révue de Chir.“, 1895, Nr. 9) folgende Anweisung:

Man tränkt ein Tuch in der Größe einer Serviette mit gewöhnlichem Essig, drückt dasselbe leicht aus, so daß es noch feucht bleibt. Dann wird das Tuch auf das Gesicht des Kranken gelegt, solange dasselbe noch mit der Narcosenmaske bedeckt ist. Man zieht dann die letztere weg, doch so, daß der Kranke nicht plötzlich die freie Luft athmet, vielmehr die durch das Essigtuch hindurchgegangene Luft. Das Tuch soll das Gesicht des Kranken so lange als möglich bedecken, wenigstens durch 3 Stunden. Vortheilhaft ist es, die Application auf den ganzen Tag auszudehnen. Einige Kranke, welche das Tuch entfernten, zeigten Symptome von Nausea, welche wieder verschwanden, sobald dasselbe Tuch neuerdings applicirt wurde. In trockenen Räumen, wo das Tuch rasch trocken wird, muß man dasselbe unter den obigen Vorsichtsmaßregeln erneuern, d. h. das zweite Essigtuch wird auf das erste gebreitet und dieses erst dann weggezogen. Wenn das directe Aufliegen des feuchten Tuches unangenehm ist, kann man es über eine Maske spannen. Auf die genaue Ausführung all dieser Details legt L. besonderes Gewicht, soll das Verfahren wirksam sein.

— Einen nach mehreren Richtungen hin interessanten Fall beschrieb kürzlich ROSWELL PARK im „Journ. of cut. and genito-ur. diseases" (Sept. 1895). Es handelte sich um eine **Verkalkung der Tunica vaginalis bei Hydrocele**, die einen 63jähr., an Melancholie leidenden Pat. betraf. Eigentlich handelte es sich, wie P. bemerkt, um eine Monomanie, bedingt durch den Gedanken an einen vorhandenen Tumor oder Vergrößerung des einen Testikels, welcher sich bei der Untersuchung als groß, hart und unnachgiebig erwies. Der Tumor bestand seit 6 oder 8 Jahren. Im Hinblick auf dessen Härte und das Alter des Pat. lag der Gedanke an eine maligne Geschwulst nahe. Da der Pat. auf die Entfernung derselben drang, wurde der Tumor exstirpirt, u. zw. auf Wunsch des Pat. ohne Narcose; derselbe gab während der ganzen Operation keine Schmerzäußerung von sich. Die entfernte Geschwulst stellte eine ovoide Masse von ungefähr 5 Zoll Länge und 4 Zoll Breite dar. Die Wand war durchaus solid und gab einen Klang wie Eischale. In der That schien der ganze Tumor von der Consistenz und der Größe eines Straußeneies zu sein. Beim Durchschneiden des Tumors fand sich eine $^1/_8$—$^1/_4$ Zoll dicke Wand, die durchaus verkalkt war. In der Höhle fanden sich circa 11 Unzen einer Flüssigkeit, die offenbar früher Eiter war. Die Epididymis war bedeutend verdickt, schien aber in ihrem Gewebe nicht erkrankt zu sein. Am unteren Ende der Höhle fanden sich 2 Cysten, welche eine käsige Masse, bestehend aus Cholestearin und Fett, enthielten. Das Merkwürdigste war nun, daß der Pat. nach der Operation sowohl von seinem localen Leiden, als auch von seiner Geisteskrankheit rasch und dauernd geheilt war.

— Das an Stelle des Tannin in die Therapie eingeführte **Tannigen**, über welches wir bereits einmal [1]) an dieser Stelle Mittheilung gemacht haben, hat Dr. KÜNKLER an der medicinischen Klinik in Bonn (Prof. SCHULZE) in zahlreichen, meist chronischen Enteritiden und Gastroenteritiden angewendet, und zwar in 41 Fällen, zum größten Theile bei Kindern. Der Erfolg war ein überraschend günstiger, denn mit einer einzigen Ausnahme hat sich das Tannigen überall wirksam erwiesen. Bei Kindern bis zu 1 Jahr wurde gewöhnlich 0·1—0·2 Grm. Tannigen gereicht, und zwar 3mal täglich; bei Erwachsenen entsprechend mehr: 0·5, selbst 1 Grm. auf einmal ohne jegliche Nebenwirkung. Der Erfolg war stets ein prompter, so daß gewöhnlich schon am folgenden Tage, spätestens aber nach 3—4 Tagen Heilung beobachtet werden konnte. Verf. empfiehlt übrigens, im ersten Stadium einer Enteritis das Tannigen mit Naphthalin oder Calomel zu combiniren. Aus der günstigen Einwirkung auf die chronischen Durchfälle schließt Verf. rein theoretisch, daß das Tannigen auch bei anderen Darmaffectionen, besonders den typhösen Ulcerationen, sich günstig erweisen werde.

[1]) S. „Wiener med. Presse", 1895, pag. 1058.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Wissenschaftliche Versammlung vom 26. October 1895.

S. FREUD: Ueber Hysterie.

(Schluß.)

Die Lehre von der Verdrängung, welche Redner zum Mittelpunkte seiner Erörterungen gemacht, lässt sich zunächst leichter an den Zwangsvorstellungen besprechen. Bei letzteren ist eine Erinnerung vorhanden; dieselbe bildet ein Schuldbewußtsein; zwischen beiden besteht eine logische Association. Die Bildung der Zwangsvorstellung geschieht zweizeitig: Zunächst gibt die Vorstellung der Erinnerung an ein bestimmtes Ereigniß ihre psychische Intensität ab und diese verschiebt sich auf dem Wege der logischen Association auf das Schuldbewußtsein; dieses wird überstark. Im zweiten Tempo verbindet sich die überstarke Affectneigung mit irgend einer anderen Vorstellung (Surrogat); diese Surrogatvorstellung ist diejenige, welche uns als Zwangsvorstellung vom Kranken geklagt wird. Dieser Mechanismus zeigt nun bei der Hysterie vor Allem den Unterschied, daß die Verdrängungsvorgänge nicht zweizeitig stattfinden, sondern die Verdrängung geschieht gleichzeitig mit der Symptombildung und geht vor sich in gewissen ausgezeichneten Momenten des Lebens, in welchen ein Affect eine große Rolle spielt (hypnoide Momente). Solche hypnoide Momente kommen bei der Zwangsvorstellung nicht vor. So weit es zu eruiren war, handelte es sich bei der Hysterie stets um sexuelles Vorstellungsmaterial und immer darum, daß die ersten Verdrängungen in der Zeit vor der Pubertät stattgefunden hatten.

Es handelt sich nun bei der Hysterie darum, diese verdrängten Vorstellungen zu suchen. Mit dieser Untersuchung fällt aber auch die Therapie zusammen. Während der Arzt arbeitet, um diese verdrängten Vorstellungen zu finden, heilt er den Patienten. Diese Wahrnehmung hat zuerst BREUER vor 13 Jahren gemacht, indem es ihm gelang, die hysterischen Symptome einer Pat. zu durchschauen und sie von dem Zwang dieser Symptome zu befreien. Zu diesem Zwecke bediente er sich der Hypnose, indem er während derselben die Pat. aufforderte, sich in die Situation zu versetzen, in der die Symptome zuerst aufgetreten waren, also in den „Moment der Verdrängung", in den „hypnoiden Moment". In der Hypnose war nun die Pat. sehr wohl im Stande, den Weg von den vorhandenen hysterischen Symptomen zu den verdrängten Vorstellungen zu finden. Damit war die Ueberstärke der verdrängten Symptome zu Ende. Für die Hypnose gibt es also keine Verdrängung.

F. hat diese Methode durch eine andere ersetzt, und zwar deshalb, weil er viele Schwierigkeiten bei der praktischen Ausführung des Hypnotisirens zu überwinden hatte. Das Verfahren F.'s ist eigentlich mit der Hypnose identisch. Man knüpft an den vorhandenen Erinnerungsrest an und fordert die Kranke auf zu erzählen, an was sie sich von da an weiter rückerinnert. Auf diese Art gelingt es, einige der letzten, der verdrängten Vorstellung nächsten Erinnerungen wachzurufen. Wenn dann die Pat. die letzte Vorstellung, welche nun an der Reihe ist, nicht finden kann, macht man die Annahme, daß diese Vorstellung wirklich die nächstliegende sei, daß aber die Pat. nicht im Stande ist, ihre Aufmerksamkeit darauf zu richten. Man nöthigt nun die Kranke, ihre Aufmerksamkeit auf diesen Punkt der Situation zu concentriren, indem man ihr beispielsweise die Hand auf die Stirne legt und sagt: „Wenn ich nun drücke, wird Ihnen jenes Ereigniß einfallen, welches wir suchen." Was dann die Pat. angibt, ist in der Regel das Richtige. Es verhält sich hier genau so wie in der Hypnose: Die volle psychische Aufmerksamkeit wird der einen betreffenden Vorstellung zugewendet. Es wurde angenommen, daß die Kranken nicht im Stande sind, ihre Aufmerksamkeit spontan den verdrängten Vorstellungen zuzuwenden und daß darin das Wesen der Verdrängung bestehe. Die Pat. haben einen Widerstand, sich an gewisse Vorstellungen zu erinnern. Dieser Widerstand kann nur als Widerstand des Willens aufgefaßt werden. Sucht man das Motiv hiefür, so findet

man ganz regelmäßig, daß die Kranken bei dem Versuche, ihre Aufmerksamkeit auf verdrängte und schwererinnerliche Nebenumstände zu lenken, große Unlust empfinden, unruhig werden. Ja, diese Unlust ist überhaupt der Grund, welcher sie an gewisse Vorstellungen nicht denken läßt und auf die sie ohne fremden Zwang niemals kommen. Auch im normalen psychischen Leben macht sich das Unlustgefühl gegenüber den verdrängten Erinnerungen geltend, aber es besteht doch ein Unterschied: Die psychisch normalen Menschen wissen, daß sie sich an etwas nicht erinnern wollen, die Hysterischen wissen nicht, daß sie dies nicht wollen. Dieser psychische Zustand ist und bleibt räthselhaft; aber wir haben ein Wort, um diesen Zustand zu bezeichnen, wir sprechen von einer „Spaltung des Bewußtseins" oder besser nach BREUER von einer „Spaltung der Seelenthätigkeit".

Der Widerstand, welchen die Kranken der Erklärung der verdrängten Vorstellungen entgegensetzen, kann alle möglichen Formen annehmen; besonders häufig gebrauchen sie Ausreden; man sucht dieselben zu entlarven, den Kranken klar zu machen, daß es nur Unlust ist, was sie verhindert, an das Eigentliche zu denken. Diese Methode ist keineswegs einfach, sie gehört vielmehr zu den schwierigsten Aufgaben, die dem Arzte erwachsen. Aber ihr therapeutischer Werth ist bei der sonstigen Machtlosigkeit unserer Therapie kein geringer, denn sie ist im Stande, principiell das Symptom der Verdrängung zu heilen. Richtig ist, daß die Methode geeignet ist, die Pat. zu quälen, aber sie ist nicht im Stande, ihnen zu schaden. Sie stellt eine Operation dar, die sich über viele Wochen und Monate hin erstreckt und bei welcher die Schmerzen, das Unbehagen, die Unlust, die dabei entstehen, den Kranken durch keine Art von Narkose erspart bleiben. Man könnte gegen diese Behandlungsart einwenden, daß sie sich kaum lohnen dürfte, wenn es durch sie nur gelänge, ein Symptom zu beseitigen und wenn man die Disposition bestehen lassen müsse. Aber man macht die Wahrnehmung, daß die Kranken eigentlich nicht viele derartige Verdrängungen in ihrem Leben gemacht haben, und daß sie nach der Pubertät überhaupt keine mehr zu machen scheinen.

Wenn sich späterhin Symptome bilden, dann knüpfen sie in der Regel an die bestehenden Verdrängungen an. Wenn man also bedenkt, wie enge die Bedingungen für die Entstehung der Verdrängungen sind: Sexueller Charakter, Entstehung in der Zeit vor der Pubertät, Anknüpfen neuer Symptome an in der Jugend entstandene Verdrängungen, dann ist die Hoffnung berechtigt, daß, wenn es gelingt, die erste Verdrängung aufzufinden und rückgängig zu machen, es auch gelingen könnte, die Quelle für weitere Erscheinungen dauernd zu verstopfen. Weitere Erfahrungen müssen zeigen, ob diese Hoffnung wirklich berechtigt ist.

Wanderversammlung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Gehalten am 4. und 5. October 1895 in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

III.

FRITSCH (Wien): **Ueber psychische Entartung und ihre forensische Bedeutung.**

Anknüpfend an die Lehre MOREL's über den Einfluß der Vererbung auf Progression und Umformung von nervösen und psychiatrischen Störungen, an die von FAHET weiter entwickelte Lehre von der „Folie héréditaire", sowie an die von MAGNAN gegebene Bearbeitung der Entartungszustände, erörtert F. an der Hand der Lehre KOCH's von den psychopathischen Minderwerthigkeiten den Begriff der psychischen Entartung.

KOCH unterscheidet drei Abstufungen von Minderwerthigkeiten: Disposition, Belastung und Entartung. Für das forensisch-psychiatrische Gebiet ist die Degeneration von besonderer Bedeutung und spielen dabei moralische Effecte eine Hauptrolle. MEYNERT's Theorie von der Ausgestaltung des „primären parasitären Ichs" zum „secundären mutualistischen Ich" gestattet einen sehr klaren Einblick in den Mechanismus der Gesittung, hiemit auch der Entartung. Unter Hinweis auf diese Theorie, sowie auf die an den sogenannten „moralischen Irren" zu machenden klinischen Erfahrungen hebt Redner den pathologischen Charakter dieser Individuen hervor, die mit dem Verbrecher im Sinne von LOMBROSO und seiner Schule nicht identificirt werden können. Den Lehren von LOMBROSO gegenüber betont F., daß die Ergebnisse der Forschungen deutscher Autoren, besonders BAER's, zeigen, daß Verbrechen nicht die Folge einer besonderen Organisation ist und die in ihrer Bedeutung sehr überschätzten Degenerationszeichen nichts für den Verbrecher Typisches beweisen, sondern vorwiegend auf ungünstige sociale Verhältnisse zurückzuführen sind. Redner schließt hieran Bemerkungen über den Einfluß der Degeneration auf die Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit des damit Behafteten und weist auf die Nothwendigkeit hin, für solche hochgradig Degenerirte eigene staatliche Verwahrungsanstalten zu errichten, desgleichen auch für sexuelle Perverse gewisser Kategorien Aenderungen der gesetzlichen Bestimmungen nach Vorschlag KRAFFT-EBING's Platz greifen zu lassen.

SACHS (Breslau): **Herd im Schläfelappen mit secundären Degenerationen.**

Der betreffende Pat. wurde im vorigen Jahre an der Breslauer psychiatrischen Klinik beobachtet und zeigte nichts als ein Alkoholdelirium. Bei der Section fand sich ein Erweichungsherd im Stirnlappen und ein zweiter im Schläfelappen. Die Erweichung im Stirnlappen betraf ausschließlich die Rinde an der Gehirnoberfläche, während in der Tiefe der Furchen die Rinde nicht intact war; der Herd im Schläfelappen war ein Markherd, der die Rinde auf weite Strecken unterminirt hatte, dieselbe aber sonst intact ließ. Die gefundenen, an Präparaten demonstrirten secundären Degenerationen ergeben, daß das Tapetum des Schläfelappens durch das Splenium in die andere Hemisphäre hinüber geht, nicht aber in derselben Hemisphäre als fronto-occipitales Associationsbündel nach vorn gelangt, daß ferner in der entgegengesetzten Hemisphäre das Tapetum des Schläfelappens sich theilt und größere Antheile desselben sowohl in das entgegengesetzte Tapetum, wie auch in den Forceps des entgegengesetzten Hinterlappens gelangen. —z.

Aus den Abtheilungen der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

VI.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

MEINERT (Dresden): **Die hygienische Behandlung der acuten Infectionskrankheiten im Kindesalter.**

Unsere allgemeine Therapie der acuten Infectionskrankheiten richtet sich in der Hauptsache nach hygienischen Grundsätzen. Während nun die letzteren für den Gesunden annähernd feststehen, sind sie für den Kranken, und zumal für den acut Erkrankten, noch vielfach umstritten und spiegeln die Lücken der pathologischen Physiologie wieder. Nicht qualitativ, aber quantitativ hat das kranke Individuum andere Lebensbedürfnisse als das gesunde. Sie zu erkennen und abzumessen, vermögen wir nur aus ihren subjectiven und objectiven Symptomen. Demgemäß gilt es dem Vortr. zu untersuchen, inwieweit von den einen und inwieweit von den anderen der Arzt bei der hygienischen Behandlung der acuten Infectionskrankheiten des Kindesalters sich leiten lassen darf. Das Säuglingsalter, als eine gesonderte Betrachtung erfordernd, zieht Vortr. nur beiläufig heran und beschränkt sich im Uebrigen auf die Besprechung einiger noch nicht übereinstimmend beantworteter Fragen.

Wenn auch der Widerwille des fieberhaft erkrankten Kindes gegen substantielle Nahrung auf eine Reihe von Tagen von allen Aerzten respectirt werde, so sei man doch seines Erachtens mit der Zwangsernährung öfter als nöthig bei der Hand. Vor derselben gebühre aber wohl der, wenn auch zögernd, sich selbst regulirenden

Ernährung in der großen Mehrzahl der Fälle den Vorzug. Die Nahrungsinstincte der Kinder pflegen zu keiner Zeit verläßlicher zu sein, als gerade bei ihrem Wiedererwachen nach dem Ueberstehen einer acuten Infectionskrankheit und bedürfen alsdann keiner Bevormundung. Auf den Nährwerth der die Brücke zur normalen Ernährung bildenden selbstgewählten ersten Kost komme nicht viel an. Ihn entsprechend den Gesetzen der normalen Ernährung fordern, bedeute für die Verdauungsorgane des genesenden Kindes eine Zumuthung, der sie functionell nicht gewachsen seien. Aber auch wenn ihr Leistungsvermögen wieder den Status quo ante erreicht zu haben scheine, überlasse man noch auf einige Wochen die Wahl namentlich unter den eiweißreicheren Nahrungsmitteln dem Kinde selbst und hüte sich vor der beliebten principiellen Ausschließung stickstoffarmer Kost. Den Nährwerth einer Speise lediglich nach ihrem Stickstoffgehalte zu bemessen, heiße in die LIEBIG'schen Irrthümer zurückfallen. Selbst gegen die in der Reconvalescenz von acuten Krankheiten häufig auffiackernde Vorliebe der Kinder für Süßigkeiten lasse sich ernährungsphysiologisch nichts einwenden, und nicht minder erwiesen sei der nutritive Vortheil der von genesenden Kindern so gern, aber durchaus nicht aus Laune, geforderten abwechslungsreichen Kost. Jede aufgezwungene einseitige Ernährung, selbst die bei Scharlach vielgepriesene absolute Milchdiät, bedeute für ältere Kinder Hungerkost. Contraindicationen gegen das diätetische laissez-aller gäbe es zweifelsohne, aber lediglich aus „Vorsicht" sollte man den Nahrungsinstincten der nach consumirenden Infectionskrankheiten sich wieder anmästenden Kinder niemals Opposition machen. Unter den diese Instincte leicht irreleitenden Reizmitteln spiele, nicht ohne die Schuld der Aerzte, zur Zeit noch die Hauptrolle der Alkohol. Derselbe begünstige die herzschwächende Tendenz der Infectionskrankheiten, anstatt ihr, wie beabsichtigt, entgegen zu wirken und verdiene aus der Reihe der Heilmittel sowohl wie der Genußmittel im Kindesalter ganz gestrichen zu werden. Dafür müsse man in höherem Grade bedacht sein auf Deckung des bei den acuten fieberhaften Krankheiten gesteigerten Wasserbedarfes. Manche ihrer gefürchteten Complicationen (wie namentlich die Scharlachnephritis) entstünde vielleicht hauptsächlich und mancher üble Ausgang (namentlich bei Cholera infantum) gewiß lediglich aus Vernachlässigung dieser Indication, zu deren Erkennung die subjectiven Symptome nicht immer genügen, sondern, zumal bei vorgeschrittener Benommenheit, die objectiven herangezogen werden müßten. Auch werde durch genügende Durststillung der Appetit in nicht zu unterschätzender Weise angeregt.

Die hygienischen, von den therapeutischen nicht streng abgrenzbaren Einwirkungen auf die Haut hätten sich fern zu halten von allem Schematismus und von jeder antipyretischen Polypragmasie, zu welcher namentlich die Einführung der Krankenthermometrie den Anstoß gegeben habe. Die Kaltwasserbehandlung der fieberhaften Infectionskrankheiten eigne sich mindestens nicht für das Kindesalter. Nur milde, das Kind nicht shockirende Proceduren sollten zur Anwendung gelangen. Ihre Indicationen sollten weniger aus den Schwankungen der Körperwärme, als aus denjenigen der nervösen Begleiterscheinungen abgeleitet werden und als ihr Ziel sollte der Arzt weniger die Herabsetzung des Fiebers, als die der vasomotorischen Erregung in's Auge fassen. Auch betonte Vortr. den entgiftenden und roborirenden Werth des Bades, beziehentlich der Abwaschung bei ausgebrochenem Schweiß und die Nothwendigkeit der directen Durchlüftung des Krankenzimmers gegenüber dem traditionellen offenen Fenster in der Stube nebenan.

Auch bei Entscheidung der Frage nach dem richtigen Zeitpunkt des Aufsitzens oder Aufstehens vertraut der Vortr., falls nicht stricte Contraindicationen anders gebieten, mehr dem instinktiven Bedürfniß seiner kleinen Reconvalescenten, als den von der Wissenschaft sanctionirten Musterregeln. Nach leichten Masern oder leichtem Scharlach 2, respective 3—4 Wochen Bettruhe zu fordern, erscheine ihm nicht vorsichtig, sondern riskirt. Dadurch verhüte man nicht, sondern züchte man Nachkrankheiten. Entsprechend verhalte es sich, natürlich unter Berücksichtigung der Witterungsverhältnisse, mit dem erstmaligen Verbringen der Genesenen in's Freie.

Zum Schluß empfiehlt Vortr. als unerläßlich eine dem Begriffsvermögen der mit der Krankenpflege betrauten Laien angepaßte Formulirung und Begründung der hygienischen Rathschläge des Arztes.

Discussion:

Heubner (Berlin) erkennt an, daß der Vortrag viel gesunde Gedanken enthalte, wenn auch MEINERT's Ansichten in vieler Beziehung zu weit gehen. H. hält ebenfalls die noch heute übliche übertriebene Eiweißfütterung der gesunden Kinder für falsch und unter Umständen direct schädlich. Kinder in der Reconvalescenz, welche während ihrer Krankheit starke Eiweißverluste gehabt haben, bedürfen jedoch starke eiweißhaltige Nahrung, um zu ersetzen, was sie verloren haben. H. spricht sich für die reine Milchdiät aus; er hat hunderte von Fällen von Nephritis so behandelt und die günstige Wirkung dieser Behandlungsweise erprobt. Betreffs der Bäderbehandlung steht H. auf dem gleichen Standpunkte wie MEINERT. Man soll die Kinder baden, wenn sie rothe Backen haben, ein Zeichen vasomotorischer Lähmung. Auch H. warnt vor dem Alkoholmißbrauch bei Kindern, wenn er auch nicht so weit geht wie MEINERT.

Bernhard (Berlin) hält es für gefährlich, sich von dem Instinct der Kinder bei der Ernährungsweise leiten zu lassen und erzählt Fälle, bei denen Mütter, dem Wunsche ihrer Kinder nachgebend, Speisen gegeben haben, die den Tod des Kindes zur Folge hatten. Er hält die reine Milchdiät bei Scharlachnephritis für durchaus angezeigt und hat im Kaiserin Augusta-Kinder-Hospital die besten Erfolge gesehen. Die Milchdiät ist nach seiner Meinung im Stande, bei Scharlach das Entstehen einer Nephritis zu vermeiden.

Meinert spricht sich nochmals für die gemischte Kost bei Nephritis aus.

Biedert (Hagenau) führt aus, daß die reine Milchdiät bei Kindern, die älter als 2 Jahre sind, eine Hungerkost sei und nicht ausreiche, und spricht sich für gemischte Diät aus. Die reine Milchdiät wirkt diuretisch.

Dornbluth (Rostock) spricht für die absolute Milchdiät, warnt dagegen, sich dem jeweiligen Appetit der Kinder zu fügen.

Fischl (Prag) hält es für unmöglich, ein Kind länger als 3 Wochen im Maximum reiner Milchdiät auszusetzen; er spricht sich im Allgemeinen nach seinen Erfahrungen für die gemischte Diät bei Nephritis aus; dagegen hält er für gefährlich, sich bei der Ernährung von Kinderlaunen leiten zu lassen, besonders bei Typhus.

Heubner erwähnt die ausgezeichnete diuretische Wirkung der reinen Milchdiät.

Soltmann (Leipzig) hat in vielen Fällen die günstige Wirkung der reinen Milchdiät erprobt. Er hält es für besonders wichtig, die Milch zu bestimmten Zeiten und in bestimmten Mengen zu geben. Er läßt jede halbe Stunde ein Weinglas voll trinken und empfiehlt Cognac tropfenweise als Geschmackscorrigens. Auf diese Weise hat er die Cur 6 Wochen lang durchgeführt und sogar Gewichtszunahme erzielt.

Emerich (Nürnberg) empfiehlt als bessere Zusätze zur Milch abwechselnd Kaffee, Thee, Cacao.

Seitz (München) spricht sich dagegen aus, daß die reine Milchdiät eine Nephritis vermeiden könne.

Meinert weist den Cognaczusatz zur Milch zurück. Er gibt die diuretische Wirkung der Milch zu, legt aber den Hauptwerth auf den Wassergehalt der Niere, welchen man auch auf andere Weise erhöhen könne. V.

XXIV. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XVIII.

L. LANDAU (Berlin): Bericht über 264 Fälle von Hysterectomia vaginalis (Klemmverfahren).

1. Nachdem CZERNY die einzelnen Principien der vaginalen Hysterectomie von Neuem für die Chirurgie festgelegt hatte, sind in dem durch sein Nahtverfahren eng begrenzten Rahmen der Indication wesentliche Verbesserungen nicht mehr gefunden worden. Zur Erweiterung der Indication — Exstirpation des fixirten, vergrößerten Uterus — sind eine Reihe von Hilfsoperationen für das Nahtverfahren angegeben worden, a) Scheidendammincisionen, b) sacrale, parasacrale Methode, eventuell mit Resection des Kreuzbeines, c) SCHUCHARDT'sche Methode, d) FREUND'sche Operation. Ueberflüssig sind diese Nebenoperationen insgesammt geworden durch die Einführung zweier wesentlicher Fortschritte in die Methode, die wir PÉAN verdanken: a) durch die Einführung der liegenbleibenden Klemmen als Blutstillungsmittel, b) durch die Zerstückelung der Gebärmutter. So gelingt es ohne jede Nebenverletzung per vias naturales sowohl vergrößerte (eventuell bis zum Nabel reichende) wie fixirte Uteri herauszuschneiden.

2. Das durch diese beiden Punkte charakterisirte Princip der PÉAN'schen Methode ist bei einer Reihe von Fällen rein vaginaler

Hysterectomie nicht zu umgehen, da nämlich, wo der immobile, eventuell vergrößerte Uterus auch dem stärksten Zuge nicht folgt. Wesentlich aber ist bei der ursprünglich von PÉAN intendirten Ausrottungsart, daß man, wie bei dem Nahtverfahren, um in erster Linie der Blutung vorzubeugen, die zuführenden Gefäße in kleinen Partien durch Klammern versorgt und so die Stiele in ein Vielfaches zerlegt.

3. Auf der Grundlage der von PÉAN als Blutstillungsmittel angegebenen Forcipressure hat die auch in PÉAN's Händen ursprünglich übliche Methode der vaginalen Hysterectomie und erst recht das CZERNY'sche Nahtverfahren in seinen einzelnen Schritten sowohl seit 1887 in LANDAU's wie in DOYEN's Händen eine vollständige Umgestaltung erfahren: während die Blutstillung intra operationem bei der Naht und dem ursprünglichen PÉAN'schen Verfahren die wesentliche Richtschnur in jedem Augenblick der Operation bildet, zielen die Einzelmanöver unseres Verfahrens in erster Linie auf die Freilegung aller zu entfernenden Theile und Stielung derselben. Die Blutstillung der dabei gesetzten Wunden wird zunächst weder durch Naht noch durch Klemmen, sondern durch Druck und Zug bewerkstelligt, wobei den ziehenden Muzeux die Hauptrolle zukommt. Das Verfahren könnte insofern auch Muzeuxverfahren heißen, umsomehr, als nach Erreichung unseres wesentlichen Zieles, der Freilegung und Stielung aller Theile, auch die Naht als Methode der Wahl zur Blutstillung statt der Klammern als Schlußact unserer Operationsweise zur Blutstillung wenigstens bei einer Reihe von Fällen in Anwendung kommen könnte. Trotzdem wählen wir stets die Klammern, denn sie wirken in ihrer Eigenschaft als Blutstillungsmittel prompt, kürzen so die Operationsdauer, sparen Blut und Betäubungsmittel, überdies aber sind sie wirksame Drains, gute Handhaben für die Besichtigung und Revision der Stiele und wirken beim Carcinom nekrotisirend auf mikroskopisch afficirte Theile.

4. Die Art unseres Verfahrens, in erster Linie Freilegung und Stielung aller Theile, führt über die bloße Exstirpation der Gebärmutter (Castratio uterina PÉAN's und SEGOND's) hinaus zu der von uns geübten vaginalen Radicaloperation, d. h. der Ausrottung des Uterus sammt den erkrankten Adnexen (complicirter Beckenabsceß, Pyosalpinx duplex etc.). Also auch hier wieder in erster Linie Stielung und Freilegung aller Theile, in zweiter Blutstillung.

5. Durch das Hauptprincip der allmäligen Freilegung aller Theile sind die als besondere vaginale Operationen beschriebenen Methoden der vaginalen Coeliotomie, Freilegung solitärer Abscesse, Unterbindung der Vasa uterina, die von uns angegebene Resection des Uterus nur Einzeletappen unserer Methode, die gestattet, in jedem beliebigen Zeitpunkt, z. B. nach dem probatorischen Schnitt im Scheidengrund aufzuhören.

6. Genau dasselbe Princip — Stielung in erster Reihe, Blutstillung in zweiter — haben wir auf die abdominalen und combinirten Operationen an der Gebärmutter und deren Anhängen ausgedehnt (Myomohysterectomie etc.), wobei auch hier die Klammern in Berücksichtigung aller ihrer genannten Eigenschaften als Methode der Wahl von uns in Anwendung gezogen sind. Im Einzelnen ist hier für abdominale Myomohysterectomie hervorzuheben die Sectio mediana posterior, wobei nach Eröffnung der Uterushöhle die Enucleation der intramural oder selbst intraligamentär gelegenen Geschwülste und Verkleinerung des Stumpfes für die vaginalen Operationen in leichter Weise erfolgt.

7. Resultate: Seit Anfang 1887 hat L. mittelst Klemmen 264 Uterusexstirpationen per vaginam gemacht; die Peritonealhöhle wurde in keinem Falle geschlossen. Darunter waren 105 Fälle von Hystero-, Oophoro-, Salpingectomia duplex per vaginam (vaginale Radicaloperation) wegen complicirter Beckenabscesse und anderer entzündlicher Adnexerkrankungen.

Von 110 Fällen von Carcinom und Sarcoma uteri starben 8; von 47 Fällen von concentrischer Hypertrophie und Myomen des Uterus (unter letzteren eine größere Zahl bis zum Nabel reichender) starben 3; von 2 Fällen von acuter puerperaler Sepsis mit Localisation post partum und abortum starb 1; von 105 Fällen von chronischen complicirten Beckenabscessen und anderen entzündlichen Adnexerkrankungen starben 0.

MÜLLER (Aachen): **Zur Frage der conservirenden Myomoperationen und der Functionen des Uterus nach denselben.**

Aehnlich dem vor 5 Jahren mitgetheilten KRÖNLEIN'schen Falle, in welchem trotz Amputation des Fundus uteri später wiederholt Gravidität und normale Entbindung stattgefunden hat, sah M. in einem Falle von partieller Resection des Uterus wegen Myoms mit Erhaltung der Uterushöhle Gravidität und normale Schwangerschaft eintreten. Redner plaidirt daher für die conservirende Operationsmethode.

In der Discussion empfiehlt

Mackenrodt (Berlin), um die zurückbleibende Wundfläche vor der Gefahr der Implantation mit Carcinomkeimen zu schützen, die ausgiebige Anwendung des Glüheisens. Der Paquelin arbeitet am sichersten unter dem Schutze der Schaufelzange.

NICOLADONI (Innsbruck): **Zur Operation des Kryptorchismus.**

Während Redner früher bei Kryptorchismus mit Rücksicht auf die Kleinheit des Hodens die Castration ausgeführt hat, hat er in neuerer Zeit, zumal der Hoden in solchen Fällen oft eine respectable Größe zeigte, die Vorlagerung desselben in den Hodensack mit günstigem Erfolge auszuführen versucht. Die Erhaltung wird zum Gebot, wenn es sich um beiderseitigen Kryptorchismus handelt.

SCHEDE (Hamburg): **Ueber die Behandlung des stricturirenden Mastdarmgeschwürs.**

Seit dem Jahre 1889 hat SCH. bei 15 Pat. im Alter von 21 bis 40 Jahren die Resection des Mastdarms wegen stricturirenden Geschwürs ausgeführt und in sämmtlichen Fällen Heilung erzielt. Die functionellen Resultate sind meistens sehr günstige, in 5 Fällen ideale. Mit Ausnahme eines Falles ist Sphincterwirkung erhalten. Diese Resultate sind denen der Colotomie durchaus vorzuziehen. Die Ausführung der Operation ist recht schwierig wegen der starken Infiltration des perirectalen Gewebes, der leichten Zerreißlichkeit der Gefäße und der ausgedehnten Verklebungen, welche das Herunterziehen des Rectums sehr erschwerte, so daß zuweilen noch eine nachträgliche Durchschneidung des vorher geschonten Sphincters nothwendig wird.

HOFFA (Würzburg) spricht zur Therapie des Plattfußes und empfiehlt nach dem Abdruck des Fußes hergestellte Einlagen in den Stiefel, combinirt mit Massage und Gymnastik des Fußes. Auf diese Weise gelingt es, wie die vorgestellten Pat. beweisen, aus dem functionsunfähigen Plattfuß einen normalen Fuß herzustellen. —r.

Notizen.

Wien, 2. November 1895.

(Das November-Avancement der k. und k. Militärärzte), welches wir an anderer Stelle der vorliegenden Nummer publiciren, hat sich diesmal in mäßigen Grenzen gehalten und keine Ueberraschungen gebracht. Ernannt wurden 6 Oberstabsärzte I. Classe, 10 Oberstabsärzte II. Classe, 13 Stabsärzte, 32 Regimentsärzte I. Classe und 42 Regimentsärzte II. Classe. Der Beförderung wurden sonach im Ganzen 103 Militärärzte theilhaftig, d. i. etwa 10% des effectiven Standes. Unter den Beförderten zählt man 3 außertourliche Oberstabsärzte II. Classe und ebenso viele außertourliche Stabsärzte; von diesen 6 Außertourlich ist nur einer auch in weiteren Kreisen wegen seiner besonderen Leistungen bekannt, die übrigen verdanken ihre Bevorzugung ohne Zweifel ihrer gediegenen Dienstleistung, welche auch für die Zukunft Vortreffliches erwarten läßt. Ob nicht von den durch die außertourlichen Ueberholten gar Mancher das gleiche Prädicat für seine Dienstleistung in Anspruch zu nehmen berechtigt wäre, wagen wir nicht zu entscheiden; Thatsache ist, daß unter den Präterirten etliche Namen von sehr gutem Klange sich finden. Diese sind nun um eine Enttäuschung reicher und, sofern sie Regimentsärzte sind, um eine Hoffnung, der stabsärztlichen Prüfung zu entgehen, ärmer. — Die 13 stabsärztlichen Stellen sind indessen nicht alle in Folge eines ebenso großen natürlichen Abganges in den höheren Chargen zu Stande gekommen, vielmehr

kommen 6 hievon auf Rechnung der im Jahre 1894 eingeführten Chargenvermehrung. Ohne diese wären bloß 7 Stabsärzte ernannt, eine Ziffer, die in Hinkunft, wenn die Chargenvermehrung perfect wird, so ziemlich zur Regel werden und die Avancementsverhältnisse der Militärärzte abermals in ein recht langsames Tempo versetzen dürfte. Die Annahme, daß die stabsärztliche Prüfung als beschleunigendes Moment wirken werde, scheint sich nicht verwirklichen zu wollen, denn Verzichtleistungen auf die Prüfungsablegung sind bisher nur ganz vereinzelt vorgekommen und die Einberufenen sollen, wie von allen Seiten verlautet, durchwegs mit einem solchen Eifer Tag und Nacht dem Studium der Prüfungsgegenstände obliegen, daß die Prüfungscommission vielleicht gar nicht in die Lage kommt, irgend einen der Candidaten begründeterweise als ungeeignet zu censuriren. Von wesentlicher Bedeutung kann die Prüfung für die Candidaten der Außertourlichkeit werden; während sie bisher oft nur „im Verborgenen blühten" und erst im Momente der Beförderung auf die Bildfläche hervortraten, werden sie ihre Qualification nunmehr angesichts einer vielköpfigen Commission persönlich zu documentiren haben. Da kann es leicht geschehen, daß Einer oder der Andere bei dieser Gelegenheit von einem bis dahin nicht außertourlich Beschriebenen in den wohlverdienten Schatten gestellt wird und die wirkliche Tüchtigkeit und Leistungsfähigkeit zur wohlverdienten Anerkennung gelangt. Nur noch wenige Tage und man wird sehen, ob und inwieweit die verschiedenartigen, an die stabsärztliche Prüfung geknüpften Vermuthungen zur Wahrheit werden.

(Universitäts-Nachrichten.) Der a. o. Professor der Berliner Universität Dr. JOHANNES GAD ist zum ordentlichen Professor der Physiologie an der deutschen Universität in Prag (an Stelle HERING's) ernannt worden. — Dr. WEINTRAUD hat sich als Privatdocent für innere Medicin an der Universität Breslau habilitirt.

(Wiener medicinischer Club.) In der am 23. October unter Vorsitz des Prof. OBERSTEINER stattgehabten Sitzung hielt Dr. A. JOLLES einen Vortrag „Ueber eine einfache und empfindliche Methode zum qualitativen und quantitativen Nachweis von Quecksilber im Harn", welcher in Nr. 43 d. Bl. in extenso reproducirt wurde. Hierauf sprach Dr. B. BEER „Ueber die Bedeutung der Oedeme in praktischer Beziehung". Auch diesen Vortrag werden wir demnächst veröffentlichen.

(Aus Budapest) schreibt man uns: Anläßlich der Milleniums-Feier wird hier im Jahre 1896 ein medicinisch-hygienischer Congreß stattfinden, welcher der Berathung von hygienischen und ärztlich-socialen Fragen gewidmet sein wird. Wissenschaftliche Vorträge werden im Congreßprogramme nicht vorgesehen sein.

(Sterile Eprouvetten zur Untersuchung von Diphtherie-Belag.) Ueber Anregung der „Oesterr. pharmaceut. Gesellschaft" werden nunmehr in allen Apotheken Wiens sterilisirte Eprouvetten (zum Preise von 20 Kreuzern) erhältlich sein, welche vom Arzte zur Aufnahme diphtherieverdächtiger Beläge verwendet werden können. Dieselben enthalten eine mit einem kleinen Watteknopf versehene sterilisirte Drahtspatel; mittelst des Watteknopfes wird der Belag überstrichen und die Spatel sofort wieder in die Eprouvette gebracht, letztere in dem beigegebenen Carton verschlossen und, mit Namen und Adresse des Arztes versehen, der betreffenden Apotheke übersendet. Die bacteriologische Untersuchung erfolgt im Laboratorium des „Allgem. österr. Apotheker-Vereins" durch dessen Vorstand Dr. SCHRANK, welcher den Arzt vom Resultate der Untersuchung verständigen wird. — Dies der wesentliche Inhalt eines uns zugesandten Circulars, in welchem die Höhe des für die Untersuchung zu entrichtenden Honorars nicht angegeben ist. Die Verläßlichkeit der Sterilisirung und bacteriologischen Untersuchung vorausgesetzt, kann die Einführung der diagnostischen Eprouvetten, die selbstredend auch zur Untersuchung anderer Krankheitserreger (Streptococcen etc.) dienen können, nur wärmstens begrüßt werden.

(Der wirthschaftliche und ethische Niedergang des ärztlichen Standes) scheint nicht auf den Continent beschränkt zu sein. Wie das „Württemb. med. Correspondenzbl." nach „Brit. med. Journ." berichtet, hat eine Theehandlungsfirma in Liverpool ein Circular an ihre Kunden gerichtet, in welchem es heißt:

„Im Falle Sie ärztlichen Rathes oder ärztlichen Beistandes bedürfen, werden wir Ihnen einen Arzt auf unsere Kosten schicken. Ihre Gegenleistung hat nur darin zu bestehen, daß Sie von unserem berühmten Thee wöchentlich mindestens ein Viertel Pfund kaufen. Beeilen Sie sich, Ihre Bestellung aufzugeben! — Ein Kunde muß mindestens 4 Wochen lang von unserem berühmten Thee gekauft haben, ehe er von der Wohlthat ärztlicher Hilfe auf unsere Kosten Gebrauch machen darf. — Geburtshilfliche Operationen werden nur gegen eine besondere, der Vereinbarung überlassene Honorirung von Seiten unserer Districtsärzte vorgenommen. — Kunden, welche 2 Wochen lang unseren berühmten Thee nicht bezogen haben, verlieren jeden Anspruch darauf, unsere Aerzte kostenfrei zu consultiren. Die Legitimationskarte der Kunden trägt die Bezeichnung: „Gebrüder Bryan's ärztliche Gratisbehandlung.""

Es erscheint kaum glaublich, daß in England, dem Musterlande der „Medical ethics" und der ärztlichen Ehrengerichte, approbirte Aerzte sich in solcher Weise in die Dienste von Marktschreiern begeben, die durch ihr „philanthropisches System" natürlich nur die Aufmerksamkeit des Publicums auf ihre Waare lenken wollen. Da müssen die Anstandsbegriffe der Aerzte, wahrscheinlich jedoch der Noth gehorchend, nicht dem eigenen Triebe, doch schon sehr in's Wanken gekommen sein.

(Die Cholera in Galizien.) Das Ministerium des Innern hat mittelst Erlasses vom 23. October die Statthaltereien von Niederösterreich, Böhmen, Mähren und Schlesien, ferner der Bukowina aufgefordert, den Gesundheitszustand der Bevölkerung sorgfältig zu überwachen, die Vorkehrungen zur sofortigen Entdeckung und Tilgung jedes etwa verschleppten Cholerafalles zu treffen und die Vorschriften der Fremdenpolizei strenge zu handhaben. — In der Woche vom 22.—28. October wurden in Galizien 42 Erkrankungs- und 26 Todesfälle (gegen 57 Erkrankungen und 32 Todesfälle in der Vorwoche) an Cholera asiatica gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August d. J. constatirten Cholerafälle beträgt 238 mit einer Mortalität von 63·4%.

(Der Magen des Grafen Chambord.) Gelegentlich der im Jahre 1883 zu Frohsdorf vorgenommenen Obduction der Leiche des Grafen Chambord fand der Obducent, Prof. KUNDRAT, eine nicht häufig vorkommende Form eines Carcinoms der Cardia, das er mit einem Theile des Magens dem pathologisch-anatomischen Museum der Wiener Universität einverleibte. Zufällig erfuhr der Herzog von Parma, einer der Erben des verstorbenen Kronprätendenten von Frankreich, von dieser Thatsache und setzte sofort alle Hebel in Bewegung, um den dem Grabe vorenthaltenen Theil des verewigten Grafen aus dem Alkoholgefäße, in welchem er aufbewahrt wurde, zu befreien und dem Sarcophage Chambord's in Castagnovizza zu übergeben, was nunmehr nach Ueberwindung einiger Schwierigkeiten in feierlicher Weise geschehen ist. So berichtet der „Corr. di Gorizia".

(Unentgeltliche otiatrische Ordination.) Der bekannte Ohrenarzt Dr. A. EITELBERG (I., Adlergasse 4) wird vom November 1895 ab für mittellose Ohrenkranke täglich (Sonn- und Feiertage ausgenommen) von 4—5 Uhr unentgeltlich ordiniren. Es wurde Vorsorge getroffen, daß die Patienten der Armenstunde Medicamente und sonstige therapeutische Behelfe zu bedeutend ermäßigten Preisen, ausnahmsweise auch vollkommen unentgeltlich erhalten.

(Statistik.) Vom 20. bis inclusive 26. October 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6038 Personen behandelt. Hievon wurden 1174 entlassen; 160 sind gestorben (11·99% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 85, egyptischer Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie 1, Blattern 1, Varicellen 49, Scharlach 85, Masern 154, Keuchhusten 42, Wundrothlauf 40, Wochenbettfieber 5, Parot. epid. 1, Influenza 1, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 512 Personen gestorben (— 37 gegen die Vorwoche).

stoff enthaltend) und mineralische Bestandtheile 10·35, welch letztere der Hauptsache nach lösliche phosphorsaure Salze und Siedesalz vorstellen. Von etwaigen schädlichen Zumengungen war keine Spur vorhanden. **Der hohe Nährwerth dieses Präparates liegt daher auf der Hand und wäre es im Interesse Magenkranker und Reconvalescenten,** wenn sich, wie in England und dem deutschen Reiche, auch in Oesterreich-Ungarn und den Donauländern recht viele praktische Aerzte veranlaßt finden würden, mit diesem ausgezeichneten, von den hervorragendsten Autoritäten aller Länder empfohlenen Präparate Versuche zu machen. Dasselbe wird theelöffelweise, ohne Zusatz von Wasser, genommen.

Kurarzt Dr. Eduard Weisz hat seine ärztliche Thätigkeit in Meran wieder aufgenommen.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 4. November 1895, 7 Uhr Abends
im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Discussion über den Vortrag des Doc. Dr. S. Freud: Ueber Hysterie.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 6. November 1895, 7 Uhr Abends,
im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. E. Galatti: Casuistische Mittheilungen. (Mit Demonstrationen.)
3. Prof. R. v. Basch: Ueber Angiorhigos (Gefäßstarre).

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Kocher Th. u. **E. Tavel,** Vorlesungen über chirurgische Infectionskrankheiten I. Theil. Basel und Leipzig 1895, Carl Sallmann.
Günther Carl, Einführung in das Studium der Bacteriologie mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik. Leipzig 1895, G. Thieme.
Finger E., Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. IV., wesentl. verm. u. verb. Aufl. Leipzig und Wien 1896, F. Deuticke.
Charcot J. M., Poliklinische Vorträge. II. Uebersetzt von Dr. M. Kahane. Leipzig und Wien 1895, F. Deuticke.
Krafft-Ebing, Frh. v., Der Conträrsexuale vor dem Strafrichter. II., verm. Aufl. Leipzig und Wien 1895, F. Deuticke.
Schuschny H., Ueber die Nervosität der Schuljugend. Jena 1895, G. Fischer.

Das November-Avancement.

I. Im militärärztlichen Officierscorps.

Ernannt wurden

zu Oberstabsärzten I. Classe: die OStA. II. Classe: DDr. M. Rosner, Comm. des GSp. Nr. 23 in Agram; R. Großpietsch, Comm. des GSp. Nr. 22 in Hermannstadt; L. Rotter, Comm. des GSp. Nr. 19 in Preßburg; J. Strejček, Comm. des GSp. Nr. 11 in Prag; G. Scholler, Comm. des GSp. Nr. 12 in Josephstadt, und E. Gombócz-Bayer de Rogácz, Comm. des GSp. Nr. 2 in Wien — alle sechs auf ihren dermaligen Dienstposten;

zu Oberstabsärzten II. Classe: die StA.: DDr. Th. Orgelmeister, Garn.-Chefarzt in Cattaro, auf seinem derm. Dienstposten; J. Hendl, des GSp. Nr. 5 in Brünn, zum Garn.-Chefarzt in Znaim; J. Jeglinger, Chefarzt der 29. Inf.-T.-Div., bei Ernennung zum Garn.-Chefarzt in Budweis; V. Hampl, Chefarzt der 15. Inf.-T.-Div., bei Transferirung zum GSp. Nr. 16 in Budapest; W. Novák, Garn.-Chefarzt in Stuhlweißenburg, auf seinem derm. Dienstposten; J. Ebstein, des GSp. Nr. 24 in Ragusa, bei Ernennung zum Garn.-Chefarzt in Fünfkirchen; G. Philipp, Garn.-Chefarzt in Karlsburg, auf seinem derm. Dienstposten; F. Hlawáček, des 4. Corps-Comm., bei Ernennung zum Garn.-Chefarzt in Krems; G. Güttl, Comm. der Filiale Baden des GSp. Nr. 2 in Wien, auf seinem derm. Dienstposten, und C. Smutny, des 11. Corps-Comm., bei Transferirung zum GSp. Nr. 14 in Lemberg;

zu Stabsärzten: die RA. I. Cl.: DDr. E. Emmer, Chefarzt der 7. Inf.-T.-Div., auf seinem derm. Dienstposten; H. Hartmann, des Drag.-Reg. Nr. 1, bei Erneonung zum Chefarzt der 29. Inf.-T.-Div.; L. Zweythurm, des Inf.-Reg. Nr. 100, bei Ernennung zum Chefarzt der 4. Inf.-T.-Div.; J. Schulbaum, des GSp. Nr. 21 in Temesvár, auf seinem derm. Dienstposten; F. Vorbuchner, des Inf.-Reg. Nr. 33, bei Ernennung zum Chefarzt der 15. Inf.-T.-Div.; F. Ebert, des Inf.-Reg. Nr. 81, bei Transferirung zum GSp. Nr. 24 in Ragusa; J. Pavlik, des Inf.-Reg. Nr. 20, bei Transferirung zum GSp. Nr. 15 in Krakau; F. Wittek, des Inf.-Reg. Nr. 8, bei Transferirung zum GSp. Nr. 5 in Brünn; L. Färber, des Inf.-Reg. Nr. 46, bei Ernennung zum Chefarzt der 10. Inf.-T.-Div.; C. Mayer, des Inf.-Reg. Nr. 91, bei Transferirung zum GSp. Nr. 17 in Budapest; J. Habart, Gardearzt der k. ung. Leibgarde, bei Transferirung zum GSp. Nr. 2 in Wien; J. Wenzl, des GSp. Nr. 7 in Graz, bei Transferirung zum GSp. Nr. 6 in Olmütz; F. Eberle, des Inf.-Reg. Nr. 28, bei Transferirung zum GSp. Nr. 9 in Triest;

zu Regimentsärzten I. Classe: die RA. II. Cl.: DDr. A. Latzel, F. Chmela, Th. Kittner, N. Merwan, L. Köhrer, J. Wolf, A. Philippi, Ed. Lang, J. Janowski, L. Dąbrowski, A. Zbitek, J. Baschkopf, M. Leichtmann, A. Lederer, A. Weingruber, S. Altstädter, C. Klem, B. Kurylowicz, O. Gerke, F. Müller, Ed. Krall, A. Anka, F. Riedl, J. Hörmann, A. Śwanda, G. Weißenstein, A. Zimmermann, Ed. Stehlik, L. Garay, F. Stach, F. Zastěra u. G. Kouba;

zu Regimentsärzten II. Classe: die OA.: DDr. J. Fischer, C. Karowski, J. Pogrzebacz, F. Gehmacher, A. Biach, R. Ebert, J. Bleyer, H. Koralek, D. Dászkal, St. Scholtz, J. Nawrocki, W. Pixa, A. Lešanovský, L. Hradský, O. Morgenstern, G. David, A. Wettenstein, K. Iwanicki, R. Mareck, F. Statečny, A. Kryplewski, E. Andauer, J. Neumann, W. Nazimezky, A. Selinger, V. Mojžišek, J. Žižala, W. Kalenda, M. Schnek, Ed. Neumann, J. Rónai, Th. Jaciów, A. Schwarz, A. Stepler, C. Mayerweg, A. Pawlicki, L. Weißberg, W. Gabel, O. Steinhaus, B. Bardach, M. Feder und J. Scheidl.

II. Im marineärztlichen Officierscorps.

Ernannt: *zum Marine-Oberstabsarzte I. Classe:* den Marine-OStA. II. Classe: Dr. M. Linhart;

zum Marine-Oberstabsarzte II. Classe: den Marine-StA.: Dr. W. Sachs;

zum Marine-Stabsarzte: den L.-Sch.-A.: Dr. J. Weil;

zum Linienschiffsarzte: den Freg.-Arzt: Dr. M. László;

zu Fregattenärzten: die Corv.-Aerzte: DDr. P. Schmidt, R. Liehm und C. Weiser.

III. Im landwehrärztlichen Officierscorps.

Ernannt: *zu Regimentsärzten I. Classe:* die RA. II. Cl.: DDr. L. Ziembicki, A. Gramatyka, F. L. Pick und J. Eder;

zum Regimentsarzt II. Classe: den OA. Dr. H. Peller;

im nichtactiven Stande:

zu Regimentsärzten II. Classe: die OA.: DDr. J. Schapira, M. Klaus, E. Eckstein, A. Effenberger, J. Schneider, A. Bettelheim, H. Steiner, F. Sobotta und A. Thommen;

zu Oberärzten: die AA.: DDr. A. Kreidl, B. Bernstein und H. Glückziegel;

zu Assistenzärzten: die AA.-Stellv.: DDr. F. Schmolka, W. Haala und G. Feigl.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse"** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik":** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Therapie der Gegenwart":** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

ANZEIGEN.

Nr. 45. Sonntag den 10. November 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in **Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Kenntniß und Aetiologie des Icterus bei recenter Syphilis.

Von **Hofrath Prof. Neumann** in Wien.

Schon älteren Beobachtern war das Vorkommen von Icterus bei Syphilis nicht unbekannt geblieben. Paracelsus, Mathiolus, Francois, Delebol sprechen über dieses Symptom; der Erste, welcher mit Bestimmtheit einen Zusammenhang mit Syphilis angenommen hat, scheint Ribero Sanchez gewesen zu sein. Immerhin war es erst der jüngsten Zeit vorbehalten, dieser Frage näher zu rücken. Ehedem war allgemein die Ansicht herrschend, daß die inneren Organe erst in einem späteren Stadium der Syphilis erkranken können. Es ist aber schon a priori nicht einzusehen, warum die inneren Organe im recenten Stadium gegen Syphilis widerstandsfähiger sein sollten, als die allgemeine Decke und die Schleimhäute.

Französische Autoren waren es besonders, welche sich mit der in Rede stehenden Frage intensiver befaßten, nachdem schon lange früher Ricord auf diesen Icterus die Aufmerksamkeit gelenkt hatte. Gubler, Lanceraux, Cornil, Mauriac beobachteten eine größere Zahl von auf recenter Lues beruhender Icterusfälle (Essai sur la syph. Thèse 1878). Doch haben diese Autoren über die Aetiologie dieses Icterus verschiedene Ansichten ausgesprochen. In der Jüngstzeit bildete diese Frage einen Brennpunkt in den Discussionen bei verschiedenen Congressen, ohne daß eine endgiltige Lösung gefunden worden wäre. Gubler vermuthet, daß ein Exanthem des Darmes und der Gallenwege die Ursache dieses Icterus sei, während Lanceraux und Cornil eine Schwellung der portalen Lymphgefäße, Chassart eine frühzeitig auftretende Hepatitis annehmen. Mauriac glaubt, daß sich bei Syphilitikern die Hyperämie auch auf die Gallenwege fortsetzt und hier die abgestoßenen alten Epithelien, gleichwie die prolifererirenden neuen ein Hinderniß für die Fortbewegung der Galle abgeben. Engel-Reimers (Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten, 1889 und Monatshefte für praktische Dermatologie, 1892, pag. 477) hält den Icterus bei recenter Syphilis für Stauungsicterus, bedingt durch Schwellung der portalen Lymphdrüsen. Derselbe Autor hat auch auf die acute, gelbe Leberatrophie bei recenter Syphilis aufmerksam gemacht auf Grundlage von 3 Fällen, in denen die Obduction große, den Ductus choledochus comprimirende Drüsenpackete ergab. Auch Senator nimmt eine entzündliche Reizung der Gallenwege an, jedoch sei dieselbe nicht durch den Druck von Seiten der Lymphdrüsen veranlaßt, da sonst noch andere Erscheinungen den Icterus begleiten müßten. Quincke (Kiel) glaubt (Congreß in Wiesbaden), daß es sich um Compression des Ductus choledochus handelt, namentlich betont er das Fehlen gastrischer Erscheinungen beim Icterus Syphilitischer. Minkowski u. Liebermeister (Verhandlungen des II. Congresses für innere Med., 1892, pag. 127; „Deutsche med. Woch.", 16, 1893) sind der Ansicht, daß die Leberzellen die ihnen im intacten Zustand zukommende Fähigkeit, die Galle nur an die Gallencapillaren abzuliefern, eingebüßt haben, so daß nun die Galle auch in das Blut- und Lymphgefäßsystem übergehen könne. Bäumler (Syphilis, Leipzig 1874, pag. 184) weist darauf hin, daß im Eruptionsstadium der Syphilis unter dem Einflusse des Fiebers ein Catarrh der Magen- und Darmschleimhaut entsteht, der sich bis auf den Ductus choledochus fortpflanzt; der Icterus würde dann mit der Syphilis nur indirect zusammenhängen.

Noch andere Autoren lieferten Beiträge zu der in Rede stehenden Frage, so Hutchinson, dem sich Gubler anschließt („Medical Times", Februar 1876, pag. 136; Syphilis, London 1889; pag. 145); Goodbridge („Brit. med. Journ.", 10. Juni 1871); Triis in Cannstadt 1889, pag. 300 des Jahrbuches; Grohl (Aerztl. Mittheilungen, Baden, Carlsruhe 1883); Mader („Wiener med. Blätter", 1884); Mraček (Bericht des Krankenhauses Rudolfstiftung, 1889); Naunyn (Bericht des

unterelsässischen Aerztevereines, 1891, referirt über 10 Pat., davon 2 Männer), und SCHRÖDER (Contrib. à l'Aride de l'ictère syphilitique secondaire, Paris 1886); Letzterer nimmt an, daß durch das Bacterium der Syphilis in den Gallengängen eine Entzündung hervorgerufen werde, welche Proliferation und Abstoßung der Epithelzellen zur Folge habe. Nach FOURNIER soll das rasche Schwinden charakteristisch für den syphilitischen Icterus sein; er hält ihn für sehr häufig (Leçons sur la syphilis chez la femme, Paris 1883, pag. 926); THÜMEL schließt sich der Ansicht SENATOR's an (Inaug.-Dissert., Berlin 1894); M. OTTO spricht sich für die Compression durch die Lymphdrüsenschwellungen aus (Inaug.-Dissert., Kiel 1894). MAX JOSEPH hält die Erklärung MAURIAC's für die richtige („Arch. f. Dermat. und Syphil.", 1894, Bd. XXIX, 3. Heft); LASCH („Berl. klin. Wochenschr.", 1894, Nr. 40) stellt 49 Fälle zusammen und spricht sich dahin aus, daß bisher der Beweis fehle, daß der Icterus bei Syphilis ein specifischer, von der Syphilis hervorgerufener sei. ROQUE und DEVIL berichten über einen Fall von Icterus gravis im secundären Stadium der Syphilis mit letalem Ausgang (VI. Congreß für innere Med., Lyon).

A priori kann weder gegen die Schwellung der Lymphdrüsen, die mechanisch auf den Ductus choledochus drücken, noch auch gegen das Exanthem oder, anatomischer ausgedrückt, gegen eine Endothelwucherung einerseits und Wucherungen an der Gefäßwand andererseits etwas eingewendet werden, da ein analoger Vorgang auch in anderen Geweben in Folge der Syphilis anatomisch constatirt ist. Ob die acute gelbe Leberatrophie der Syphilis angehört, muß einer größeren Beobachtungsreihe vorbehalten bleiben, wie wohl a priori gegen eine solche Annahme auch vom theoretischen Standpunkte nichts vorliegt, da auch ein Zerfall der rothen Blutkörperchen in einzelnen Fällen durch die Syphilis im acuten Stadium veranlaßt wird.

Bei der Schwierigkeit des ätiologischen Zusammenhanges des Icterus mit Syphilis sind es doch einzelne Momente, welche Anhaltspunkte hiefür abgeben könnten:

1. Wenn dem Ausbruch des Icterus keine gastrischen Störungen vorausgehen oder denselben begleiten, namentlich wenn derselbe gleichzeitig mit dem Exanthem erscheint.

2. Wenn mit dem Recidiv des Exanthems auch Recidiv des Icterus auftritt.

3. Leberempfindlichkeit, eventuell Schwellung derselben gleichzeitig mit dem Auftreten des Exanthems.

4. Wenn die antisyphilitische Behandlung denselben zum Schwinden bringt.

5. Wenn gleichzeitig mit dem Icterus auch andere syphilitische Intestinalerkrankungen auftreten.

Auf meiner Klinik kamen in den letzten 3 Jahren 14 Fälle von Icterus bei recenter Syphilis vor; hievon waren 4 Männer und 9 Weiber, ein Verhältniß, das die Angabe FOURNIER's, daß der Icterus syphilit. mehr Frauen als Männer befalle, bestätigt. Viermal bestand maculöses Exanthem, 7mal papulöses, 2mal maculo-papulöses Exanthem. In 8 Fällen trat Icterus mit dem Exanthem gleichzeitig auf, in 3 Fällen entwickelte sich der Icterus erst nach der Eruption des Exanthems, 2mal ging der Icterus dem Exanthem voraus. In einem Falle recidivirte 2mal gleichzeitig mit dem Exanthem auch der Icterus und in einem anderen Falle ging dem Icterus Nephritis voraus, die sich auf 9 Einreibungen zurückbildete.

Bei 4 Kranken war der Icterus Begleiterscheinung des ersten Exanthems, bei den übrigen 9 Fällen war er eine Combination des Recidivs des Exanthems. In 10 Fällen waren keinerlei Magen-Darmerscheinungen, einmal bestand Erbrechen und Fieber, einmal Lebervergrößerung und Fieber, einmal war die Leber verkleinert.

I. R. Rosa, 22 Jahre, Krankheitsdauer 4 Monate.

9. Januar 1892. Eintritt auf Zimmer Nr. 74, bisher unbehandelt. Diagnose: Exanthema mac., Pap. ad genit., Icterus (gleichzeitig); Polyadenitis, keine Erscheinungen von Seite des Magens und Darmes; keine Lebervergrößerung.

13. Januar. Gelbfärbung der Haut und Sklera hat zugenommen.

20. Januar. Einreibungen à 3 Grm.

26. Januar. Icterus geschwunden, Exanthem abgeblaßt.

II. T. Marie, 19 Jahre alt. August 1892 bei KAPOSI. Exanthem, 3 Injectionen.

22. November 1893. Pap. ad genit., Lymphadenitis universalis. Einreibungen.

21. December. Icterus (später), 25 Einreibungen.

30. December. Icterus und Papeln geheilt. Keine Magen-Darmerscheinungen. Keine Leberschwellung. Juli 1894 Urethritis, kein Recidiv des Icterus.

III. C. Cäcilie, 21 Jahre alt.

8. Mai 1894 auf Zimmer Nr. 75 aufgenommen. Pap. ad genit. et ad anum, Exanthema papul. Psor. palm. et plant. Icterus (gleichzeitig aufgetreten), Lymphadenitis universalis, keine Magen- und Darmerscheinungen, keine Leberschwellung. Einreibungen.

16. Juni. Sklera noch icterisch verfärbt. Schleim aus dem Cervicalcanal nicht mehr icterisch.

21. Juni geheilt. 37 Einreibungen.

IV. S. Fanny, 25 Jahre alt. Transferirt am 6. Februar 1894. Sklerose, Exanthema macul. Icterus catarrh. (?). Cholelithiasis (?), Lymphadenitis universalis. Keine Leberschwellung, leichter Milztumor, Bradycardie, keine gastrischen Erscheinungen. Muskelempfindlichkeit. Einreibungen.

13. Februar. Icterus geringer. Efflor. reichlicher.

15. Februar. Auftreten eines papul. Exanthems.

20. Februar. Neue Efflor. am Abdomen.

3. März. An den Schleimhäuten kein Icterus mehr. 10 Einreibungen.

15. März. Nach 23 Einreibungen sind noch an Bauch und Brust einzelne lenticuläre Papeln sichtbar.

22. März. Nach 30 Einreibungen — geheilt entlassen.

Juni und December 1894. Papeln am Genitale. Kein Recidiv des Icterus.

V. P. Marie, 23 Jahre alt.

29. Sept. 1894. Exanthema papul. Krankheitsdauer 4 Monate. Nephritis. 9 Einreibungen.

19. Nov. 1894. Psoriasis palm. et plant. Papulae ad arcum palatogloss. Icterus universalis (gleichzeitig aufgetreten). Inguinaldrüsen beiderseits bohnengroß; Cubital- und Halsdrüsen nicht vergrößert. Keine Erscheinungen von Seite des Magens und Darmes, keine Lebervergrößerung. Im Blute Leptothrix, FLEISCHL Hämomet. 85%, rothe Blutkörperchen 4,106.000, weiße Blutkörperchen 40.000. Einreibungen.

10. December. Nach 10 Einreibungen die Efflor. an den Handflächen confluirt, die Infiltrate beträchtlich verringert, an den Tonsillen dicht gedrängte, grau belegte Papeln.

12. December. Icterus weniger intensiv, Stuhl noch wenig gefärbt.

16. December. Icterus noch an den Skleren merklich.

21. December. Nach 21 Einreibungen Inguinaldrüsen doppelbohnengroß, am linken Schenkel der Clitoris eine flache Papel. Das Cervicalsecret zeigt keine icterische Färbung mehr. Die Psoriasisefflorescenzen vollständig abgeflacht, hellroth gefärbt. Die Skleren noch leicht gelb verfärbt, ebenso das Gaumensegel. Die Papeln an den Gaumenbögen noch speckig glänzend. Die Efflorescenz an den Fußrändern vollständig flach.

31. December. 25 Einreibungen. Skleren noch leicht icterisch.

7. Januar 1895. Nach 28 Einreibungen Icterus und Psoriasisefflorescenzen vollständig geschwunden, ebenso die Papeln an den Gaumenbögen, Tonsillen und am Genitale.

VI. F. Josefa, 25 Jahre alt.

27. April 1892. Papulae ad genit. Exanthema macul. Krankheitsdauer 6—8 Monate, Icterus universalis (gleichzeitig). Keine Lebervergrößerung, keine Magen-Darmerscheinungen. Inguinaldrüsen multipel geschwellt, indolent. Nach 42 Einreibungen geheilt entlassen.

VII. F. Antonia, 16 Jahre alt.

29. Juli 1893. Pap. ad genit. Hals- und Leistendrüsen vergrößert. Krankheitsdauer 1 Jahr, bisher unbehandelt. Einreibungen.

16. August. Icterus, (später) Magenbeschwerden.

18. August. Erbrechen. 22. August Zunahme des Icterus. 24. August. Abnahme des Icterus, kein Erbrechen, Magen druckempfindlich. Nach 27 Einreibungen geheilt (kein Recidiv des Icterus).

VIII. R. Anton, 32 Jahre alt.

8. October 1890. Icterus, 20 Inject. auf der Poliklinik; 5. Febr. bis 15. März 1890. Roseola annulata, Icterus (gleichzeitig). Polyadenitis, Leber nicht vergrößert, keine Magenerscheinungen. Krankheitsdauer 5—6 Monate. Nach 35 Einreibungen Roseola und Icterus geschwunden. 23. October bis 23. November 1891. Papulae mucosae oris. Icterus (gleichzeitig), Vitium Cordis. Nach 20 Einreibungen geheilt entlassen.

IX. L. Josef, 42 Jahre alt.

9. Mai bis 27. Juni 1891. Sklerosis. Krankheitsdauer 5 bis 6 Wochen. Leververgrößerung; Fieber, 31. Mai Exanthem, 18. Juni Gelbfärbung der Haut (Icterus später).

27. Juni. Nach 12 Einreibungen Exanthem und Icterus geschwunden.

X. G. Wilhelm, 29 Jahre alt.

12. Juli bis 9. August 1892. Sklerosis, Exanth. macul. Papeln. Krankheitsdauer 10 Wochen. Icterus (gleichzeitig). Lymphadenit. univers. Leber nicht vergrößert, keine Magen-Darmerscheinungen. Icterus universalis. Nach 24 Einreibungen Icterus geschwunden. Exanthem abgeblaßt.

XI. S. Franz, 18. September 1894. Sklerose, Icterus (früher), Exanthema papulos. Lymphadenit. univers. Keine Magen-Darmerscheinungen. Leber nicht vergrößert. Nach 27 Einreibungen Exanthem und Icterus geschwunden.

XII. H. Marie, 21 Jahre alt.

29. December 1894. Pap. ad genit. Pap. lentic. faciei, Roseola annul. Polyadenitis, bisher unbehandelt. Icterus gleichzeitig mit dem Exanthem aufgetreten. Keine Magen-Darmerscheinungen, keine Leberempfindlichkeit, keine Vergrößerung derselben, kein Fieber; im Harn Gallenfarbstoff.

8. Januar 1895. Icterus hat abgenommen. 12. Januar. Skleren nur noch wenig icterisch. Einreibungen.

25. Januar. Nach 13 Einreibungen Icterus geschwunden.

Ein Fall, bei welchem es sich, wenn schon nicht mit Sicherheit, um acute gelbe Leberatrophie, so doch jedenfalls um eine deletäre Lebererkrankung gehandelt hat, war folgender:

XIII. F. Anna, 20 Jahre alt, mit einer Krankheitsdauer von etwa 8 Monaten. Erste Erkrankung an Syphilis im Juni 1893, erhielt auf der Klinik Kaposi fünf 5%ige Sublimatinjectionen. Bei der Aufnahme am 24. März 1894 zeigt dieselbe Papeln am Genitale, Papeln der Mundschleimhaut und leichte icterische Verfärbung von Haut und Schleimhäuten. Dabei bestanden die Symptome eines Magen-Darmcatarrhes, Schmerzhaftigkeit der Lebergegend. Nach einigen Tagen trat leichte Temperaturerhöhung auf und war die Kranke auffallend apathisch. Bald darauf nahm jedoch das Krankheitsbild einen unverkennbar schweren Charakter an, es traten heftige Leibschmerzen, Delirien, Krämpfe, Somnolenz und schließlich völliges Coma ein. Auch die icterische Verfärbung hatte zugenommen und waren ferner allenthalben an der Haut Ecchymosen aufgetreten, sowie Schleimhaut- und subconjunctivale Blutungen. Die Leber erschien nicht vergrößert, eher kleiner, die Milz etwas vergrößert. Seitens der Lungen blos die Erscheinungen eines leichten Catarrhs, über der Herzspitze etwas dumpfere Töne. Der Harn eiweißhältig.

Neunzehn Tage später trat unter urämischen Erscheinungen der Tod ein.

Die anatomische Diagnose bei der am folgenden Tage von Prof. Kolisko vorgenommenen Nekropsie lautete:

Icterus catarrhalis cum cholaemia, Nephritis parenchymatosa subacuta subsequenti uraemia, Regeneratio parenchymatis hepatis post atrophiam acutam sub forma tumorum adenomatosorum. Pharyngitis cum ulceratione tonsillarum. Cystitis, Pyelitis.

Die bezüglichen Stellen aus dem Sectionsprotokoll lauten:

Baucheingeweide normal gelagert, Magen mäßig stark von Gasen gebläht. Leber nach aufwärts gedreht und etwas nach hinten, kleiner, 23 Cm. breit, 15 Cm. hoch, 9 Cm. dick. Consistenz derselben zäh. Kapsel zart. An der oberen Fläche des linken Lappens gegen die Grenze zum rechten Lappen, ferner am ganzen unteren Rande beider Lappen, endlich an der hinteren Fläche aller Lappen zahlreiche höckerige, durch ockergelbe Farbe von den übrigen durch die blaßrothe Kapsel durchschimmernden Lebergewebe sich abhebende Vorwölbungen, theils einzeln stehend als hanfkorngroße Höckerchen, theils confluirend zu thalergroßen und flachen Erhabenheiten. Diesen Erhabenheiten entsprechend die Consistenz geringer. Auf den Schnittflächen finden sich diesen Höckern entsprechend auch mitten in der Leber viele sich vorwölbende, ockergelbe, geschwulstähnliche, aber deutlich aus vergrößerten Leberläppchen bestehende, theils hanfkorngroße, theils bis zu nußgroßen Knoten confluirte Einsprenkelungen, die stellenweise deutlich um die Gefäße herum angeordnet sind. An den einzelnen Läppchen dieser geschwulstähnlichen Bildungen deutlich eine centrale icterische und eine periphere gelbe Zone erkennbar, alle durch intraacinöse Streifen unterscheidbar. Alle diese Einlagerungen sind in ein graurothes, festere Consistenz besitzendes Lebergewebe eingelagert, welches ebenfalls acinöse Zeichnung zeigt, dessen Schnittfläche glatt erscheint; die peripheren Antheile der Läppchen blaßgrün, während die centralen blaßroth erscheinen. In nächster Nachbarschaft einzelner jener Knoten erscheint dieses Lebergewebe von etwas dichterer, fast von narbiger Consistenz. Die Gallengänge enge und gelbe Galle enthaltend. Lebergefäße zartrandig, Gallenblase mäßig mit braungrüner, schleimiger Galle erfüllt.

Es handelt sich nach Kolisko bei der hier geschilderten Leberveränderung um eine regenerative Neubildung von Leberzellen in adenomartiger Form nach einer schwereren degenerativen Veränderung der Leber, wie ähnliche Fälle jüngst von Kretz beschrieben worden (66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien, 1894, Abtheilung für pathologische Anatomie).

Bei dem geringen Beobachtungsmateriale ist hier der Zusammenhang mit Syphilis nach Kolisko allerdings mehr als fraglich.

* * *

Nach diesen Ergebnissen ist die Frage über den Zusammenhang von Icterus noch immer eine ungelöste und wird so lang ungelöst bleiben, als nicht Obductionsbefunde von recenten Fällen in größerer Zahl vorliegen, welche hierüber den anatomischen Nachweis liefern. Nach meiner Ansicht sind es nicht große Lymphdrüsenpackete, welche auf den Ductus choledochus drücken, da ich bei den Sectionen immer gerade auf diese Drüsen untersucht habe, sondern vielmehr eine Veränderung in den Gefäßwandungen, welche Annahme in Analogie mit Affectionen anderer Organe sehr plausibel ist.

Ein Fall spontaner Ausstoßung eines Uterusmyoms.

Von **Dr. Leo Havas** in Miskolcz.

Die spontane Ausstoßung (Geburt, Enucleation) von Uterusmyomen durch geburtsähnliche Vorgänge gehört zu den ebenso seltenen als relativ günstigen Ausgängen dieser Tumoren.

Die Myome, welche derart nach außen entwickelt werden, sind zumeist submucöse Myome oder polypöse Fibrome des Uteruskörpers und zeigen ein doppeltes Verhalten, indem sie entweder sammt den äußeren Bedeckungen, wie Schleimhautüberzug und Kapsel oder nach einer Enucleation aus diesen Hüllen ausgestoßen werden. Der Stiel kann dabei abreißen oder auch in den Geburtsvorgang einbezogen werden.

Zu der ersten Gruppe gehören Myome, welche sich polypenartig von der Uterusinnenfläche abheben und einen mehr oder weniger dicken Stiel besitzen (fibröser Polyp). Durch das Wachsthum dieser Geschwülste, sowie durch die wehenartigen Uteruscontractionen, welche meistens während der Menstruationsperiode auftreten, wird der Cervix langsam er-

öffnet, der Tumor kann in die Scheide oder nach außen geboren werden.

Die spontane Geburt eines solchen Myoms während einer Menstruationsperiode beobachtete SCHRÖDER.

Bei der zweiten Art der Ausstoßung nach Enucleation aus der die Geschwulst überziehenden Schleimhautkapsel wird einmal die Mucosa durch die wachsende Geschwulst derart gespannt und verdünnt, daß sie einfach reißt, oder sie wird durch Druck gangränescirt, zur Eiterung gebracht.

BARNES beobachtete die Ausstoßung eines nußgroßen Fibroms nach Platzen der Kapsel und Abreißen des Stieles.

BERDINET beschreibt einen Fall, in welchem der Ausstoßung wehenartige Schmerzen und Blutungen zwei Monate vorausgingen.

Nach HYBRE wurde ein 2420 Grm. schweres Myom bis vor die äußeren Geschlechtstheile getrieben.

Anknüpfend an diese Beobachtungen, welche GUSSEROW in dem „Handbuche für Frauenkrankheiten" (BILLROTH-LÜCKE) erwähnt, theile ich einen ähnlichen Fall mit, in welchem ein zwei Fäuste großes gestieltes Fibromyom des Uterus durch einen förmlichen Geburtsmechanismus innerhalb drei Wochen nach Eröffnung des Cervix in die Scheide geboren wurde, daselbst vier Tage eingekeilt blieb, um sodann sammt Stiel vor die äußeren Geschlechtstheile getrieben zu werden.

Der Krankheitsverlauf dieses Falles ist in mancher Beziehung interessant.

Frau Susanne S., 40 Jahre alt, seit 21 Jahren verheiratet, Nullipara, mit 16 Jahren menstruirt.

Seit August 1892 copiöse Menstruation (Menorrhagie), colikartige Schmerzen während der 8—10 Tage dauernden Menses. Im December traten profuse Secretionen auf. Im Mai 1893 wurden die Erscheinungen heftiger, die Blutungen, welche stets an die Menstruation gebunden sind, finden unter Abgang von Coagulis statt, die intensiven wehenartigen Schmerzen, welche auf ihrer Höhe manchmal von Erbrechen begleitet sind, der profuse Catarrh, die Anämie und Abmagerung nehmen zu.

Am 9. Juli 1893 bot sich folgender Status praesens:

Pat. kräftig gebaut, etwas abgemagert, anämisch. Brustorgane normal; Bauch im unteren Theil aufgetrieben. Uterus kugelig vergrößert, entsprechend einer Schwangerschaft im vierten Monate, frei beweglich. Ballotement nicht nachweisbar. Bei Auscultation des Bauches keinerlei Geräusch hörbar. Scheidenschleimhaut mäßig aufgelockert, es besteht profuser Catarrh; Portio verkürzt, etwas nach hinten verschoben, äußerer Muttermund offen, Cervicalcanal für einen Finger durchgängig.

In der Höhe des Orificium internum stößt der Finger auf ein Kugelsegment eines glatten, derbelastischen Tumors. Adnexa ohne Veränderung. Pat. klagt über ein Gefühl der Schwere im Unterleibe, wehenartige Schmerzen und Drängen nach abwärts.

Die Diagnose eines Uterusmyoms bot in diesem Falle keine besondere Schwierigkeit. Die Menorrhagien, die wehenartigen, intensiven Schmerzen während der Menstruation, der Catarrh, der kugelig vergrößerte Uterus, die Verkürzung der Vaginalportion, sowie das Fühlen eines unteren Kugelsegmentes von Tumor, sprechen deutlich für unsere Diagnose.

Gegen eine Gravidität sprechen das Verhalten der Menses und der Brüste, das Fehlen eines weichen, elastischen Uterus, der aufgelockerten Portio u. s. w.

Eine chronische Metritis wurde ausgeschlossen wegen des kugelig vergrößerten Uterus, der wehenartigen Schmerzen von ungewöhnlicher Intensität, der Verkürzung der Vaginalportion.

Da die Geschwulst nicht fluctuirte und von dem Uterus nicht zu isoliren war, konnte ein Ovarialtumor nicht ernst in Erwägung gezogen werden. Ein Beckenexsudat wäre mit Fieber einhergegangen, hätte eine diffuse, fluctuirende Schwellung im Zusammenhange mit den Beckenwandungen, nicht einen abgrenzbaren festen Tumor gebildet. Die Hämatocele entsteht rascher im Boden, hat andere anamnestische und objective Symptome.

Die Therapie bestand in Verordnung von Ruhe, Morphininjectionen gegen die Schmerzen, Secalepräparaten innerlich.

24. Juli. Plötzliches Auftreten von Harnverhaltung, starken ausstrahlenden Schmerzen im Schoße. Nachdem der Harn mittelst Katheters entleert worden war, ergab die objective Untersuchung das Vorhandensein eines beinahe kindskopfgroßen Tumors in der Scheide, welcher derart eingekeilt war, daß seine hintere Peripherie in Folge der abnormen Spannung der Scheide mit der Hand nicht umfaßt werden konnte, das Verhalten der Neubildung zum Uterus war in Folge dieser Umstände nicht zu eruiren, da auch bei der Rectaluntersuchung die eingeführte Hand den Tumor nicht passiren konnte.

Nach Einstellung eines KUSKO'schen Speculums sah man ein größeres Segment der Geschwulst, deren Oberfläche bläulichroth, glatt, glänzend, mit deutlichen Gefäßen durchsetzt, an einer kreuzergroßen Stelle wie arrodirt erschien. Bei dem Versuche, den Tumor zu rotiren, empfindet Pat. heftigen Schmerz. Eine Inversio uteri nicht nachzuweisen. Ich ging nun an den Versuch einer Enucleation der Geschwulst, indem ich den Herrn Collegen Dr. SINGER, Oberarzt des Krankenhauses, zu der Operation beizog.

Wir mußten jedoch bald Abstand nehmen von einer manuellen Entfernung, nachdem selbst die eingeführte halbe Hand den Tumor nicht umgeben konnte. Bei der Unkenntniß, ob der Tumor gestielt oder ungestielt in der Scheide lag, versuchten wir auch keine Extraction, da wir eine Inversion des Uterus befürchteten, beschlossen vielmehr, uns exspectativ zu verhalten, in der Voraussicht, daß der Tumor bald durch Uteruscontractionen noch tiefer in die Scheide oder vielleicht vor den Scheideneingang hinuntergetrieben werde. Wir täuschten uns in der That nicht, denn am 29. Juli, also vier Tage später, während welcher Zeit die Schmerzen sistirten, entstanden wieder plötzlich wehenartige Uteruscoliken, Blutung, Urinretention mit schmerzhaftem Tenesmus, Abwärtsdrängen der Geschwulst und schließlich Ausstoßung derselben sammt Stiele vor die äußeren Geschlechtstheile.

Dieser ganze Proceß dauerte circa 3 Stunden. Ich brachte die in Knieellenbogenlage kauernde Patientin in die linke Seitenlage und nun gelang es mir leicht, mit der eingeführten Hand den Tumor in toto und sein Verhalten zum Uterus genau abzutasten, wobei ich erfuhr, daß ein zwei Finger dicker rundlicher Stiel von dem oberen Pole der Geschwulst zu der vorderen Wand des Uterus hinführte. Der letztere war nicht invertirt, obwohl kein Zweifel oblag, daß die vordere Wand des Körpers stark nach abwärts gezerrt war, was die noch bestehenden Schmerzen bewiesen, welche durch die starke Zerrung der Gebärmutterwand bedingt waren. Auch jetzt war eine manuelle Ausspülung nicht ausführbar, weil einerseits der polypöse Tumor sich nicht von seinen äußeren Bedeckungen concluirt hatte, sondern in toto sammt Kapsel und Schleimhautüberzug ausgetreten war, andererseits weil der ziemlich dicke Stiel sowohl mit dem Tumor als auch mit der Gebärmutter in breiter und fester Verbindung zusammenhing.

Der Stiel mußte daher auf operativem Wege entfernt werden. Zu diesem Behufe führte ich unter dem Schutze der linken Hand eine gebogene SIMS'sche Scheere bis an den Stiel, durchtrennte vorsichtig denselben und entfernte den Tumor. Die Blutung war verhältnißmäßig gering; Ausspritzung der Genitalien mit 2% Carbolsäurelösung, prophylaktische Tamponade mit langen Jodoformgazestreifen. Nach 18 Stunden wird der Tampon sammt Blutcoagulis hinausbefördert.

Das Allgemeinbefinden der Kranken in den folgenden Tagen befriedigend; kein Fieber, geringe blutige Secretion, Fluor sistirt.

5. August. Pat. klagt noch über leichte, ziehende Schmerzen in den seitlichen Partien des Uterus; Orificium externum noch offen, der centrale Stiel nicht tastbar.

8. August. Blutung, Schmerzen haben aufgehört. Pat. verläßt das Bett.

Der exstirpirte Tumor präsentirte sich als ein über zweifaustgroßes gestieltes submucöses Fibromyoma uteri, welches auf seinem

Durchschnitte makroskopisch theils röthliche, mehr weiche, theils weiße, mehr härtere Läppchen aufwies und von zahlreichen stark ectatischen Venen durchsetzt war.

Dieser große Gefäßreichthum, sowie ein starkes centrales Gefäß in dem circa $1^1/_2$ Cm. dicken Stiele erklärten die Dimensionsunterschiede des Tumors vor und nach der Exstirpation, welcher während der menstruellen Congestion und in der Austreibungsperiode bis auf Kindskopfgröße anschwoll.

Die antibacterielle Therapie.

Von **Dr. Carl Scherk** in Bad Homburg.

(Schluß.)

Gehen wir nach diesen Auseinandersetzungen auf die Principien der antibacteriellen Heilmethoden über, so wird uns das Verständniß der Maximen, welche uns leiten, leichter verständlich werden, zumal wenn wir zunächst die palliative Behandlung in Betracht ziehen und dann erst die specifischen Methoden berücksichtigen.

Die Erfolge, welche durch eine rationelle Prophylaxe erzielt werden, liegen so deutlich zu Tage, daß es genügt, die beiden Schlagworte Isolirung und Desinfection nur anzuführen, um damit die glänzenden Resultate, welche wir erreicht haben, zu kennzeichnen.

Wenn wir schon vor der Entwicklung der bacteriologischen Wissenschaft beispielsweise kalte Bäder verordneten, um die Temperatur herabzusetzen, und Digitalis anwendeten, um die Herzfrequenz herabzudrücken, so schwinden erfahrungsgemäß die drohenden Symptome. Heute wissen wir, daß durch Gebrauch der kalten Bäder die Temperatur dadurch herabgesetzt wird, daß der thermische Reiz reflectorisch auf den Sympathicus übertragen wird, und daß die Alkaloide auf bestimmte antagonistische Nervenbahnen einwirken.

Die Alkaloide sind bekanntlich Pflanzenbasen, welche auf das Nervensystem entweder schwach erregend wirken, wie Coffein und Thein, oder stärker erregend, wie Chinin, oder heftig reizend bis lähmend wirken, wie Atropin, Strychnin, Nicotin etc. (cf. Landois' Physiologie).

Daß die Dosis bei der Wirkung in Betracht kommt, brauche ich nicht erst hervorzuheben; in kleinen Dosen wirken dieselben erregend, in großen lähmend. Die Hauptsache indeß bleibt, meiner Ansicht nach, die Beobachtung, daß dieselben verschiedene Nervenbahnen in ihrer Function beeinflussen. So wenden wir bekanntlich das Morphium gegen sensible Zellen, mit Vorliebe gegen Empfindungsneurosen an. Wir kennen das Strychnin als ein Reizmittel des centralen Systems, welches namentlich die motorischen Bahnen bis zum tonischen Reflexkampf erregt. Wir beobachten bei Strychninvergiftung Stimmritzenkrampf, d. h. die Verengerung der Glottis wird hier nicht durch Lähmung des Vagus, sondern durch Reizung der Nn. accessorii Willisii hervorgerufen. Andererseits ist es einleuchtend, daß wir die Einwirkung des Atropins auf die Pupillenerweiterung auf eine Lähmung der Nn. oculomotorius zurückführen müssen. In analoger Weise wirkt Atropin auf den Sphincter vesicae lähmend. Auf die peristaltische Bewegung des Darmtractus wirken verschiedene Alkaloide erregend oder lähmend. Das Gift der Brillenschlange (Naja tripudians) lähmt zunächst den N. phrenicus und die Herzganglien, der Vagus wird absolut nicht afficirt.

Aus diesen Beispielen ersehen wir zur Genüge, wie die verschiedenen Alkaloide auf ganz bestimmte Nervenbahnen wirken. Da nun im Organismus ein ganz ausgesprochenes antagonistisches System in der Function der Nervenzellen ausgesprochen ist, so können wir uns die Wirkung der Gegengifte leicht erklären. Dem Strychnin steht bekanntlich Curare, dem Atropin Morphium etc. gegenüber, während demnach die Gegengifte dadurch ihre Heilwirkung äußern können, daß sie reizend wirken, andere wieder lähmend dieselbe Nervenbahn beeinflussen; so können andererseits die Antidote auch dadurch einen Einfluß ausüben, daß sie auf die antagonistischen Nervenfasern wirken.

Wir können z. B. die erhöhte Herzfrequenz dadurch herabsetzen, daß wir erregend auf den Vagus oder lähmend auf die Herzganglienzellen des Sympathicus einwirken.

Wir können aber auch, wenn der Vagus gereizt ist, direct lähmend auf den Vagus oder, wenn der Sympathicus gelähmt ist, reizend auf die Herzganglienzellen einwirken.

Wenn neuerdings in Australien die Beobachtung gemacht wird, daß gegen das Najagift Strychnininjectionen 0·001 pro Injection mit gutem Erfolg angewendet werden, so haben wir den Beweis, daß ein thierisches Alkaloid durch ein pflanzliches in seiner Wirkung gehemmt werden kann. So steht das Tetanin dem Strychnin gegenüber und die sauerstoffhaltigen Ptomaine Neurin, Cholin und Muscarin sind Antagonisten des Atropins in Bezug auf dessen Wirkung auf Herz und Drüsen (cf. Holliburton chemische Physiol. u. Pathol. Cap. 13).

Würden wir die chemische Beschaffenheit eines pathogenen Bacterienproductes näher kennen, so würde es möglicherweise auch gelingen, für jedes Alkaloid, mag es nun thierischer oder pflanzlicher Art sein, ein Antitoxin zu erforschen. Die chemische Definition ist indeß heutzutage noch nicht gefunden, wir wissen nur, daß diese giftigen Producte zu den Alkaloiden zu zählen sind.

Die ganze bacteriologische Wissenschaft liegt, wiewohl schon eminente Fortschritte in der Erkenntniß derselben zu verzeichnen sind, noch zu sehr in den Windeln, als daß wir nach dieser Seite hin schon positive Resultate erzielen könnten. Die Zeit liegt noch nicht ferne, in welcher wir anscheinend verschiedene Krankheiten, wie Lupus, Knochen-, Gelenksleiden, Erkrankungen des Mittelohres, Tuberculose etc., nicht als zusammengehörig betrachteten, die Entdeckung des Tuberkelbacillus hat uns eine einheitliche Krankheitsursache bei dieser Krankheitsform geliefert.

Andererseits ergeben die neuen Untersuchungen, daß bei bestimmten acuten Infectionskrankheiten verschiedene pathogene Mikrobien nachzuweisen sind.

So finden wir bei Diphtheritis nicht nur den Löffler'schen Bacillus, sondern auch den Streptococcus und Staphylococcus.

Jordan hat bei Erysipelaserkrankung nicht nur Streptococcen, sondern auch Staphylococcen constatirt.

Und interessant sind die Experimente, welche Kruse und Panrini angestellt haben, indem es denselben gelang, durch künstliche Züchtung aus der Diplococcenanordnung eine Kettenanordnung zu erzielen und die Lancettform der Coccen in die Kugelform umzuwandeln.

Durch Wiederherstellung der Virulenz wurden die Streptococcen wieder in lancettförmige Diplococcen umgebildet.

Wir erfahren aus diesen Ausführungen, wie vielen dunklen Punkten wir noch in der Bacteriologie entgegentreten; ehe dieselben uns nicht klar sind, können wir auch noch nicht die specifische Therapie nach allen Seiten hin befürworten.

Wir handeln specifisch, wenn wir gegen die Bacterien selbst vorgehen, wie wir die Plasmodien durch Chinin und Anilin vernichten, wie wir den Favuspilz bei Hautkrankheiten durch Antiseptica tödten.

Bis jetzt können wir die Serumtherapie noch nicht als specifisch wirkende Heilmethode anerkennen. Würden die Antitoxine im inficirten Organismus direct die Bacterien zerstören, so wäre das Ziel erreicht.

Buchner unterscheidet streng zwischen natürlich und künstlich erzeugter Immunität. Die erste beruht nach seinen Ausführungen auf der natürlichen Resistenzfähigkeit, also der angebornen Unempfindlichkeit der Gewebe und Zellen des Körpers gegen bacterielle Gifte. Außerdem kann die natürliche Immunität sich durch Production gewisser gelöster Bestandtheile, welche eine bactericide Eigenschaft haben, kennzeichnen. Diese Alexine werden von den Leukocyten vornehm-

lich geliefert, und KOSSEL bezeichnet die Nucleinsäure als das wirksame Agens.

Die künstlich erworbene Immunität beruht auf der Anwesenheit modificirter, entgifteter, specifisch bacterieller Producte, der Antitoxine. Durch Blut und Milch kann die künstliche Immunität übertragen werden. Es wird eine Herabminderung der specifischen Giftempfindlichkeit lebender Theile des Organismus erzeugt. Diese Differenzirung BUCHNER's läßt aufklärende Lichtstrahlen in das Dunkel der Immunitätsfrage fallen.

BEHRING hebt selbst hervor, daß seine Immunisirungsmethode sich von anderen ähnlichen Verfahren, wie Schutzpockenimpfung etc., dadurch ganz besonders auszeichne, daß in den menschlichen Organismus kein Gift durch die immunisirende Injection übertragen werde.

Die Bezeichnung Antitoxine ist demnach nicht correct gewählt, denn die Wirkung beruht nicht auf directer Zerstörung specifischer Bacteriengifte. Dieselbe stammt aus den specifischen Bacterienzellen, während die Alexine ein Product der Körperzellen sind (cf. BUCHNER, Ueber Immunität und Immunisirung).

Nach unserer Auffassung der Immunitätslehre, möchten wir noch eine Immunisirung speciell berücksichtigen, und zwar die wir durch eine überstandene Infectionskrankheit uns erworben haben.

Die BUCHNER'sche natürliche Resistenzfähigkeit deckt sich, meiner Ansicht nach, vollkommen mit dem Begriff der mangelhaften Disposition. Der Aggregatzustand der Zellen kann bei einzelnen Geschlechtern verschieden sein und kann sich vererben. Wir wissen, daß die Resistenzfähigkeit der verschiedenen Zellen nicht gleichmäßiger Natur ist; so sind bekanntlich die Erythrocyten längst nicht so widerstandsfähig wie die Leukocyten.

Wenn wir bei Rachitis Phosphor geben, um die Umwandlung des kohlensauren Kalkes in phosphorsauren Kalk zu befördern, so verbessern wir dadurch den mangelhaften Aggregatzustand, die Consistenz der Knochenzellen. Wir befestigen hiedurch nicht nur das Knochengerüst, sondern wir erhöhen dadurch zugleich die Resistenzfähigkeit der Knochenzellen gegen bacterielle Angriffe, d. h. mit anderen Worten, wir suchen die angeborene Disposition zu bestimmten acuten Infectionskrankheiten, so zur Tuberculose, Osteomyelitis etc., zu corrigiren.

Wenn wir in zweiter Reihe die durch Krankheiten erworbene Immunität in den Kreis unserer Betrachtung ziehen, so wissen wir, daß namentlich gewisse exanthematische Infectionskrankheiten die Eigenthümlichkeit haben, den Organismus gegen eine abermalige Erkrankung derselben Art zu schützen.

Wir können diesen Zustand als „Schlagfertigkeit" (DENYS und KOISIN) bezeichnen. Entweder ist die Schutztruppe bedeutend vermehrt und die Leukocytenzahl hat nach dem einmal glücklich überstandenen Angriff zugenommen, so daß den bacteriellen Colonisirungsbestrebungen energischer Widerstand entgegengesetzt werden kann, oder die Leukocyten haben die Fähigkeit erlangt, mehr Alexine zu produciren und für die Entwicklung der pathogenen Mikrobien ungünstige Nährbodenverhältnisse zu schaffen.

Was drittens die künstliche specifische Immunisirung durch Entgiftung und Abschwächung der Mikrobienproducte betrifft, so sei es mir gestattet, einen Vergleich mit den höher organisirten Pilzen anzustellen.

So wissen wir, daß die Lorchel, Helvella esculenta in frischem Zustande giftig ist, im trockenen Zustande oder vorher mit heißem Wasser abgekocht ungiftig ist (cf. HILDEBRANDT, Toxicologie).

In ähnlicher Weise werden die Bacterien durch allmälige Auslaugung oder consequente Behandlung mit in Serum gelöster Alexine sich entgiften lassen.

In derselben Weise wie im normalen Organismus, wo wir mit Enzymen und organisirten Fermenten bei den Gährungsvorgängen zu thun haben, glaube ich, können wir in analoger Weise das Verhältniß der Alexine zum Antitoxin uns vorstellen.

Wir wissen, daß sowohl die Pilzzellen wie die enzymatösen Producte sich durch einen bestimmten Gehalt von Mineralsalzen auszeichnen.

Wir haben den Werth der Phosphorsäure bei der Zusammensetzung der Nucleinsäure kennen gelernt; wir sind deshalb auch anzunehmen berechtigt, daß durch die allmälige Entgiftung bei der künstlichen Immunisirung dem pathogenen Producte ein specifischer chemischer Stoff entzogen wird, welcher dann in Verbindung mit den Alexinen die Giftfestigkeit des Organismus bedingt.

In ähnlicher Weise, wie die Lorchel, wenn sie entgiftet ist, für uns nicht nur eine Delicatesse, sondern in Folge des großen Eiweißgehaltes auch ein Nahrungsmittel für den Körper ist, können wir die Wirkung der Antitoxine bei der künstlichen Immunisirung uns deuten.

Wir wollen nicht bestreiten, daß noch viele Punkte der Erklärung warten, auch wird es schwer halten, für jeden Proceß die richtige Deutung zu finden.

Schon GRIESINGER sagt in der Vorrede seines vorzüglichen Lehrbuches der Psychiatrie:

„Und wenn heute ein Engel vom Himmel herniederstiege und er würde uns Alles erklären wollen, wir würden es mit unserem Verstande gar nicht fassen und begreifen können."

Was schließlich die Aussicht für die Zukunft, beziehungsweise die Wirkungsweise der Serumtherapie auf prophylactische Immunisirung und den Verlauf des Krankheitsprocesses betrifft, so wird sich wohl der Erfolg in specie nach der Dauer der Virulenz der verschiedenen pathogenen Bacterien richten.

Bei der Diphtherieerkrankung würde demnach das Verhältniß gerade nicht sehr günstig liegen, da durch ABEL kürzlich an den Bauhölzern eines Spielkastens nach 9 Monaten virulente Bacillen von einem Diphtheritiskinde nachgewiesen sind.

Sollte trotz dieser andauernden Virulenz ein positiver Erfolg auch bei schweren Epidemien erzielt werden, so wird der Triumph der Wissenschaft um so größer sein.

Immerhin ist uns durch BEHRING's Forschungen der Weg gezeigt, auf welchem wir fortfahren sollen. Unser Fahrzeug führt die Standarte „Therapie", der Commandant ist der Bacteriologe, der Chemiker der Steuermann; hoffen wir, daß wir naturgemäß im humoralen Elemente mit gutem Winde und vollen Segeln bald unser Ziel erreichen.

Referate und literarische Anzeigen.

E. WIELAND: Beitrag zur Behandlung der chirurgischen Tuberculose im Kindesalter mit Jodoforminjectionen.

Die Frage der besten Behandlung der chirurgischen Tuberculose ist noch immer Gegenstand von Meinungsverschiedenheiten. Während noch kürzlich HERBING für die primäre Resection und frühzeitige radicale Entfernung alles Kranken durch einen blutigen Eingriff eintrat und die Methode der Jodoformeinspritzungen als ungewisse bezeichnete [1]), tritt dieser Auffassung WIELAND („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", XLI, Heft 4/5) nach den Erfahrungen, die im Baseler Kinderspital in den letzten 5—6 Jahren gewonnen wurden, direct entgegen. Danach sind jedenfalls im Kindesalter die Erfolge der Jodoforminjectionen — besonders in jenen Fällen, wo die Herde noch von unversehrten Weichtheilen bedeckt sind, also bei Senkungsabscessen und entzündlichen Affec-

[1]) Vergl. das Referat in der „Wiener Medizinischen Presse", 1894, Nr. 35, pag. 1316.

tionen der Gelenke — so ermuthigend und so häufig, daß diese Behandlung den Vorzug zweifellos verdient und hauptsächlich nur bei den mit schwerer Abscedirung verlaufenden tuberculösen Nebenerkrankungen, in erster Linie bei den abscedirenden Coxitiden, durch die blutige Methode zu ersetzen wäre. Denn von 21 conservativ (Punction mit Jodoforminjection) behandelten Senkungsabscessen und paraarticulären Abscessen wurden 16 geheilt und 4 gebessert, von 12 mit Jodoforminjectionen behandelten Gelenkleiden 9 geheilt und 3 gebessert, und von 9 nach vorgängigem Versuch mit der conservativen Methode operativ behandelten Fällen heilten nur noch 4, während von 28 erst operativ, dann conservativ behandelten tuberculösen Knochenaffectionen noch 25 heilten und 2 sich besserten. Es würden also auf 70 mit Jodoforminjectionen behandelte Fälle 54, d. h. 77% Heilungen entfallen, und diese Heilung hat, soweit die Nachforschungen ein Ergebnis hatten, bis auf knapp 6%, in denen ein Recidiv eintrat, Bestand gehabt. Das Maximum dieses Bestandes der Heilung war $6^1/_2$ Jahre. Mit Rücksicht auf die Punction ergaben die beste Prognose die Senkungsabscesse nach Spondylitis.

Ganz ohne Schaden geht freilich auch die Jodoformbehandlung nicht immer ab. Jodoformintoxicationen (Fieber, Urticariaeruption) leichter Art kommen nicht selten vor, sind aber belanglos; zu beachten ist das Erscheinen von Nephritis (4 Beobachtungen) und von der typischen Jodoformpsychose (eine Beobachtung bei Anwendung von 20% Jodoformemulsion statt der üblichen 10%). Vielleicht lassen sich diese unangenehmen Zwischenfälle vermeiden, wenn man statt der Jodoform-, Glycerin- oder Oelemulsionen nach KRAUSE's Vorschlag eine 10% Aufschwemmung von Jodoform in Wasser mit wenig Zusatz von Glycerin und Gummi arabicum verwendet. Einen anderen Uebelstand theilt die Jodoformbehandlung mit jeder conservativen Methode; sie verlangt eine größere Zeitdauer und damit größere Mühe und Geduld, nebst höheren Kosten — Mißerfolge beruhen wohl nicht gar selten auf Mangel an consequenter Durchführung.

Die geübte Methode in Basel war bei tuberculösen Senkungsabscessen Punction mit der DIENLASSI'schen oder KATSCH'schen Spritze, nach der Entleerung des Eiters Ausspülung der Absceßhöhle mit 4% Borsäurelösung und dann Injection von 20—30—50 (!) Ccm. der 10% Jodoformemulsion; bei paraarticulären Abscessen verfuhr man ebenso. Wiederholt wurde die kleine Operation bei Wiederanfüllung des Abscesses — zuweilen genügte eine Einspritzung. Wichtig ist die absolute Ruhe während der Behandlung (Bettlage, Compression durch täglich frisch angelegte Flanellbinden). Gelenktuberculose ohne Abscedirung wurde der intraarticulären Injection nach der Angabe von MIKULICZ und KRAUS unterworfen. Bei Fisteln injicirt man durch diese bei vorausgegangener operativer Behandlung in die granulirende Wundhöhle.

Unterstützt wird die Jodoformbehandlung durch orthopädische Maßnahmen (fixirende Verbände, Gypsbetten, Corsets) und durch fortwährende Sorge für Kräftigung des ganzen Körpers (gute Ernährung, frische Luft, anhaltender Verband von Guajakol oder Kreosot). R. L.

Aus dem Bürgerhospitale in Parma.

P. GUIZZETTI: Sechs Monate Diphtherie-Behandlung mit BEHRING's Serum.

G. verwendet mit Unterstützung der Proff. INZANI und MYA BEHRING's Heilserum seit 31. October 1894 und veröffentlicht nunmehr die Ergebnisse seiner Untersuchungen. (La Rif. med. 152—155, 1895.)

In 60 Fällen fand er 50mal den LÖFFLER'schen Bacillus, 45mal mit Streptococcus. Nicht immer geht ersterer dem letzteren voran, auch das Umgekehrte kann stattfinden. Während diese beiden Mikroorganismen im localen Processe vereint wirken, beeinflussen sie gesondert die Allgemeinerscheinungen. Der Diphtheriebacillus vergiftet das Blut, der Streptococcus überschwemmt es; jener erzeugt die toxische, dieser die septicämische Diphtherie. Verf. kommt an der Hand mikroskopischer Präparate zu dem Schlusse, daß die durch den Diphtheriebacillus eingeleitete Nekrose dem Streptococcus die Pforte öffnet von der Schleimhaut aus in die Venen, woselbst sich zerfallende, bis zum Herzen vordringende Thromben bilden.

G. behandelte 51 Fälle echter Diphtherie und konnte 46mal den Bacillus in den Culturen nachweisen; bei den anderen 5 waren die klinischen Erscheinungen sicher vorhanden. Im Ganzen hatte er 6 leichte, 17 mittelschwere und 28 schwere Fälle (bei letzteren 16 Tracheotomien).

Es starben 7, daher eine Mortalität von 13·6% und, wenn nur die schweren Fälle gerechnet, von 25%. In einer Tabelle zeigt Verf. das Verhältniß der Sterblichkeit zum Alter der Krankheit am Beginne der Serumbehandlung. Er hatte am

1. Krankheitstage keinen Todesfall,
2. „ einen „ (5·8 per 100)
3. „ drei Todesfälle (23·7 „ 100)
4. „ drei „ (28·1 „ 100),

woraus sich die allseitig constatirte Nothwendigkeit einer frühzeitigen Einleitung der Serumtherapie ergibt.

Die Prof. INZANI und MYA betonen, daß das Heilserum eine ausgesprochene Herabsetzung der Mortalität bei Kindern des zartesten Alters bewirke. Verf. behandelte 9 einjährige Kinder, darunter 5 schwerkranke mit 2 Tracheotomien und hatte 1 Todesfall, ferner 6 zweijährige, darunter 3 Schwerkranke mit 3 Tracheotomien, auch nur ein Todesfall und begründet dies damit, daß die Eltern diphtheriekranke Kinder jetzt sehr frühzeitig zur Serumtherapie in's Spital bringen.

Während im Spitale zu Parma von 1882 bis 1894 von 317 tracheotomirten Kindern 123 gestorben sind (39·1%), starben mit Serumbehandlung von 16 tracheotomirten 5 (31·2%), wobei Verf. noch bemerkt, daß die letzte Zahl der ungünstigsten Winterperiode entnommen ist.

Das Heilserum hatte auch in den Fällen G.'s einen günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden; zweistündlich vorgenommene Temperaturmessungen ergaben, daß bei hinreichender Quantität des Mittels das Diphtheriefieber sich ermäßigte, während Controlversuche bei septischem Fieber, Dysenterie, Morbillen und Bronchopneumonie keinen Temperaturabfall bemerken ließen.

Was nun die Einwirkung des Serums auf den localen Proceß betrifft, so constatirte GUIZETTI in den ersten Stunden eine deutliche Zunahme, hierauf erschienen „die Pseudomembranen rein begrenzt von einer zarten lebhaft rothen Zone, begannen sich zu erweichen und waren zwischen dem 3. und 6. Tage der Behandlung gänzlich abgefallen". Bezüglich des Kehlkopfes kommt er zum Ergebnisse, daß vor 30 Stunden keine Besserung eintrat. — Desgleichen bei den Pseudomembranen der Luftröhren, denn in dem in den Canülen der Tracheotomirten befindlichen Schleime fand G. erst am 5. Tage den LÖFFLER'schen Bacillus in reichlichster Menge, nämlich von dem Zeitpunkte an, in welchem die Pseudomembranen sich „in vollster Auflösung" befanden.

Diese Beobachtungen wurden durch Leichenbefunde bestätigt; der Proceß der im Respirationstracte bis zu den feinsten Bronchien absteigenden Begrenzung und Ablösung der Pseudomembranen wird vom Verf. durch mikroskopische Präparate erläutert und mit jenem bei Gangrän verglichen; derselbe ist bedingt durch Einwanderung von Leucocyten. „Das Diphtheriegift verhindert die locale leucocytische Reaction, das Heilserum befördert dieselbe." Bei dem Umstande aber, daß das Heilserum, wie nachgewiesen, erst spät den localen Proceß beeinflußt, werden bei Larynxstenose Tracheotomie und Intubation, jedoch unter wesentlich günstigeren Verhältnissen, auch mit der Serumtherapie angewendet werden müssen.

Bezüglich der Einwirkung des Mittels auf die Nieren constatirt Verf., daß die Injectionen eine vorhandene Albuminurie nicht steigern, zuweilen bessern; daß dieselben in der acuten Periode der hämorrhagischen Nephritis in der Reconvalescenz nicht schädlich sind: jedoch zuweilen Hauteruptionen (Urticaria, Papeln) hervorrufend, in Folge des Connexes der Haut mit den Nieren Albuminurie vorübergehend zu erzeugen oder eine vorhandene transitorisch zu steigern im Stande sind.

Bezüglich der Lähmungen scheint es dem Verfasser, daß diese bei der Serumtherapie minder häufig sind; bei seinen 51 Fällen

beobachtete er zweimal Paralyse des Gaumensegels und einmal Paralyse der Schlingmuskeln.

Da der Streptococcus zuweilen den Diphtheriebacillus 50- bis 100mal an Zahl übersteigt und die Versuche der Anwendung eines Antistreptococcen-Serums nach Verf. noch nicht weit genug gediehen sind, so hält er eine rigorose Localbehandlung neben der Serumtherapie für nothwendig.

Bezüglich der präventiven Immunisirungs-Injectionen glaubt Verf., daß, wenn es trotz derselben zur Diphtherie kommt, die weitere Serumbehandlung schon günstig beeinflußt wäre. Wie groß die Gefahr der Infection ist, zeigt sich darin, daß G. im Canülenschleime der Tracheotomirten den Diphtheriebacillus bis zum Tage der Abnahme der Canüle, ferner in einem mittelschweren Falle 24 Tage nach Beginn der Behandlung Bacillen und Streptococcen im Pharynxschleime nachweisen konnte. Der Bacillus erwies sich durch Impfversuche ebenso virulent wie am ersten Tage.

Sp.

BULATOW (St. Petersburg): **Ueber die physiologischen Wirkungen der Nickelsalze auf Warm- und Kaltblüter.**

Die Ergebnisse der Dissertation sind folgende:

1. Die Nickelsalze bringen bei Fröschen erst eine Reizung, dann eine Lähmung des Centralnervensystems hervor. Die Reflexerregbarkeit des Rückenmarks ist anfangs verstärkt, darauf sinkt sie auf Null in Folge der Reizung und Lähmung des Rückenmarks.

2. Dyspnoe, Unregelmäßigkeit und vollständiger Stillstand der Athmung gehen der Herzparalyse vorher, wenn Nickel nur nicht in den pericardialen Sack gebracht wird und werden wahrscheinlich hervorgebracht durch Affection des Athmungscentrums. Herzstillstand tritt ein in Folge der Lähmung der Musculatur und der motorischen Ganglien; die anfängliche Frequenz der Herzschläge wird durch Reizung der motorischen Ganglien erklärt. Darin stimmt Autor mit COPPOLA überein.

3. Einführung von Nickelsalzen in den Magen von Hunden ruft im ganzen Verdauungstractus Erscheinungen der localen Reaction hervor und führt ferner zu Marasmus; der Tod tritt nur bei sehr großen Dosen ein; subcutane oder intravenöse Injection von 0·005 pro Kilo ruft Störung im Magen-Darmtractus sowie Temperaturherabsetzung und Schwächezustände hervor. Bei 0·01 pro Kilo gehen Hunde zu Grunde, wobei die Salze, da sie nur langsam ausgeschieden werden, cumulative Wirkung haben. Wahrscheinlich ist die Leber der Ort, in dem in Analogie mit anderen schweren Metallen das Nickel zurückgehalten wird; damit stimmen die Untersuchungen von A. STUART und die Resultate der chemischen Untersuchungen der Organe, die von LABORDE und RICHE angestellt wurden, überein.

4. Die Erscheinungen von Seiten des Magendarmcanals bei subcutaner und intravenöser Einführung der Nickelsalze könnten beim Hunde theilweise durch die locale Wirkung ihrer Abscheidung durch die Galle und die Lymphdrüsen des Darms erklärt werden, theilweise auch durch die Exsudation bei der starken Hyperämie der Abdominalorgane. Das Erbrechen, das bei Einführung der Salze beobachtet wird, dürfte wohl auf deren Wirkung auf das Brechcentrum zurückzuführen sein.

5. Die Vermehrung der rothen Blutkörperchen könnte wohl von der Eindickung des Blutes abhängen, die bei der Exsudation des Serums in das Darmlumen entsteht.

6. Das Sinken des Blutdruckes, das sogar bei Einführung minimalster Mengen der Salze in den Organismus beobachtet wird, beruht nicht nur auf einer Wirkung auf das vasomotorische Centrum, sondern auch auf die peripheren vasomotorischen Organe und außerdem auf einem secundären Erlahmen der Herzthätigkeit.

7. Die beobachtete Temperaturherabsetzung beruht weniger auf einer vermehrten Wärmeabgabe, als auf einer verminderten Wärmeproduction, da die Hautgefäße contrahirt und blutleer sind, und die Haut bei allen Thieren, die einer Untersuchung unterlagen, trotz ausgeführter Erwärmung stets kühl blieb. Die Temperaturherabsetzung beruht entweder auf Veränderungen im Centralnervensystem oder auf Herabsetzung der vitalen Functionen der Zellenelemente unter dem Einflusse der Nickelsalze. Dr. J. G.

Die Wechselbeziehungen zwischen internen und gynäkologischen Erkrankungen. Von **Dr. H. Eisenhart** in München. Stuttgart 1895, Ferdinand Enke.

In vorliegendem Werke trachtet Verf. zu ergründen, inwiefern die verschiedenen Organ- und Allgemeinerkrankungen (ausgenommen die chirurgischen) die weiblichen Sexualorgane in Mitleidenschaft ziehen und ebenso umgekehrt, inwieweit Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane krankhafte Alterationen in anderen, entfernten Organen hervorzurufen vermögen. Da bereits das vorzügliche Werk PETER MÜLLER's, Professor in Bern, über die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunctionen (Stuttgart 1888, Enke) existirt, so geht Verf. auf die Sexualfunctionen im Allgemeinen nicht ein, doch macht er bezüglich der Menstruationsanomalien nach dieser Richtung hin eine Ausnahme. Ein Werk solchen Inhalts kann auf der Basis der Erfahrung des Einzelnen, und wäre selbe auch noch so groß, nicht aufgebaut werden. Es erklärt sich daraus von selbst, daß sich Verf. neben seinen eigenen Erfahrungen und Beobachtungen auf die Anderer stützen muß. Zu diesem Behufe zieht er, so weit es ihm möglich ist, die Mittheilungen Anderer heran. Dem erst in jüngster Zeit entsprechend gewürdigten Thema der Erkrankungen der Nerven nach vorausgegangenen gynäkologischen Operationen, und zwar namentlich nach ausgeführter Castration, widmet Verf. eine besondere Aufmerksamkeit und ebenso dem der Entstehung der Psychosen auf Grund eines Sexualleidens und schließlich dem des Einflusses von gynäkologischen Operationen auf vorhandene Erkrankungen des Nervensystems und Gehirns. Ref. steht nicht an, das Buch als eine werthvolle Ergänzung des erwähnten MÜLLER'schen Werkes zu erklären und ist davon überzeugt, daß es sowohl Specialisten als den praktischen Aerzten nicht nur Anregung zu weiteren Beobachtungen und Mittheilungen geben wird, sondern gewiß auch in manchen Fällen diagnostischer Zweifel den Arzt auf die richtige Fährte leiten dürfte. Für den, der selbst literarisch thätig ist, wird der Werth des Werkes dadurch erhöht, daß in jedem Falle, der angezogen wird, auch die literarische Quelle angegeben wird. Zu bedauern nur ist, daß es Verf. unterließ, ein Namensverzeichniß der citirten Autoren beizufügen. Prof. LUDWIG KLEINWÄCHTER.

Ueber den Einfluß des Gebirgsklimas auf den gesunden und kranken Menschen. Von **Felix Wolf.** Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

WOLF stellte seine Beobachtungen im Höhensanatorium Reiboldsgrün an. Bei Gesunden fand er eine regelmäßige Gewichtszunahme, Erhöhung der Zahl der rothen Blutkörperchen ohne entsprechende Zunahme des Hämoglobins. Bei Mädchen trat nach längerer Zeit fast immer Chlorose ein. In dieser Blutreaction sieht der Verfasser die wichtigste Ursache der günstigen Beeinflußung zahlreicher Krankheitszustände, besonders der Tuberculose, welche in Höhencurorten häufig rasch abheilt. Doch gibt es Fälle, welche sich in der Höhe weder bessern noch verschlimmern. HERZ.

Aus Instituten der Universität Budapest. Physiologische Studien, redigirt von **Dr. Arpad Bokai, Dr. Ferdinand Klug, Dr. Otto Pertik** und **Dr. W. Goldzieher.** Wiesbaden 1895, J. F. Bergmann.

Das vorliegende Heft, eine Sonderausgabe aus dem „Ungarischen Archiv für Medicin", enthält neben einer Arbeit von Professor KLUG vier Arbeiten jüngerer Forscher, welche der Budapester Universität alle Ehre machen. Professor KLUG kommt in einer schön durchgeführten Reihe von Untersuchungen über Magenverdauung zum Schlusse, daß die Pylorusdrüsen Pepsin secerniren, welches bei Gegenwart freier Salzsäure Eiweiß verdaut, daß hingegen die Pylorusdrüsen ebensowenig wie die Fundusdrüsen ein diastatisches oder fettzersetzendes Ferment enthalten.

ANTAL berichtet über seine Versuche betreffs der Wirkung von Kobaltsalzen bei Cyanvergiftungen; schade, daß die Versuche des Verfassers zu gering sind, als daß sie das Mißtrauen, welches man derartigen Arbeiten von vorneherein entgegenzubringen pflegt, verscheuchen könnten.

In einer kurzen Mittheilung über das Verhältniß des Nervus vagus und Nervus accessorius Willisii zum Herzen macht es VAS wahrscheinlich, daß der Accessorius keine herzhemmenden Fasern enthalte und bei der Herzthätigkeit eine passive Rolle spiele.

Eine sehr schöne Arbeit hat LANDAUER über den Einfluß des Wassers auf den Organismus geliefert; seine Untersuchungen weisen darauf hin, daß jene diätetischen Curen, deren Hauptprincip die möglichste Entziehung des Wassers bildet, wie die OERTEL- und die SCHROTH-Cur, nicht nur durch den gesteigerten Wasserverlust, sondern besonders durch die Anregung des Stoffwechsels im Körper wirken. Das Körpergewicht nimmt während der Wasserentziehung ab; die Abnahme steigt im Verhältniß zur Wasserentziehung und geht bei der Rückkehr auf die normale Wasserzufuhr wieder zurück. Die Tagesquantität des Harns vermindert sich nur im Beginn der Wasserentziehung in größerem Maße; späterhin bleibt die Harnmenge nahezu constant, so daß sie die Qualität des aufgenommenen Wassers bedeutend übersteigt.

DONOGÁNY und TIBALD studirten den Einfluß des Alkohols auf den Eiweißzerfall im Organismus. Bei geringer Alkoholzufuhr erwies sich die Stickstoffausscheidung gesteigert, bei großer Alkoholdarreichung aber verringert; das gleiche Verhalten zeigte sich in der Diurese, da kleine Alkoholgaben die Diurese steigern, große Alkoholgaben die Diurese verringern.

Den Schluß des Heftes bildet eine experimentelle Arbeit von NEUMAN über den Mechanismus der Kehlkopfmusculatur; von besonderem Interesse scheint uns die Beobachtung, daß das Stimmband bei der Stimmbildung eine Excursion nach unten mache.

Fe.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Correspondenz der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

Berlin, Ende October 1895.

Specialitätenvorstellungen.

Geehrter Herr Redacteur!

Einer unserer bedeutendsten Kliniker hat sich jüngst in der Sitzung der Berliner Medicinischen Gesellschaft darüber beklagt, daß die Demonstrationen aus seiner Klinik von den Redacteuren der „Deutschen med. Wochenschr." als „Specialitätenvorstellungen" bezeichnet worden sind. Herr v. BERGMANN — pardon! — jener Kliniker hat für seine Person ganz Recht, aber auch die erwähnten Herausgeber haben mit ihrer Bemerkung nicht so ganz Unrecht. Man sehe sich einmal die Demonstrationen von Fällen und die Vorträge in unseren medicinischen Vereinen etwas genauer an! Viel Spreu und wenig volle Körner! Ein großer Theil dieser Demonstrationen wird einzig und allein in der Absicht gehalten, damit die vortragenden Specialisten, welche entweder schon berühmt sind oder es noch werden wollen, beim großen Publicum sich in Erinnerung bringen (denn es wird ja bekanntlich heutigen Tages fast in allen größeren politischen Tageszeitungen über die „interessanten" Fälle in den medicinischen Vereinen und Gesellschaften fein säuberlich berichtet) oder aber, damit sie den zuhörenden Collegen auf diese „harmlose" Weise ihre Visitenkarte abgeben. Die Geduld der Zuhörerschaft in den medicinischen Vereinen von Berlin — ob es anderswo auch so ist, weiß ich nicht — wird oft auf eine recht harte Probe gestellt. Man muß es erlebt haben, wie um einen Fall, der in zwei Minuten vollkommen hätte erledigt werden können, oft die ganze Literatur herumgruppirt und dadurch ein halbstündiger Vortrag heraus„geschunden" wird, um es zu verstehen, daß auch das harte Wort von den „Specialitätenvorstellungen" eine gewisse Berechtigung hat. Man glaube nur ja nicht, daß diese Dinge etwa selten und vereinzelt passiren, nein, fast in jeder Sitzung kann man die gleiche Erfahrung machen, und wenn man ein regelmäßiger Besucher der medicinischen Vereine ist, so merkt man sehr bald die Absicht und wird verstimmt.

Auch hervorragende Kliniker scheuen sich zuweilen nicht, in der oben gekennzeichneten Tendenz vor praktischen Aerzten Vorträge zu halten, wie sie kaum vor Studenten angemessen erscheinen dürften. Die Selbstberäucherung spielt dabei eine nicht unwesentliche Rolle, und man bekommt nicht selten die Empfindung, als würde mit Stentorstimme in den Saal hineingerufen: „Seht einmal, was für ein Kerl ich bin, und erinnert Euch meines Namens, wenn Ihr einmal ein Consilium braucht!"

Gegen diesen Mißbrauch der medicinischen Vereine müßte entschieden Front gemacht werden, und zwar liegt es sowohl in der Hand des Vorsitzenden, wie der zuhörenden Collegen, hier Abhilfe zu schaffen. Daß es so wenig geschieht, beruht zum großen Theile darauf, daß auch die Collegenschaft in dieser Richtung bereits inficirt, abgestumpft und unempfindlich geworden ist. Halten wir nur einmal Umschau: Auf dem ganzen weiten Gebiete unserer heutigen Medicin nichts als Specialitätenvorstellungen, lauter Specialitätenvorstellungen!

Man hat im vorigen Monat die 25jährige Wiederkehr des Tages der Wiederaufrichtung des Deutschen Reiches gefeiert und seiner Freude darüber Ausdruck gegeben, wie wir es in dieser Zeit doch so herrlich weit gebracht! Und doch, der Geist der Reaction zieht durch die Welt! Seit den letzten 20 Jahren wandern wir im Deutschen Reiche den Weg der Reaction, wie auf wirthschaftlichem und religiösem, so auch auf wissenschaftlichem Gebiete, und auch „der Geist der Medicin" ist denselben Weg gegangen. Bildet doch auch die KOCH-Periode, in der wir ein gründliches Fiasco erlitten haben, einen Abschnitt dieser rückschrittlichen Aera, und noch ist kein Ende abzusehen. Sehr zutreffend sind die Bemerkungen, mit welchen Dr. G. H. DE ATH im Guy-Hospital in London das neue Studiensemester eröffnet hat:

„Alle Welt preist unsere Fortschritte in der Verhütung und Behandlung der Krankheiten, aber Neuerungen sind nicht immer Verbesserungen, so wenig wie Revolutionen immer Reformen oder Reformen immer Revolutionen sind." Und weiter:

„Augenblicklich leiden wir an wahren Krampfanfällen von Bacteriologie. Beherrschte vor 10 Jahren der Spray die Medicin, so suchen wir nun alle nach Krankheitserregern. Im Interesse der Wahrheit sollten wir den relativen Werth auf allen Gebieten der Wissenschaft richtig abschätzen und nicht übertreiben. Ich will nur an die jetzige Epoche der Serumtherapie erinnern, bei welcher überall der pathologische „Paul" durch Extracte aus dem immunisirten „Peter" curirt werden soll."

In der That, da glaubt der Eine, den Bacillus des Typhus, der Andere den des Carcinoms gefunden und damit die specifische Behandlung angebahnt zu haben. Der Eine preist die Toxine, der Andere das Serum als specifisches Mittel zur Krankheitsbehandlung; der Eine schwört auf dieses, der Andere auf jenes neuentdeckte chemische Präparat, auf Producte, die sich geradezu pilzartig vermehren und die Literatur überschwemmen, kurz überall Specialitätenvorstellungen, nichts als Specialitätenvorstellungen!

Bei der heutigen Tendenz der frühzeitigen Immunisirung fehlte nur noch, dass man ein Conglomerat verschiedener Serumarten herstellt und dieses von Zeit zu Zeit den jungen Kindern einspritzt, dann werden die bisher bekannten Krankheiten des Menschen überhaupt nicht mehr auftreten und man wird von ihnen bald nur noch wie von einer Legende sprechen.

Vielleicht aber ist der Zeitpunkt doch nicht mehr allzu fern, wo die „Krampfanfälle von Bacteriologie" aus dem Status des medicinischen Organismus wieder verschwinden, wo nicht mehr, wie bei der heutigen Richtung der medicinischen Behandlung, das Individuum allzusehr in den Hintergrund tritt, nicht mehr in erster Linie die Krankheit, sondern, wie früher, der kranke Mensch vollste Berücksichtigung findet!

—r.

Kleine Mittheilungen.

— Die Anwendung der Thyreoideapräparate ist in der letzten Zeit eine unglaublich vielseitige geworden. Hier ein weiterer Beitrag zu den vielen an dieser Stelle bereits gemachten Mittheilungen ähnlicher Art: **Thyreoidin gegen hypertrophische Narben.** Ein amerikanischer Autor, Dr. J. W. WHITE, gab einer Kranken, welche nach Verletzung mit den Scherben eines Spiegels eine entstellende Narbe im Gesichte behielt, die keinerlei localer Behandlung weichen wollte, Thyreoidextract in Form von Tabletten zu 0·3 Grm. der activen Substanz, 2—4 Stück täglich. Während dieser Zeit wurde jede locale Behandlung ausgesetzt. Die Narbe wurde nur mit einer Schichte Collodium bedeckt. Unter dem Einfluß des Thyreoidins, dessen Wirksamkeit sich nebst anderen Symptomen durch Anfälle von Fieber und Tachycardie manifestirte, verkleinerte sich das Narbengewebe allmälig, so daß dieselbe nach 8 Wochen in einem Niveau mit dem umgebenden Gewebe lag. Obwohl es sich in diesem Falle um eine einfache hypertrophische Narbe gehandelt hatte, glaubt W. dennoch, daß sich die Thyreoideabehandlung auch in Fällen von echtem Keloid wirksam erweisen könnte.

— Einen weiteren Beitrag zur Organotherapie liefert LLOYD JONES im „British med. journ." (1895, 24. August), welcher einen **Fall von ADDISON'scher Krankheit mit Nebennierenextract geheilt** haben will. Es handelte sich um eine Frau, welche vor 2 Jahren mit heftigen Seitenschmerzen, Erbrechen, Uebelkeiten und Diarrhoe erkrankt war, wozu sich dann später sehr häufige Ohnmachtsanfälle und Schwächezustände gesellten, welche sich bis zur Bewußtlosigkeit steigerten. Bei der Untersuchung fand man das Gesicht ganz braun, die Conjunctiven sehr blaß, die Lippen bleich. an den Uebergangsstellen bräunliche Mißfärbung. Der Nacken, die Achseln, die Vorderflächen der Ellbogen und Handgelenke, die Brustwarzen, die Gegend unterhalb des Nabels dunkel pigmentirt, ein dunkler Streifen um die Taille und vom Nabel bis zur Symphyse. Die Zunge zeigte Fissuren und war an der Spitze pigmentirt. Puls 116, klein und weich. Pat. bekam Peptonmilch, Nebennierentabloids und Jodquecksilber. Mit letzterem wurde bald ausgesetzt und es wurden mehr Tabloids gegeben. Im Verlaufe von 2 Wochen waren die Ohnmachtsanfälle und Schwächezustände seltener geworden. Im weiteren Verlaufe ist die excessive Pigmentirung gänzlich geschwunden, die Schwächezustände blieben aus und Pat kann jede Nahrung nehmen. Es wäre dies somit der erste mit Nebennierenextract geheilte Fall von Morbus Addisonii.

— Ueber einen Fall von **Blutegel als Ursache einer Metrorrhagie** berichtet E. BORYSAPOLSKY („Centralbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 43). B. wurde zu einer Frau geholt, welche, seit 9 Monaten ihr Kind stillend, plötzlich von einer Blutung aus der Schamspalte befallen war, ohne jede manifeste Ursache, Schwangerschaft lag nicht vor. Die Blutung dauerte schon 2 Stunden, B. fand die Frau in hochgradigem Collaps mit den Zeichen einer foudroyanten Anämie vor, Bett und Kleider blutig, das Blut tröpfelte aus der Scheide. Eisblase, Waschung behufs Tamponade mit Gaze, um dann die Frau in die Klinik nach Kijew zu senden, da B. nicht Frauenarzt ist. Die Anamnese ergab, daß diese Frau vor 2 Stunden sich im See „Darnitz" bei Kijew gebadet hatte und sofort zu bluten begonnen, als sie aus dem Wasser ging. Blutspuren auf dem ganzen Wege bis zu ihrer Behausung. Zu seinem größten Erstaunen zog B. zwei Blutegel aus der Scheide, 10 und 8·5 Cm. lang, strotzend blutgefüllt. Tamponade, Heilung. Am Damm und an den Schamlippen noch 4 Blutegelbisse. Die Frau hatte sich beim Baden im flachen See auf den Boden gesetzt, so waren die Blutegel in die Scheide gelangt, nachdem sie sich vollgesaugt hatten, abgefallen; die Blutung dauerte fort. Die Frau erholte sich nur langsam von dem schweren Blutverlust. Ein probates Mittel, um sofort jeden Blutegel von der Scheidewand, Vaginalportion zu lösen oder, falls er in die Uterushöhle gelangt ist, auszutreiben, besteht in einer Spritze mit Kochsalzlösung, ein Mittel, welches in Polen bekannt ist aus der Zeit, wo noch öfters Blutegel therapeutisch an die Vaginalportion angesetzt wurden.

— Im Allgemeinen sind Fälle von Hautdiphtherie, beispielsweise in der Umgebung von Trachealwunden bei wegen Diphtherie tracheotomirten Kindern, nichts Seltenes. Seltener ist schon das Auftreten von Hautdiphtherie an entlegenen Körperstellen. Ein ganz **eigenthümlicher Fall von Hautdiphtherie** ist aber der von Prof. FLESCH in Frankfurt a. M. beschriebene Fall („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 43). Es handelte sich um ein $2^1/_2$jähr. Mädchen, welches durch Verbrühen mit kochendem Wasser Brandwunden 2. und 3. Grades im Gesicht, an der Brust und am Rücken erlitten hatte. Bei dem von LASSAR empfohlenen Verfahren (dicke Bestreichung der wunden Stellen mit $2^0/_0$iger gelber Salicyl-Vaseline, darüber Wattelagen, die mit Mullbinden fixirt werden) zeigte sich bereits am 7. Tage die oberflächliche Verbrennung an Gesicht und Hals so gut wie verheilt, so daß daselbst der Verband weggelassen werden konnte, welchen Moment die Mutter des Kindes benutzte, um demselben einen Kuß auf die mit zarter, junger Epidermis bedeckte Wundstelle am Halse zu appliciren. Tags darauf erkrankte die Mutter an schwerer Diphtherie, desgleichen einen Tag später eine Tante des Kindes, welche sich an der Pflege betheiligt hatte. Beide wurden unter Serumbehandlung geheilt. Bei dem Kinde blieb der Hals innen ganz frei. Dagegen zeigte sich am 3. Tage, nachdem das Kind von seiner Mutter geküßt worden war, beim Verbandwechsel, daß die damals anscheinend geheilte Hautfläche sich merkwürdig verändert hatte. In einem Durchmesser von circa 4 Cm. war die Haut weiß verfärbt und geschwollen; ringsherum bestand Oedem, das sich über das Gesicht erstreckte und so stark wurde, daß an diesem Abend das rechte Auge unsichtbar blieb. Die weiße Fläche war erhaben, scharf umgrenzt, ihren Rand bildete ein intensiv rother, schmaler Streif, der scharf gegen die hellere Umgebung abstand; die weiße centrale Partie war in ihrem Grund fester anzufühlen als die normale Haut. Die bacteriologische Prüfung zweier mit verschiedenen Instrumenten an verschiedenen Stellen entnommener Agar-Culturen ergab „typische, sehr kräftig entwickelte" Diphtherie-Colonien. Noch vor dieser Feststellung wurde dem Kinde eine Seruminjection von 100 Antitoxineinheiten gemacht, welche dann später wiederholt wurde. Im Halse blieb jede Spur von Diphtherie aus. Der weiße Fleck war am 3. Tage verschwunden, nachdem schon vorher das umgebende Oedem sich verloren hatte. An seiner Stelle bestand ein Epitheldefect, der sich bald mit Granulationen ausfüllte und überhäutete. Es hatte sich somit in diesem Falle um das Auftreten von Diphtherie auf der vorher scheinbar normalen Haut eines Kindes gehandelt, das vorher von Rachendiphtherie ganz frei war und auch nachher frei geblieben ist. Bezüglich der Infectionsquelle unterliegt es wohl keinem Bedenken, anzunehmen, daß die Mutter am Tage vor dem sichtbaren Auftreten der Diphtherie bereits inficirt war. Bemerkenswerth ist die in diesem Falle genau festzustellende Incubationszeit, endlich der Umstand, daß der Heilungsproceß der Brandwunden durch die Serumbehandlung nicht beeinträchtigt worden ist.

— Für eine eigenartige Anomalie der Harnentleerung hat PAGET den Ausdruck **„stotternde Harnorgane"** („Stammering of the urinary organs") eingeführt. Ueber zwei hieher gehörige Fälle berichtet Dr. J. HENRY C. SIMES in Philadelphia („Univ. med. mag." und „D. Med.-Ztg.", 1895, Nr. 86). Der erste Patient war stets gesund gewesen; nach einer geistigen Ueberanstrengung bemerkte er zum erstenmale Schwierigkeit beim Uriniren. Er klagte, daß es ihm zeitweise unmöglich sei, Harn zu lassen; er hatte niemals Schmerzen, nur das unangenehme Gefühl, daß er oft seine Blase entleeren möchte und nicht die Kraft habe, es zu thun. Niemals war complete Harnretention eingetreten, doch oft waren 10 bis 12 Stunden verflossen, ohne daß er uriniren konnte; dann plötzlich konnte er den Urin in vollem Strahl und ohne besondere Anstrengung entleeren. Andere Male kann er wieder in normaler Weise uriniren; eine Ursache seiner Störung kann er nicht angeben; Zeit oder Ort haben keinen Einfluß auf das Eintreten derselben. Die Schwierigkeit in der Harnentleerung kann täglich während mehrerer Wochen auftreten und dann können wieder Monate vergehen, ohne daß Pat. etwas davon merkt. Ob die Blase eine große oder kleine Menge Urins enthält, macht keinen Unterschied. Objectiv war weder eine Erkrankung der Urethra, noch der Prostata, noch der Blase nachzuweisen; der Urin enthielt kein Albumen, keinen Zucker. Der zweite Pat., der dasselbe Leiden bot, war ein Bruder

des ersteren. Bei ihm trat jedoch später, nachdem er schon längere Zeit beobachtet war, in Folge eines Traumas, wegen dessen er katheterisirt wurde, Cystitis hinzu. Das von PAGET „Stammering of the urinary organs" genannte Leiden ist nicht bedingt durch eine pathologische Veränderung der Harn- und Geschlechtsorgane, sondern ist ein nervöses Leiden. Die Behandlung ist schwierig, und der Schwerpunkt derselben liegt in der Erziehung der Willenskraft des Patienten, das Leiden zu unterdrücken.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Wissenschaftliche Versammlung vom 4. November 1895.

Discussion über den Vortrag S. FREUD's: Ueber Hysterie.

PAUL MITTLER hat in den geistreichen und gewiß auf richtiger Basis aufgebauten Auseinandersetzungen FREUD's eine stricte Definition der Hysterie vermißt. Die Hysterie ätiologisch einzig auf sexuelle Grundlagen zurückzuführen, gehe zu weit; gewiß spielen sexuelle Verhältnisse eine große Rolle, aber die Hysterie könne sicherlich auch aus einer Reihe von anderen Ursachen entstehen.

M. GROSSMANN bespricht eine Reihe von Symptomen, welche im Verlaufe der Hysterie seitens des Kehlkopfes auftreten können, und zwar im Speciellen Motilitätsstörungen, welche bei Hysterie in ganz charakteristischer Weise vorkommen. Sie lassen sich in zwei Gruppen theilen: 1. Störungen im Gebiete des N. laryngeus inferior; 2. Störungen im Gebiete des N. laryngeus superior. Beide sind scharf charakterisirt und miteinander nicht zu verwechseln.

Die Störungen im Bereiche des N. laryngeus inf. sind häufiger. Die Pat. sind dabei zwar heiser, können aber immerhin vernehmlich sprechen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung findet man eine weit klaffende Glottis, die Stimmbänder und ihre Umgebung sind normal; bei jeder Inspiration gehen die Stimmbänder ziemlich weit auseinander, bei der Phonation bleibt immer eine weite längsovale Spalte. Niemals geht die Stimmbandparese in Folge der Hysterie allein in Paralyse über. Diese Stimmbandparese hat einige Eigenthümlichkeiten: Zunächst ihr unvermitteltes Verschwinden und Wiederauftauchen, ferner die Doppelseitigkeit; niemals ist die Parese bei Hysterie einseitig, ja man kann sagen, daß bei unilateraler Parese trotz ausgesprochener Hysterie stets eine andere Krankheitsursache vorhanden ist. M. berichtet über einen hiehergehörigen Fall einer Hysterica, bei welchem die einseitige Parese, die später in Paralyse überging, durch ein Oesophaguscarcinom bedingt war, welche Diagnose durch die Sondenuntersuchung und den späteren Verlauf bestätigt wurde.

Bei der zweiten Form der Motilitätsstörungen, welche im Verlaufe des N. laryngeus superior auftreten, finden sich ziemlich normal aussehende Stimmbänder, welche bei jeder Inspiration weit auseinander gehen, bei der Phonation prompt schließen, manchmal sogar übereinandergehen. Trotzdem sind diese Pat. immer aphonisch. Charakteristisch für diese Fälle ist, daß die Pat immer über Schlingbeschwerden klagen. Experimentelle Studien über diese Verhältnisse sind im Zuge, deren ausführliche Mittheilung sich G. vorbehält.

J. BREUER bemerkt einleitend, daß, wenn er auch den Grundstein zu dem von FREUD aufgeführten Gebäude gelegt habe, das Gebäude selbst ausschließlich das geistige Eigenthum FREUD's sei; ja er sei anfangs der Entwicklung der Lehren und Theorien FREUD's mit Bedenken und zweifelnd gegenübergestanden. Allerdings sei er mit seinen Bedenken Schritt für Schritt zurückgedrängt worden, und er sei heute bekehrt und überzeugt.

Wenn FREUD's Theorien zunächst den Eindruck machen, als seien sie zwar geistvolle psychologische Theoreme, den Thatsachen angehängt, aber im Wesentlichen aprioristisch construirt, so könne Redner versichern, daß es sich factisch um Thatsachen und deren Interpretationen handle, die der Beobachtung entwachsen seien. Gegenüber dem Verdachte, daß die Erinnerungen der Kranken Kunstproducte, vom Arzte suggerirt sein könnten, kann B. nach seinen Beobachtungen versichern, daß es ungeheuer schwer ist, gerade dieser Sorte von Kranken etwas aufzudrängen oder einzureden. Uebrigens kann gegenüber der ungeheuren Menge von Thatsachen, die den Theorien FREUD's zu Grunde liegen, dieser Punkt kaum eine Rolle spielen. Ein drittes Bedenken betrifft die Ueberschätzung der Sexualität. Man kann diesbezüglich vielleicht sagen, daß zwar nicht jedes Symptom der Hysterie, wohl aber die ursprüngliche Wurzel derselben sexual ist. Die Neurasthenie ist gewiß eine in der Wurzel sexuale Erkrankung. Diesen Anschauungen verdankt B. Fingerzeige für das praktische alltäglichste Handeln in Dingen, die er früher niemals verstanden hat. So z. B. sei es ja wirklich nicht in der Ordnung, daß wir bei einem jungen Mädchen, weil es blaß, leicht erschöpfbar, kurz, in einem Zustand ist, der uns beim Knaben sofort an Masturbation und Pollutionen denken läßt, das sexuelle Moment blos deshalb, weil es sich um ein Mädchen handelt, übersehen und Eisen verschreiben. Es wäre nur ein Fortschritt, wenn wir im praktischen Leben häufiger an das denken würden, was schließlich zu den Fundamenten der menschlichen Existenz gehört. Der erwachsene Mensch ist allerdings nur zu einem kleinen Theil sexual, aber wer weiß nicht, in welchem Ausmaß die Sexualität in der Pubertätszeit eine Rolle spielt? Wir setzen dies voraus und wissen es vom Knaben, nicht aber vom Mädchen. Wir wissen überhaupt von der Sexualität des Mädchens sehr wenig und sind auch nicht im Stande, unsere Sexualität in die der Frauen zu transponiren. Gleichwohl handelt es sich um die wissenswerthesten Zustände der Hälfte der Menschheit. Hiefür nun sind die Dinge, die FREUD findet, die wichtigsten menschlichen Documente. Wenn auch die vorgetragenen Theorien noch hie und da gezwungen erscheinen, so handle es sich ja auch nur um einen provisorischen Abschluß, soweit er den gefundenen Thatsachen entspreche. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 30. October 1895.

Vorsitzender: Dr. TELEKY.

Dr. S. FRÄNKEL: Zur Isolirung der wirksamen Substanz der Thyreoidea.

Ueber die wirksame Substanz der Schilddrüse waren verschiedene Ansichten verbreitet. Seit HOPPE-SEYLER suchte man sie unter den Eiweißkörpern, doch ohne Erfolg. Die Engländer widerlegten, daß es sich um Mucin handle. Desgleichen kann es kein Ferment sein, da die Thyreoidea durch Abkochen nichts von ihrer Wirksamkeit verliert. FRÄNKEL gelang es, durch eine noch nicht publicirte Methode die gesuchte Substanz rein darzustellen. Um nachzuweisen, daß dieselbe thatsächlich die wirksame Substanz der Schilddrüse sei, wurde dieselbe thyreoidectomirten jungen Katzen eingeimpft. Die Thiere, die 2 Tage nach der Operation an Krämpfen litten und dem Tode nahe waren, erholten sich bald nach erfolgter Injection. Redner demonstrirt zwei operirte Kätzchen, denen er die wirksame Schilddrüsensubstanz injicirt.

Discussion.

Dr. Biedl: Die Erforschung der Function der drüsigen Organe ohne Ausführungsgang gehört zu den ältesten Problemen der Physiologie. Bezüglich der Methoden der Erforschung lassen sich drei Perioden unterscheiden. In der frühesten Zeit untersuchte man blos, ob die Function dieser Organe für das Leben wichtig ist oder nicht; es wurde die betreffende Drüse exstirpirt und darauf geachtet, ob das Thier danach am Leben blieb; da diese Versuche noch in die vorantisepti che Zeit zurückreichen, ist der Mißerfolg von Exstirpationen namentlich auf septische Processe zurückzuführen. Der zweite Weg führte schon näher zum Ziele: man studirte die Symptome, die nach der Exstirpation auftraten. In diese Zeit fällt die Entdeckung der Cachexia strumipriva, des Pancreas-Diabetes. Heutzutage wird die Frage vom therapeutischen Standpunkte aus behandelt. Man stellt aus der Drüse einen möglichst reinen Extract dar und erprobt dessen Wirkung an Thieren. Redner beschäftigt sich mit der Functionsprüfung der Nebenniere. Die Behauptung, daß Thiere nach Exstirpation dieses Organs höchstens noch 24 Stunden leben, hat PAL widerlegt, indem er einen Hund nach dieser Operation noch 4 Monate am Leben erhielt. B. fand, daß schon wenige Milligramme eines Nebennierenextractes, subcutan injicirt, eine beträchtliche Blutdrucksteigerung hervorriefen.

Dr. Schiff: Nach Entfernung der Thyreoidea verfallen die Thiere in tonische Krämpfe, welche bisweilen 24 Stunden anhalten. Nachher erholen sie sich langsam, um nach einigen Tagen neuerdings Krämpfe zu bekommen, denen

2*

sie endlich erliegen. Es ist daher fraglich, ob bei den FRÄNKEL'schen Versuchen thatsächlich die wirksame Schilddrüsensubstanz es war, welche das Sistiren der Krämpfe bewirkte, da diese auch ohne fremdes Zuthun vergehen.

Dr. Teleky richtet an den Vortr. die Anfrage, ob er Controlversuche an thyreoidectomirten Katzen ohne nachherige Injection seiner Substanz angestellt habe.

Dr. Fränkel: Bei den von Dr. REINER operirten Thieren handelte es sich um heftige clonische Krämpfe; zugleich war die Respirationsfrequenz gesunken und zeigten die Thiere eine sozusagen psychische Depression. Nach der Injection sistirten die Krämpfe rasch, die Athmung wurde wieder normal, die Thiere lebten förmlich auf. Dieser fast momentane Effect ist auch ohne Controlversuche beweisend.

Dr. Singer: Wie ist die Erscheinung, daß die aus der Schilddrüse dargestellte wirksame Substanz eine jedesmal zu beobachtende, einheitliche Wirkung besitzt, mit der Thatsache zu vereinigen, daß die Schilddrüse als Entgiftungsorgan wirkt? Wir wissen, daß nach längerem Jodgebrauch bei raschem Schwinden der vergrößerten Schilddrüse Erscheinungen auftreten, welche nur auf die Resorption der Thyreoideasubstanz zu beziehen sind. Die Schilddrüse ist ja ein Filter für verschiedene Gifte, und ebenso dürften die in ihr vorhandenen wirksamen Substanzen kaum einheitlicher Natur sein. Damit steht auch im Einklang, daß verschiedene Schilddrüsenpräparate verschiedene Wirkung haben und auch mit einem und demselben Präparate nicht immer gleichartige Resultate erzielt werden. Es sei sehr schwer, ein Kriterium für die Wirkungsweise von Schilddrüsenpräparaten aufzustellen. Am wenigsten maßgebend sei die Gewichtsreduction, welche bekanntlich oft ausbleibt.

Dr. Fränkel: Das erklärt sich wohl daraus, daß wir bis nun keine Dosirungseinheit für die verschiedenen Präparate besitzen. Die Extracte werden theils mit Glycerin, theils mit Alkohol oder Wasser hergestellt. Glycerin- und Alkoholpräparate sind aber ganz werthlos, weil sie die wirksame Substanz der Thyreoidea nicht zu extrahiren vermögen. Gelingt es aber, diese Substanz rein darzustellen, so wird man auch eine Dosirungsmöglichkeit haben.

Dr. SCHIFF demonstrirt einen Pat. mit dem seltenen Bild einer **Verletzung des Conus medullaris** und bespricht anschließend die Differentialdiagnose zwischen Läsionen des Conus medullaris und der Cauda equina.

Bei dem Pat. stellten sich im unmittelbaren Anschluß an einen Sturz auf's Gesäß vor 3 Monaten Blasenstörungen in Form der Ischuria paradoxa ein, welche ebenso wie leichte Incontinenzerscheinungen des Rectums ohne wesentliche Veränderung heute noch fortbestehen. Die Motilität ist im Bereiche der unteren Extremitäten in jeder Hinsicht vollkommen erhalten, desgleichen die Sensibilität bis auf eine Zone, welche das Kreuzbein, die Regio glutaea inferior und in vollkommen symmetrischer Weise eine scharf abgegrenzte Partie an der hinteren Seite des Oberschenkels bis zum unteren Drittel desselben umfaßt (Gebiet des N. cutaneus femoris posterior). In diesem ganzen, nur von Aesten der letzten drei Sacralwurzeln versorgten Gebiet besteht hochgradige Abstumpfung der Sensibilität für alle 3 Qualitäten, ebenso wie an der hinteren Seite des Scrotum und dem ganzen Perineum. Ueber dem Kreuzbein ein handtellergroßer Substanzverlust, der im vorliegenden Fall nicht als Decubitus entstanden ist.

Die Erscheinungen sind nur durch Affection der letzten drei Sacralwurzeln vor ihrem Austritt aus dem Kreuzbeincanal (unterster Theil der Cauda equina) oder durch eine Läsion der Centren dieser Wurzeln im Conus medullaris erklärbar. Für diese beiden Affectionen ist das Bild aber ein vollkommen typisches, wenn auch seltenes. Es sind bisher 6 Fälle beschrieben worden mit vollkommen identischer Abgrenzung der Sensibilitätsstörung und gleichen Blasenmastdarmstörungen; 3 Fälle kamen zur Obduction. In 2 fanden sich traumatisch entstandene Herde im Conus medullaris (hinter dem 2. Lendenwirbelkörper gelegen), im 3. eine Meningitis im Sacralcanal mit Compression der letzten Sacralwurzeln.

Die Differentialdiagnose ist im Hinblick auf das Fehlen jeglicher Schmerzen auf eine Conusläsion zu stellen, da sich im erwähnten 3. Falle ebenso wie bei allen Affectionen der Cauda equina in höheren Ebenen, welche unter dem Bild der Paraplegia dolorosa verlaufen, intensive ausstrahlende Schmerzen vorfanden, die hier ebenso wie in den beiden obducirten Fällen von Conusläsionen fehlten.

Discussion.

Dr. Redlich: Das Fehlen jeder sensiblen Reizerscheinung spricht entschieden gegen eine Läsion der Cauda equina. Nur muß man bedenken, daß die Differentialdiagnose zwischen Cauda- und Rückenmarksläsion sehr schwierig ist; denn die Cauda schmiegt sich eng an das Rückenmark an und es gibt nur wenige Läsionen, die nicht gleichzeitig beide Theile beträfen. In dem demonstrirten Falle dürfte die Läsion etwas höher zu localisiren sein, als es der Vortr. gethan hat, denn die Form der Blasenlähmung entspricht nicht ganz dem, was man gewöhnlich bei Läsionen des Blasercentrums vorfindet. Diese Fälle sind meistens mit Anästhesie der Blasenschleimhaut combinirt, während der vorgestellte Pat. über den Füllungszustand seiner Blase ganz gut orientirt ist. Auch muß bei Läsion des Blasencentrums der Sphincterreflex fehlen; der Harn fließt einfach ab, die Blase wird „ausdrückbar", was bei erhaltenem Sphincterreflex nicht der Fall ist.

Dr. Schiff: Kann man die mechanische Ausdrückbarkeit der Blase in Gegensatz stellen zu dieser Form der Blasenerkrankung? Wenn die Blase ausdrückbar ist, so wäre das gleichbedeutend mit Aufhebung des Sphincterreflexes und da müßte erst bewiesen werden, ob dann der Urin nach hydrostatischen Gesetzen aus der Blase abfließen muß.

Dr. Redlich hat die Ausdrückbarkeit der Blase nur als Beweis dafür erwähnt, daß die Blasenentleerung ein Reflexvorgang ist.

Dr. RUDOLF NEURATH demonstrirt ein Präparat als casuistischen Beitrag **zur Pathogenese der erworbenen chronischen Hydrocephalie.**

Das demonstrirte Gehirn stammt von einem 11jähr. Knaben, der mit den Erscheinungen eines schweren Cerebralleidens, als Nackenstarre, benommenem Sensorium, Facialisparese, am 15. September d. J. im Carolinen-Kinderspital zur Aufnahme kam. Das schwere Krankheitsbild, das im ersten Moment an eine basale Meningitis denken ließ, wich jedoch bald einem Zustande relativen Wohlbefindens.

Der am nächsten Tage aufgenommene Befund ergab: Dem Alter entsprechend großes Kind von ziemlich kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Musculatur. Gesicht geröthet, Sensorium frei. Pat. antwortet präcis auf die an ihn gestellten Fragen und zeigte mittelmäßige Intelligenz. Momentan keine Schmerzen, doch treten von Zeit zu Zeit einige Minuten anhaltende drückende Kopfschmerzen auf, die der Kranke im Hinterhaupt localisirt. Schädel ausgesprochen hydrocephal, besonders stark das Hinterhaupt entwickelt. Schädelumfang 58 Cm. Gesicht symmetrisch. Pupillarreaction erfolgt auf Belichtung und Accommodation prompt. Zunge wird gerade vorgestreckt. Bulbusbewegungen frei. Im Gebiete der übrigen Hirnnerven nichts Abnormes. Obere Extremitäten gleich entwickelt, Händedruck links etwas stärker. Die unteren Extremitäten zeigen leichte Hypertonie, sehr lebhafte Sehnenreflexe, Fußclonus, ihre grobe motorische Kraft etwas herabgesetzt. Keine Störungen der Sensibilität und des Temperatursinnes. Gang ausgesprochen spastischparetisch, wankend, unsicher. ROMBERG'sches Phänomen sehr deutlich. Wenn sich Pat. im Bette aufsetzt, geräth sein Rumpf in leichtes Schwanken. Puls 80, rhythmisch, innere Organe zeigen normalen Befund.

Von Zeit zu Zeit, und zwar durchschnittlich jeden 2. oder 3. Tag, bekam Pat. Anfälle von heftigem Kopfschmerz. Unter Aechzen und Stöhnen lag Pat. da, hielt den Kopf krampfhaft nach links geneigt, gab nur zögernd Antworten, die aber keine Störung des Sensoriums oder der Sprache erkennen ließen. Im Anfalle, der meist eine bis mehrere Stunden anhielt, zeigten sich constant die Pupillen eher weit, der rechte Facialis etwas zurückbleibend, nystagmusartige Bewegungen der Bulbi beim Blick nach außen.

Im Großen und Ganzen blieb dieses Bild wochenlang unverändert, wenn wir von einer successiven Steigerung der Ataxie absehen. Letztere erreichte mit der Zeit einen so hohen Grad, daß Pat. nur bei kräftigster Unterstützung wenige Schritte machen konnte und beim Aufsetzen sofort in starkes Wanken gerieth.

Vor wenigen Tagen starb das Kind ganz plötzlich.

Die Obduction (Prof. KOLISKO) ergab: Körper kräftig gebaut, gut genährt, Schädelumfang 58 Cm., Schädelknochen von mittlerer Dicke, schwammig, mit großzackigen Nähten, die Innenfläche mit der Dura innig verwachsen. Die Kammern des Gehirns so ausgedehnt und mit wasserklarer Flüssigkeit (ca. $^1/_2$ Liter) gefüllt, daß die Hirnsubstanz der Hemisphären auf eine fingerdicke Schichte reducirt ist. Der III. Ventrikel nach unten vorgewölbt, der Aquaeductus Sylvii auf Rabenfederkieldicke ausgedehnt. Der IV. Ventrikel in einen nach hinten zu durch Verschluß des Foramen Magendii abgeschlossenen, cystischen, über nußgroßen Hohlraum umgewandelt, der Rautengrubenboden stark excavirt, die weiße Substanz des Kleinhirns unter der kugeligen Ausdehnung der Ventrikeldecke fast vollkommen geschwunden. Die Arachnoidea am Foramen Magendii mit der Pia innig verwachsen und etwas weißlich getrübt. Die Windungen des Gehirnes allenthalben stark abgeplattet, die inneren

Hirnhäute zart und blaß. Am Rückenmarksdurchschnitte keine Erweiterung des Centralcanales sichtbar und die Zeichnung normal.

Der anatomische Befund läßt uns die Annahme berechtigt erscheinen, die Hydrocephalie des Pat. sei Folge des Verschlusses des Foramen Magendii und letzterer auf einen abgelaufenen entzündlichen Proceß der inneren Hirnhäute zurückzuführen. Es bliebe noch zu entscheiden, wann ungefähr diese Meningitis unseren Kranken befallen habe, ob vielleicht noch intrauterin oder in der Kindheit. Die anamnestischen Daten scheinen darüber Aufschluß zu geben.

Pat. war das 3. von 8 Kindern, deren eines an Lebensschwäche gestorben ist. Die Mutter ist gesund, der Vater leidet an den Folgen einer alten Poliomyelitis und geht mit Krücken. Die anderen Kinder sind gesund.

Die Geburt des Kindes verlief glatt, nach der Geburt keine Asphyxie. In den ersten 2 Jahren war Pat. hochgradig rachitisch, lernte erst mit $2^1/_2$ Jahren gehen. In den ersten Lebensjahren war der Kopf nach Angabe des Vaters entschieden der Norm entsprechend. Mit 4 Jahren stürzte der Kleine, fiel auf's Hinterhaupt, war darauf einige Stunden bewußtlos, erbrach und mußte 8 Tage das Bett hüten. Mit 5 Jahren überstand er Scharlach, danach Nierenentzündung. Ungefähr eine Woche nach der überstandenen Krankheit hielt der Knabe den Kopf nach hinten geneigt und klagte über heftigen Kopfschmerz. Seither wuchs der Kopf bis zur jetzigen Größe. Zwei Jahre nach dem Scharlach kamen wieder 14 Tage anhaltende heftige Kopfschmerzen mit Nachhintenziehen des Kopfes, Brechen, Zähneknirschen ohne Bewußtseinsstörung. Constant litt Pat. seit ungefähr dem 5. Lebensjahre an heftigem Schwindel, bisweilen taumelte er wie betrunken, zitterte mit den Händen beim Schreiben, Essen etc. Gesicht und Gehör waren immer ungestört, Intelligenz mäßig, Stimmung wechselnd, Sprache öfters stotternd.

Seit 1. September d. J. wiederholten sich neuerdings die Anfälle von Kopfschmerz, Nackenstarre, Brechen und wurde Pat. während einer solchen Attaque in's Spital aufgenommen.

Es scheinen also die Erscheinungen der Hydrocephalie, das Wachsthum des bis dahin normalgroßen Schädels, die Symptome intracranieller Drucksteigerung im 5. Lebensjahre nach Ueberstehen einer postscarlatinösen Nephritis zum ersten Male aufgetreten zu sein, und es liegt die Vermuthung nahe, daß vielleicht erst kurz vorher der erwähnte Entzündungsproceß stattgefunden habe, der zum Abschluß des IV. Ventrikels geführt hätte. Vielleicht könnte man im Scharlach das ätiologische Moment sehen und somit den Hydrocephalus des Knaben als Resultat einer zum Verschluß des Foramen Magendii führenden Leptomeningitis auffassen, welche wieder als durch die Scarlatina bedingt gelten könnte. Die periodisch auftretenden Kopfschmerzen und Spasmen wären als Symptome der Hirndrucksteigerung, die Ataxie als Drucksymptome von Seiten des Kleinhirns aufzufassen, der plötzliche Tod wäre auf Läsion der vitalen Centren in der Medulla oblongata durch Drucksteigerung zurückzuführen.

Discussion.

Dr. Redlich: Ein Verschluß des Centralcanales kann nur dann Hydrocephalus erzeugen, wenn auch die Communication der Seitenventrikel mit den subarachnoidealen Räumen gehindert ist. Bezüglich der Ataxie wäre zu bemerken, daß die Veränderungen am Kleinhirn zu geringfügig sind, um daraus allein die hochgradige Ataxie zu erklären. Man müßte jedenfalls auch an das Rückenmark denken; denn in der That entwickelt sich bei Hirntumoren Degeneration in den Hinterwurzeln mit spinaler Ataxie.

Dr. Schlesinger hat einen Hydrocephalus mit starker Ataxie ohne irgendwelche Lähmungserscheinungen gesehen. Bei der Obduction fand sich weder im Kleinhirn, noch im Rückenmark etwas Pathologisches; die Medulla oblongata wurde allerdings nicht untersucht.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

V.

Ueber die Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode.

CASPARY (Königsberg), Referent, recurrirt bei der Therapie Syphilitischer ebenso auf die Vis reparatrix naturae, wie bei jeder anderen Erkrankung. Er gebraucht seit mehr als 30 Jahren mit Ueberzeugung den Mercur in der Syphilistherapie, jedoch stets nur dann, wenn syphilitische Symptome vorliegen. C. hat dabei wohl manche Mißerfolge in seiner sehr großen Privatpraxis, auch manche schlaflose Nacht zu verzeichnen, er habe eben Grund, zeitweilig mit seinen Heilresultaten unzufrieden zu sein, jedenfalls sei er zufriedener, als FOURNIER es mit seiner Methode der prolongirten Behandlung sein könne. Dieser habe im Jahre 1874 damit begonnen, seine Patienten chronisch intermittirend zu behandeln, die Zeiträume der Curen wurden aber immer ausgreifender. Mit den Erfolgen immer wieder nicht zufrieden, dehnt er sie letzter Zeit thatsächlich bis zum seeligen Ende der einmal erkrankt Gewesenen aus. Die Statistik ist hier nicht verwerthbar, da der Verlauf und die Lebensweise zu ungleich sind. Dem Thema zu Liebe hat C. eine kleine Reihe von Experimenten begonnen. Er hat von 12 gleich großen, gleich alten und gleich gehaltenen Kaninchen 6 durch 30 Tage täglich mit einer Injection von $^1/_2$ Mgrm. Sublimat bedacht, sich davon überzeugt, daß sie nicht herunterkamen weder im Gewicht, noch im Hämoglobingehalt des Blutes. Hierauf wurden sämmtlichen Thieren beider Reihen mit Reinculturen von Tuberkelbacillen Impfungen in die vordere Augenkammer gemacht. Die Befunde über eine etwaige Differenz der beiden Reihen steht noch aus. Tuberkel haben sich bei allen gebildet, aber sie leben alle noch. Wenn C. auch ein überzeugter Mercurialist sei und deshalb der Vorschlag FOURNIER's für ihn viel Bestechendes hatte, so könne er doch die Auffassung, daß der Mercur nicht nur vorhandene Symptome, sondern das Gift selbst beeinflusse, nicht theilen. Gewichtige Bedenken stünden dem entgegen: so das Befallenwerden Mercurkranker (!) von Lues, das Auftreten neuer schwerer Symptome bei noch reichlicher Hg-Ausscheidung durch Fäces und Harn. C. verwendet deshalb, obwohl von der antidotischen Kraft des Mercurs nicht überzeugt, denselben z. B. dort, wo er bei schweren Lueskranken noch nicht verwendet wurde und wo dann die Symptome zauberhaft schnell schwinden. C. verwendet den Mercur nur symptomatisch, weil seine Kranken unter dieser Behandlung fast ausnahmslos genesen. Er hat sie meist heiraten und weder Frau noch Kinder inficiren gesehen. Fast alle haben Recidiven und machen dann jedesmal eine Cur durch; bei schwereren Recidiven eine längere Cur nach FOURNIER's Muster von 6, 9, 12 Monaten. Nie aber eine mehrjährige, nie eine Cur in der Latenz, außer unmittelbar vor Eingehen der Ehe. Daß der Mercur der Vererbung entgegenwirkt, ist allbekannt. Aber über der Beachtung des Menschen als Zeugungsapparates steht die Sorge für seine eigene Gesundheit. — Gegen FOURNIER's Methode spreche dessen eigene Statistik und dessen Mißtrauen gegen Ersatz der specifischen Mittel in späteren Jahren der Beobachtung. — Gegen die Unbedenklichkeit des Mercur spreche: die Gewöhnung an denselben merkliches Herunterkommen, das die Resistenz der Individuen z. B. gegen Tuberkelinfection schwäche, der offenkundige Schaden des Mercur bei manchen Ulcerationen, bei Keratitis punctata hereditaria. Hier könne der Schaden wenigstens controlirt und wieder gut gemacht werden, nicht möglich sei dies aber im Stadium der Latenz der Syphilis, wo jede Controle fehlt. C. erinnert an den Schaden der Jodpräparate bei Lungenkranken, bei Leuten mit Kröpfen. Immerhin ist C. genöthigt, bei der Unsicherheit der Prognose den Inficirten Jahre lang Selbstbeobachtung dringend zu empfehlen, was trotz aller Vorsicht leicht zur Melancholie und Neurasthenie führe. Die Schlußworte aus FOURNIER's jüngstem Buche aber, die eine Ansprache an Inficirte nach beendigter Cur darstellen, sind geeignet, sie zu allarmiren, statt zu beruhigen, und so resumirt C. dahin, die Methode FOURNIER's sei nicht zu empfehlen.

Seine Thesen lauten dementsprechend:

1. Die Statistik hat nicht sicher erwiesen, das FOURNIER's chronisch-intermittirende Behandlung sicherer vor Tertiarismus schütze, als andere Behandlungsmethoden.

2. Die lange andauernde und energische Zufuhr von Quecksilber bringt nicht berechenbare Gefahren mit sich.

3. Referent übt und empfiehlt bei leichten secundären Formen die sogenannte symptomatische Behandlung. Bei Eintritt schwerer secundärer oder tertiärer Producte verlangt er jedesmal, wenn keine Contraindication vorliegt, eine vielmonatliche Behandlung nach dem Typus der FOURNIER'schen Methode.

(Fortsetzung folgt.)

Aus den Abtheilungen
der
67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

VII.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

PROCHOWNIK (Hamburg): **Die Behandlung ektopischer Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzung nach v. WINCKEL.**

Die Frage über die Einspritzung toxischer Substanzen in den Fruchtsack sei noch eine offene. WINCKEL habe mit seinen Morphiumeinspritzungen nur wenig Nachahmer gefunden. P. hat vier Fälle von der Scheide aus mit einmaliger Morphiumeinspritzung von 0·03—0·04 ohne Aspiration in den stets noch intacten Fruchtsack behandelt. Drei der Frauen befanden sich vor, eine, gleichzeitig gonorrhoische, jenseits der 12. Schwangerschaftswoche, die letztere fieberte bei der Aufnahme und hier trat Abscedirung per rectum und Heilung ein. Die 3 anderen heilten glatt in wenigen Wochen, bezw. Monaten, nur einmal mäßige Hämatocele.

Im 5. Falle geschah die Einspritzung durch die Bauchdecke, dabei war trotz aller Cautelen eine mit der Hauptsackwand verlöthete Darmschlinge durchstochen und dadurch der Sack inficirt worden. Sepsis nach 2 Tagen, Koeliotomie, Heilung.

P. ist mit WINCKEL in dem Grundgedanken einig, in den ersten Monaten der Schwangerschaft bei Erkenntniß der Sachlage, die auch er, so lange der Abort nicht stärker im Gange ist, für unschwer hält, nicht gleich zu operiren, sondern Morphiumeinspritzung zu versuchen. Nur soll grundsätzlich nicht aspirirt und nur einmal eingespritzt werden. Mit W. A. FREUND ist P. der Ansicht, daß die 12. Woche nicht überschritten sein darf wegen der Schwierigkeit der Resorption und der folgenschweren Gefahr einer Placentarverletzung. Ist der Abort im Gange oder das Ei nicht mehr intact, so kann die Morphiumeinspritzung keinen Einfluß mehr haben. P. verwirft principiell die Injection von den Bauchdecken aus und ist ausschließlich für die vaginale Injection wegen ihrer geringeren Gefährlichkeit. Sind acute Perimetritis und chronische Gonorrhoe vorhanden, so ist die Methode contraindicirt. Unter über 90 Beobachtungen in 18 Jahren hat Vortr. nur 6mal die Indication für die WINCKEL'sche Methode gefunden.

Discussion.

Werth (Kiel) bemerkt, das Material v. WINCKEL'S sei wenig beweisend; es sei nicht immer leicht zu sagen, ob das Ei noch lebe oder nicht. Trotz Abganges der Decidua könne, wie ein Fall seiner Beobachtung lehre, die Frucht noch leben.

Fehling (Halle) ist unter Hinweis auf den Ausspruch WERTH'S, wonach die Extrauteringravidität mit einer bösartigen Neubildung vergleichbar sei, gegen die Morphiumeinspritzung. In den geheilten Fällen sei die Diagnose nicht sicher.

Gottschalk (Berlin) weist auf einen von ihm beobachteten Fall hin, wo ein sich nach dem Absterben der Frucht selbst überlassener ektopischer Schwangerschaftssack noch nach einer Reihe von Jahren zur schweren Vereiterung führte mit Durchbruch in die Blase, und wo sich auf Grund dieser langdauernden Eiterung eine Tuberculose entwickelte. Solche Beobachtungen zeigten, daß die Resorption solcher Säcke noch große Gefahren involviren könne. Die Decidua könne unter Umständen auch erst Wochen nach dem Absterben der Frucht abgehen, so habe G. jüngst einen Fall operativ vaginal behandelt, wo es bereits zur Hämatocelenbildung gekommen war, bei dem erst in der 4. Woche nach der Operation die Decidua ausgestoßen wurde.

Leopold (Dresden) kann sich anatomisch mit der Morphiuminjection nicht vertraut machen und ist ein Gegner derselben.

Werth will seinen Ausspruch bezüglich der Gleichwerthigkeit der ektopischen Schwangerschaftssäcke mit einer bösartigen Neubildung nicht auch auf den tubaren Abortus bezogen wissen, bei dem sich bis jetzt, wo wir noch therapeutisch experimentiren, so lange wie möglich ein exspectatives Verhalten empfehle.

Prochownik (Schlußwort) hat operativ gute Resultate, will aber trotzdem die Punction nicht verwerfen bis zur 8.—9. Woche. Bis dahin sei eine Resorption des Fötus recht gut denkbar. Vor der Blutung könne man die Frühdiagnose jetzt stellen.

Abtheilung für Laryngo-Rhinologie.

WINCKLER (Bremen): **Ueber chirurgische Behandlung gewisser Nasenstenosen.**

Bei breiten flächenhaften Verwachsungen zwischen der unteren Nasenmuschel und dem Septum, bei vorher mehrfach mit Galvanokaustik behandelten unteren Muscheln und bei der papillomatösen Entartung derselben hat sich der Vortragende zur Beseitigung der Nasenstenose dazu entschlossen, die Concha inferior theilweise, in einzelnen Fällen fast gänzlich zu entfernen.

Die Behandlung der Verwachsungen wird durch dies Verfahren außerordentlich vereinfacht. Zur Nachbehandlung haben sich die von dem Redner angegebenen Metallplatten, welche sich der Patient leicht in die Nase einführen und damit das Lumen zwischen unterer Muschel und Septum durchgängig erhalten kann, als praktisch erwiesen.

W. geht dann auf die Anwendung der Galvanokaustik, speciell die Application des Flachbrenners bei der Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln ein. Er warnt vor zu häufiger und ausgedehnter Benützung desselben, den er nur dann gebraucht, wenn bei einem einfachen uncomplicirten chronischen Nasencatarrh die Cocainisirung ein vollkommen übersichtliches Operationsfeld zwischen Septum und Concha inferior ergibt. Unter Umständen ist es rathsam, hochgradig hyperplastische Nasenmuscheln von vornherein durch Resection zu verkleinern. Mit wiederholter Application des Flachbrenners kommt man in manchen Fällen nicht zum Ziele und verschafft unter Umständen durch die häufigen, oft recht schmerzhaften Cauterisationen dem Patienten Beschwerden einer allgemeinen Nervosität, welche schwerer zu beseitigen sind, als die Nasenstenose. W. theilt einige Fälle mit, bei welchen vorher anderweitig mehrfach mit Cauterisation und Galvanokaustik die Beseitigung der Nasenstenose versucht worden war. Das Resultat dieser Eingriffe war in allen Fällen nur von kurzer Dauer. Die Nasenstenose kehrte immer wieder. Nachdem W. eine mehr oder weniger ausgiebige Resection der unteren Muscheln in diesen Fällen vorgenommen hatte, war dieselbe dauernd beseitigt, welches W. in 3 Fällen mehrere Jahre hindurch feststellen konnte. Einen Nachtheil für die Patienten hat W. in Folge dieser Operation bis jetzt nicht beobachtet.

Bei der papillomatösen Hyperplasie der unteren Muscheln, welche W. früher stets mit Schlingen beseitigte, hat Redner beobachtet, daß die Entfernung der degenerirten Mucosa mit der Schlinge oft nicht genügt, den Entartungsproceß für die Dauer zum Stillstand zu bringen. Er hat sich daher jetzt dazu entschieden, die maulbeerförmige Hyperplasie mit Messer und Scheere zu entfernen, und zwar so, daß er in der angrenzenden, noch makroskopisch gesunden Schleimhaut operirt. Es scheint, als wenn mit einem derartigen Eingriff der weiteren Entartung der noch gesund erscheinenden Schleimhaut vorgebeugt werden kann, indem der erhaltene Muschelrest vielfach zur Norm zurückkehrte. Der Gebrauch des Flachbrenners zur Beseitigung der papillomatösen Hyperplasie ist durchaus zu verwerfen.

Bei genauer Kenntniß der Anatomie der Nase, wie vorheriger exacter Orientirung der jedesmal vorliegenden Verhältnisse wird man die Resection der unteren Muscheln ohne Nebenverletzungen ausführen. W. drängt während der Cocainisation die Muschel mit einer starken Sonde von der lateralen Nasenwand ab, führt zwischen sie und die deplacirte Concha Jodoformgaze ein und schneidet das zu entfernende Muschelstück mit einem starken Nasenmesser von der medianen Seite der Concha ab. Bei starren Muscheln macht er die Operation mit einer starken Scheere. Bei den maulbeerförmigen Hyperplasien muß am Gesunden operirt werden. Sonst hat man bezüglich der Größe des zu entfernenden Stückes der Concha inferior Gestalt und Bau der ganzen Nase, sowie Lage und Größe der vorderen Nasenaperturen zu berücksichtigen. Nach der Operation wird die Nase exact mit Jodoformgaze tamponirt.

Stärkere Nachblutungen wurden in zwei Fällen beobachtet.

A.

Notizen.

Wien, 9. November 1895.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) Der gestrige Sitzungsabend war dem Andenken LOUIS PASTEUR's gewidmet. Prof. MAX GRUBER hielt unter dem Titel „Die Lebenszwecke PASTEUR's im Zusammenhang mit der Gesammtentwicklung der Bacteriologie" einen Vortrag, in welchem er in großen und markanten Zügen ein Bild der Entwicklung der modernen Mikrobiologie zeichnete und den Verdiensten, die sich PASTEUR um dieselbe erworben, gerecht wurde. G. präcisirte zunächst den Stand der vitalistischen Theorie zur Zeit, als PASTEUR seine Untersuchungen über Gährung und Fäulniß begann, das ist also jene Periode, da weiter nichts sichergestellt war, als daß die Alkoholgährung durch die Sproßhefe bedingt sei; eine Thatsache, über welche sich die Chemiker, LIEBIG an ihrer Spitze, ebenso hinwegsetzten, wie über die Thatsache der Fermentvermehrung. Ja, man sah in der vitalistischen Theorie einen Rückschritt zu den kaum überwundenen Lehren der Naturphilosophie. Der Redner führte dann weiters aus, wie PASTEUR durch seine Studien zu dem Ergebnisse gelangte, daß keine Gährung ohne Mikroorganismen stattfinde, und daß jeder Gährung specifische Mikroben zukommen, Thatsachen, vor welchen LIEBIG im Jahre 1870 einen nur schlecht verhüllten Rückzug antreten mußte, wenn auch zugestanden werden muß, daß, was LIEBIG schon damals behauptete, das eigentliche Wesen der Gährung auch heute noch nicht in befriedigender Weise erklärt ist. Nun ging Redner auf jene Periode über, in welcher die Grundsteine zu unseren modernen Anschauungen über die Aetiologie der Infectionskrankheiten gelegt wurden und erörtert die allmälige Entwicklung dieses Zweiges der Mikrobiologie, in welcher Periode vor PASTEUR HENLE, mit ihm LISTER, KOCH, WEIGERT u. A. die Aufgabe erfüllten, die Rolle der Mikroben im erkrankten Organismus nachzuweisen, ihre ätiologische Bedeutung sicherzustellen. Nun erst konnte sich die Wissenschaft neuen Problemen zuwenden. Aber die Entdeckung zahlreicher pathogener Bacterienarten drohte Ende der Siebziger- und Anfangs der Achtziger-Jahre einer ganz rohen und unwissenschaftlichen Auffassung zum Opfer zu fallen. Da war es PASTEUR, welcher erkannte, daß die Mikroben nicht die Krankheitswesen sind, sondern daß sie variabel sind in ihrer Form, in ihren physiologischen Eigenschaften, und daß die Krankheitsprocesse bedingt sind durch die wechselnde Beschaffenheit des Parasiten einerseits, des Wirthsorganismus andererseits. Die 60jährige Entwicklung der Mikrobiologie stellt sich heute dar als ein großer Umweg zu den alten Problemen der Pathologie, der gemacht werden mußte, damit wir an die endgiltige Entscheidung über das Wesen der Krankheitsprocesse herantreten können. Die Richtschnur hiefür hat uns PASTEUR geliefert. „Und — so schloß Redner — in je weiterem Abstand wir auf PASTEUR zurückblicken, umso gewaltiger wird seine Größe emporwachsen."

(Die Frauenfrage in der Medicin) wird bereits in den ärztlichen Standesvereinen discutirt. Der Verein der Aerzte des I. Bezirkes hat es in seiner dieswöchentlichen Plenarversammlung zwar abgelehnt, zu der Frage, ob den Frauen das Studium der Medicin in Oesterreich gestattet werden soll, Stellung zu nehmen, legte es aber — offenbar im Hinblick auf gewisse, bekanntlich unbegründete Zeitungsnachrichten — der Aerztekammer nahe, ihr Augenmerk auf die Nostrification solcher Diplome zu richten, welche den österreichischen Diplomen an Dignität nachstehend zu betrachten sind. Der Verein glaubte, es aussprechen zu sollen, daß die Anerkennung solcher Diplome nicht nur die Interessen des Standes, sondern auch die hohe Stellung schädigt, welche die österreichischen medicinischen Schulen derzeit einnehmen. In der That liegt bei einer eventuellen — bisher im Uebrigen nicht zu Tage getretenen — Laxheit in der Anwendung der Nostrificationsbestimmungen die Gefahr nahe, auf diesem Umwege müheloser das Recht der Praxisausübung in Oesterreich zu erlangen, als durch die directe Erwerbung des österreichischen Doctorgrades.

(Aerztekammern.) Das Ministerium des Innern hat durch Erlaß vom 24. November 1893 die am 15. Mai stattgehabte Aerztekammerwahl im Gruppengebiete der Stadt Laibach aufgehoben, weil zur Zeit der Wahl die Kammerpflichtigkeit der im Gruppengebiete der Stadt Laibach domicilirenden Aerzte nicht vollständig festgestellt, demnach die nothwendige Voraussetzung zur Vornahme des legalen Wahlactes nicht vorhanden war, und für dieses Gruppengebiet die Vornahme einer Neuwahl angeordnet. Zugleich wurde in Interpretation des Gesetzes beigefügt, daß es den wahlberechtigten Aerzten einer Wahlgruppe freistehe, auch einen ihrer Wahlgruppe nicht angehörenden Arzt, sofern er dem Kammersprengel angehört und wahlberechtigt ist, zum Kammermitgliede oder Stellvertreter zu wählen. Dem Recurse mehrerer kammerpflichtiger Aerzte in Laibach gegen diese Entscheidung hat der Verwaltungsgerichtshof keine Folge gegeben. — Das Ministerium des Innern hat über Vorstellung einer Aerztekammer entschieden, daß die von der Aerztekammer in den Landessanitätsrath entsendeten Delegirten keinen Anspruch auf Vergütung der Reisespesen aus dem Staatsschatze besitzen.

(Aus den ärztlichen Vereinen.) Der „Aerztliche Verein der südlichen Bezirke Wiens" hat sich in seiner vorwöchentlichen Plenarversammlung den in Nr. 18 d. Bl. mitgetheilten Resolutionen der Vereine des I. und II. Bezirkes, die Bekämpfung der Laien-Massage betreffend, vollinhaltlich angeschlossen. — Der ärztliche Verein des I. Bezirkes hat in seiner Vollversammlung vom 4. d. M. beschlossen, die Aerztekammer aufzufordern, gegen diejenigen Aerzte, welche sich den Sanitätsbehörden gegenüber als „Strohmänner" für zur Ausübung der ärztlichen Praxis nicht berechtigte Individuen geriren, energisch vorzugehen.

(Zur Casuistik der Laienmassage) bringt Dr. ZIEGELROTH im „Frauenarzt" folgenden Beitrag: Eine junge, kurz verheiratete Frau litt nach einem Abortus an Beschwerden, derentwegen sie, da der Arzt ihres Aufenthaltsortes abwesend war, den Arzt einer benachbarten Stadt consultirte. Dieser letztere, ein warmer Verehrer der Massage, aber ihrer Technik unkundig, wies die Pat. an deren Hebamme (!), damit diese eine interne Massage vornehme, um die bestehende Gebärmutterverlagerung zu beheben. Die Hebamme ging frisch an's Werk; aber als nach wenigen „Sitzungen", die der Pat. keine geringen Schmerzen verursachten, keine Besserung eintrat, gab die Wehemutter die Behandlung auf mit der Begründung, „sie könne in der Vagina mit der ganzen Hand nicht ordentlich arbeiten". Das war gewiß eine von der Species „intelligente, kräftige Masseuse".

(Auszeichnungen.) Verliehen wurde: Dem praktischen Arzte Dr. LUDWIG SCHWARZ in Budapest das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens; dem Districts- und Stadtarzte in Duppau, Dr. CARL GROSS, das goldene Verdienstkreuz.

(Universitäts-Nachrichten.) Habilitirt haben sich: Dr. SIGMUND FUCHS für Physiologie an der Wiener medicinischen Facultät; Dr. GAUPP für Anatomie und Dr. NAGEL für Physiologie in Freiburg; Dr. SCHEURLEN für Hygiene und Bacteriologie in Straßburg; Dr. E. GÖPPERT für Anatomie in Heidelberg.

(Militärärztliches Officierscorps.) Der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. FRANZ HERZOG, Sanitätschef des 12. Corps, ist in den Ruhestand versetzt und demselben der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekannt gegeben worden. — Der Stabsarzt Dr. ROBERT SLAMA, Garnisons-Chefarzt in Tarnow, wurde als derzeit dienstuntauglich mit Wartegebühr auf die Dauer eines Jahres beurlaubt.

(H. W. MEYER) Die Herren Proff. J. GRUBER und K. STOERK in Wien richten namens der österr. otologischen Gesellschaft und der Wiener laryngologischen Gesellschaft die Aufforderung an die Collegen, sich an der Subscription für ein dem Dr. H. W. MEYER in Kopenhagen zu errichtendes Standbild zu betheiligen. Bekanntlich war es der genannte Gelehrte, welcher zuerst auf das Vorkommen der adenoiden Vegetationen im Nasen-Rachenraume und deren Bedeutung für das Hörorgan und die Stimme aufmerksam machte, gleichzeitig aber auch die Operationsmethode angab, um dieselben dauernd zu beseitigen. An der Spitze des aus hervorragenden Aerzten bestehenden Comités steht Dr. FELIX SEMON.

(Sterile Eprouvetten.) Wie uns nachträglich mitgetheilt wird, wurde das Honorar für die vom Laboratorium des „Allge-

meinen österreichischen Apothekervereines" zu besorgende bacteriologische Untersuchung der Belagabstriche (s. Nr. 44, pag. 1685 d. Bl.) mit ö. W. fl. 2.— festgesetzt.

(Cholera-Nachrichten.) In der Woche vom 29. October bis 4. November d. J. wurden aus Galizien 66 Erkrankungen und 41 Todesfälle an Cholera asiatica (gegen 42 Erkrankungs- und 26 Todesfälle in der Vorwoche) gemeldet. — Die Gesammtzahl der seit 23. August d. J. constatirten Erkrankungs- und Todesfälle an Cholera beträgt 303, die Mortalität 63·3%.

(Statistik.) Vom 27. October bis incl. 2. November 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 5995 Personen behandelt. Hievon wurden 1166 entlassen; 147 sind gestorben (11·19% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 67, egyptischer Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie —, Blattern 1, Varicellen 57, Scharlach 91, Masern 170, Keuchhusten 36, Wundrothlauf 31, Wochenbettfieber 6, Parot. epid. 3, Influenza —, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 581 Personen gestorben (+ 69 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Secundararzt der „Rudolfstiftung", Dr. HANS DANNESBERGER, 29 Jahre alt; in Breslau der dirigirende Arzt des Augusta-Hospitales, Sanitätsrath Dr. JANICKE; in Bonn der a. o. Professor der Zoologie an dortiger Universität, Dr. PH. BERTKAU; in Kopenhagen der hervorragende Psychiater Dr. H. P. JENSEN, 75 Jahre alt.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 11. November 1895, 7 Uhr Abends

im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

1. Dr. Adolf JOLLES: Ueber das Auftreten und den Nachweis von Urobilin im normalen und pathologischen Harne.
2. Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Doc. Dr. S. FREUD: Ueber Hysterie.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 13. November 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Prof. R. v. BASCH: Ueber Angiorhigos. (Schluß.)

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Kahlden C. v., Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate für Studirende und Aerzte. IV., vermehrte u. verbesserte Auflage. Jena 1895, G. Fischer.

Baas H., Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der med. Wissenschaften. Berlin 1896, F. Wreden.

Sommerfeld Th., Die Schwindsucht der Arbeiter. Berlin 1895, C. Heymann.

Broca A. et Lubet-Barbon F., Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement. Paris 1895, G. Steinheil.

Böing H., Die Syphilis und ihre Heilung durch kleine Gaben Quecksilbers. Berlin 1895, R. Skrzeczek.

Wehberg H., Die Wohnungsfrage im Lichte des humanistischen Socialismus. Bremerhaven und Leipzig 1895, Chr. G. Tienken.

Meßner A., Ges. Abhandlungen bacteriol., anatom. und chirurg. Inhalts. München 1896, J. F. Lehmann.

Klaußner F., Verbandlehre. II. Aufl. München 1896, M. Rieger.

Ihle O., Eine neue Methode der Asepsis. Stuttgart 1895, F. Enke.

Geigel R. und Voit F., Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Stuttgart 1895, F. Enke.

Straßmann F., Lehrb. d. gerichtl. Medicin. Stuttgart 1895, F. Enke.

Zweifel P., Lehrb. d. Geburtshilfe. IV. Aufl. Stuttgart 1895, F. Enke.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

☞ Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben. ☜

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse"** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik":** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Therapie der Gegenwart":** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

ANZEIGEN.

Nr. 46. Sonntag den 17. November 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in **Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Stricturen der weiblichen Urethra.

Von **Prof. Ludwig Kleinwächter.**

Stricturen der weiblichen Urethra sind bekanntlich sehr selten. Ich habe deren bisher nur 6 gesehen. 3 von diesen publicirte ich vor Kurzem in der „Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.", 1894, XXVIII, pag. 122. Die 3 anderen, die ich erst in letzter Zeit zu Gesicht bekam, will ich hier mittheilen.

Einer dieser 3 Fälle bietet kein besonderes Interesse dar, da er auf gonorrhoischer Basis fußte, interessant dagegen sind die beiden anderen, da sie zu Arten von Stricturen gehören, die höchst selten zu sehen sind.

Der **erste Fall** betrifft eine angeborene Verengerung der Urethra, die mit einer rudimentären Entwicklung des gesammten Sexualsystemes complicirt war.

Er betraf eine 28jährige Frau, die mich wegen ihrer Sterilität consultirte. Sie war 8 Jahre verheiratet, aber nie gravid gewesen. Sie gab an, mit 14—15 Jahren zu menstruiren begonnen zu haben und sei bei ihr, so lange sie Mädchen war, die Menstruation nur in 5—8wöchentlichen Terminen eingetreten. Seitdem sie verheiratet sei, menstruire sie nur in 5—8monatlichen Intervallen. Die Menstruation sei schmerzlos, schwach, halte aber 5—6 Tage an. Die anderen vorgebrachten Klagen fußten nur auf hysterischer, resp. neurasthenischer Basis.

Die zart gebaute, schlecht genährte, in der Entwicklung zurückgebliebene Frau zeigte einen nur schwach behaarten Mons veneris. Die Mammae waren nur mangelhaft entwickelt, die Warzen klein, knopfförmig. Die Vulva war auffallend eng und klein.

Schon dieser äußere Befund sprach mit größter Wahrscheinlichkeit für die Gegenwart eines rudimentären Uterus. Die innere Untersuchung bestätigte diese Vermuthung.

Die Vaginalportion wurde durch ein kleines, etwa $1^1/_2$ Cm. langes, dünnes, spitzes Zäpfchen gebildet. Corpus und Fundus waren nicht viel größer als ein Kirschkern. Entsprechend der Kleinheit der Mammae war das Orificium externum verengt. Die Ovarien waren auffallend klein, kaum bohnengroß und dabei weicher als in der Norm.

Die Urethra war ihrer ganzen Länge nach auffallend verengt, sie gestattete nur die Einführung eines Hegar'schen Dilatators Nr. 5. Auch die Harnröhrenmündung war auffallend verengt.

Die Frau klagte nicht über Harnbeschwerden. Zeichen einer bestehenden oder bestandenen gonorrhoischen Erkrankung der Vagina, des Uterus, der Urethra oder Blase fehlten gänzlich. Auch gaben die anamnestischen Momente keine Anhaltspunkte für die Annahme, daß eine solche Erkrankung dagewesen wäre.

Die Gegenwart des rudimentären Uterus und ebensolcher Ovarien machte es mir gewiß, daß die Angaben der Frau bezüglich ihrer Menstruation als unglaubwürdig zurückzuweisen seien und sie als seit jeher amenorrhoisch anzusehen sei.

Neben der rudimentären Entwicklung der sexualen Organe fand sich demnach gleichzeitig eine solche der Urethra. Wie es sich mit der Größe, respective dem Fassungsraume der Blase verhielt, ließ sich leider in der Sprechstunde nicht feststellen.

In der Literatur findet sich über angeborene Verengerungen der Urethra nur Weniges verzeichnet. Gilliam erwähnt (im „New York Med. Rec.", 1890, XXXVIII, pag. 104) einen Fall, in dem eine angeborene Strictur des oberen Durchschnittes der Urethra dagewesen sein soll. Da mir aber die Originalmittheilung unerreichbar ist, so kann ich mich über diesen Fall nicht äußern. Fissiaux's Arbeit (in den „Annales de Gyn.", März 1879) ist mir nur aus einem Referate (im „Centralbl. f. Gyn.", 1879, III, pag. 244) bekannt, aus dem ich blos soviel entnehmen kann, daß er auch angeborene Stricturen annimmt. Zwei Fälle will Horrocks gesehen haben (die er im XIX. Bande der Transactions of the Obstetrical Society of London, 1888, pag. 50, mittheilt). Der erste betraf ein 19jähriges Mädchen, das von seiner Geburt her an erschwertem Harnlassen und namentlich an Incontinenz litt. Augenscheinlich handelte es sich, wie Horrocks sagt, um einen angeborenen

Defect und ließ sich überhaupt kein Katheter einführen. Der zweite Fall betraf eine 22jährige Frau, die, trotzdem ihr erster Gatte ein etwas lockeres Leben geführt, nie eine Gonorrhoe durchgemacht hatte. Die Urethra war so enge, daß sich nur ein Katheter Nr. 5 einführen ließ. WINCKEL, der einzige deutsche Gynäkologe der Jetztzeit, der auch die Blase, sowie die Urethra und die Blase des Weibes in das Gebiet seines Studiums einbezieht, erwähnt in seinen beiden einschlägigen Publicationen (Deutsche Chirurgie von BILLROTH und LUECKE. 2. Aufl., 62. Lief., Stuttgart 1885, „Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase", pag. 40, und „Lehrbuch der Frauenkrankheiten", 2. Aufl., Leipzig 1890, pag. 214), die dieses Thema berühren, nichts über angeborene Stricturen der Urethra, so daß man annehmen muß, er habe keinen solchen Fall gesehen.

Der erste von HORROCKS mitgetheilte Fall ist so mangelhaft beschrieben, daß er ziemlich unklar bleibt. Es macht den Eindruck, als ob es sich hier um einen Defect des Beckens und nicht um eine Strictur gehandelt habe. Auch bezüglich des zweiten Falles ist die Mittheilung eine incomplete. Wir erfahren beispielsweise nichts über den Genitalbefund der Frau, nichts darüber, ob sie geboren oder nicht u. dgl. m.

Selbstverständlich darf in dem von mir beobachteten Falle die angeborene Strictur bei Gegenwart eines rudimentären Icterus nicht in der Weise aufgefaßt werden, als ob die rudimentäre Entwicklung des Uterus das Stehenbleiben der Urethra auf einer früheren Entwicklungsstufe bedingt hätte, denn die Urethra bildet sich aus dem Blasenhalse, einer äußeren Einstülpung der Haut und aus einer inneren Ausstülpung aus dem hinteren Ende des Darmcanales, demnach aus Partien, die mit der Bildung der Vagina und des Uterus absolut nichts zu thun haben. Der Fall erweist nur soviel, daß in vereinzelten Fällen einer rudimentären Entwicklung des Genitalsystemes auch eine solche der Urethra parallel laufen kann. Wodurch dies bedingt wird, ist uns bisher unbekannt. So viel ist aber sicher, daß der von mir beobachtete Fall nach dieser Richtung hin der erste bisher beobachtete, respective bekannt gemachte ist.

Der **zweite Fall** betrifft eine Strictur, zu Stande gekommen durch eine Verletzung durch den Geburtsact. Derselbe war folgender:

Eine 19jährige, seit 14 Monaten verheiratete Frau gebar vor 7 Wochen ungemein schwer. Die Geburt, die schließlich doch spontan zu Ende ging, währte 3 Tage, förderte aber die ausgetragene Frucht todt zur Welt. Die Placenta wurde manuell entfernt. Der Geburt schloß sich eine Unterleibsentzündung, ohne Zweifel ein Puerperalproceß, an, der die Frau 4 Wochen an das Bett fesselte. Einige Tage nach der Geburt stellte sich angeblich ein unwillkürlicher Harnabgang per vaginam ein, der 14 Tage anhielt. Nach und nach verlor er sich von selbst, doch folgte ihm allmälig ein erschwertes Harnlassen, das immer mehr an Intensität zunahm. Wegen letzteren Leidens suchte mich die Kranke auf.

Die schlecht genährte Frau zeigte einen mangelhaft involvirten Uterus, aber kein enges Becken. Exsudate oder Reste eines solchen im Becken waren nicht da.

Im oberen Drittel der Vagina stieß der untersuchende Finger auf eine umschriebene, stark empfindliche Verdickung und Anschwellung des Harnröhrenwulstes, die an ihrer Kuppe eine quer verlaufende, tief einschneidende Furche trug, deren Basis aus Narbengewebe bestand. Als ein HEGAR'scher Dilatator Nr. 5 unter gleichzeitiger Controle des in der Vagina liegenden Fingers in die Urethra eingeführt wurde, stieß er an der der Anschwellung entsprechenden Stelle auf ein Hinderniß, welches nur mit Mühe überwunden wurde, worauf das Instrument leicht in die Blase gelangte. Eine genaue Untersuchung dieser Stelle von der Vagina aus, unter gleichzeitigem Liegen des Instrumentes in der Urethra, ergab, daß eine Communication zwischen Urethra und Vagina nicht bestand, daß aber an der erwähnten Stelle eine Narbe in der vorderen Vaginalwand da war, durch die die Urethra umschrieben verengt wurde.

Ich empfahl der Kranken eine systematische Dilatation der Strictur. Sie ging zwar auf diesen Vorschlag ein, ließ sich aber weiterhin nicht mehr sehen.

Ohne Zweifel kam es in Folge der schweren, lange andauernden Geburt zu einer Drucknekrose an einer umschriebenen Stelle im oberen Drittel des Septum urethro-vaginale und consecutiv zu einer Urethro-vaginal-Fistel. Die Angaben der Kranken, daß eine Incontinentia urinae dagewesen sei, können, da keine Blasenscheidenfistel und auch keine Zeichen einer spontan geheilten solchen da waren, vielleicht nur in der Weise zu deuten sein, daß etwa post partum eine vorübergehende Parese des Sphinkters da war, oder verwechselte die Kranke das Gefühl des Abganges des Harns per vaginam mit dem einer Incontinenz. Im weiteren Verlaufe schloß sich die Urethro-vaginal-Fistel und kam es consecutiv durch Setzung von Narbengewebe, wodurch die Urethra verengt wurde, zur erwähnten Strictur.

Da sich die Kranke, als ich sie zu Gesicht bekam, erst relativ kurze Zeit nach der Geburt befand, so ist mit Sicherheit anzunehmen, daß das Narbengewebe weiterhin schrumpfen und die Verengung der Urethra zunehmen werde.

Verengerungen der Urethra als Folgen vorausgegangener Geburtsverletzung derselben sind, wenn auch nicht gar so rar wie angeborene, immerhin sehr selten. Die Literatur zählt nur 6 solcher, zu denen der eben mitgetheilte als siebenter hinzukommt. Publicirt wurden diese der chronologischen Reihe nach von SCANZONI (KIWISCH's Klinische Vorträge, fortgesetzt von SCANZONI, 1855, III, pag. 278), GUYET (Gaz. Méd. de Lyon, 1868, Nr. 46), CURLING (ADAMS' Cyclop. of Anat. and Phys., IV, pag. 1267), LEDETSCH („Wiener Medizinische Presse", 1873, Nr. 34), THOMPSON („Strictures of the Urethra", 4. Aufl., 1885, pag. 229) und von **mir** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1894, XXVIII, pag. 129).

Der **dritte Fall**, den ich ebenfalls erst vor Kurzem beobachtete, bietet am wenigsten Interesse dar, wenn er auch immerhin zu den seltener zu beobachtenden zählt. Hier war die Strictur auf eine vorausgegangene gonorrhoische Urethritis zurückzuführen.

Der Fall betraf eine 18jährige Frau, die $1^1/_2$ Jahr verheiratet war und vor 9 Monaten ihr erstes Kind geboren hatte. Sie hatte an einer virulenten Blennorrhoe und Urethritis gelitten und litt noch an einer chronischen Cystitis. Die Urethralmündung klaffte. Knapp unter derselben sassen 3 kleine polypöse Wucherungen auf. Dicht hinter dieser war die Urethra ringförmig verengt. Die anuläre Strictur wurde von einem HEGAR'schen Dilatator Nr. 5 nur schwer überwunden. Der genommene Harn war stark getrübt. Auch diese Kranke sah ich nur einmal.

Aus der I. medicinischen Klinik zu Warschau.

Das Wesen und die Behandlung der Chlorose.

Von Dr. **Stanislaus Klein**, I. Assistenzarzt der Klinik.

I.

Die Chlorose nimmt in der allgemeinen Pathologie eine ganz eigenthümliche, geradezu isolirte Stellung ein. Sie ist ein Leiden, über das wir sehr viel wissen, unsere Kenntnisse aber stehen mit einander in so starkem Widerspruch, daß wir eigentlich blutwenig wissen. Wir wissen beispielsweise, daß die Chlorose am häufigsten bei jungen Mädchen in der Pubertätsperiode vorkommt und sehr oft in engem Zusammenhange mit der ersten Menstruation steht; gleichzeitig wissen wir aber auch, daß auch junge Mädchen, die mehrere Jahre normal menstruirt haben, ja sogar ältere Frauen von dieser Krankheit nicht verschont bleiben. Weiters wissen wir ganz genau, daß Eisen in der Mehrzahl die Chlorosen heilt; andererseits wissen wir aber, daß Chlorose auch unter dem Einfluß anderweitiger chemischer Präparate, respective einer hygienisch-diätetischen Cur weichen kann. Der therapeutische Werth des anorganischen Eisens scheint seit Jahren eine der ge-

sichertsten Thatsachen in der Chlorosefrage zu sein; und doch häufen sich in der letzten Zeit sehr autoritative Stimmen, die den seit Jahrhunderten des besten Rufes sich erfreuenden anorganischen Eisenpräparaten jeglichen Heilwerth abzusprechen suchen, für die organischen, leicht resorbirbaren Präparate dagegen vollauf plaidiren. Als unumstößliches Axiom bei der Chlorose galt endlich die Verarmung des Blutes an Eisen, freilich auch dieses wird durch neue Untersuchungen, welche in den Blutkörperchen der Bleichsüchtigen mehr Eisen, als es der Norm entsprechen dürfte, ergaben, ein wenig erschüttert. Und wie sollen wir uns zurecht finden in diesem Chaos sich schroff gegenüberstehender Thatsachen, deren einige wir eben als Beispiele angeführt haben; wie soll die durch Jahrhunderte traditionell geheiligte Empirie unerschüttert neben dem jungen Experimentalismus stehen bleiben, der mit den schwerwiegenden Waffen der präcisen chemischen und mikroskopischen Methoden ausgerüstet in's Feld tritt; was soll bei der Chlorose als primäre, was als secundäre Erscheinung aufgefaßt werden? Das sind Fragen, über die wir heutzutage keine definitive Antwort zu geben vermögen. Trotz der sorgfältigsten Studien auf diesem Gebiete begnügen wir uns mit Hypothesen, die sich auf dem fruchtbaren Boden der zweifelhaften und widerspruchsvollen Thatsachen selbstverständlich üppig zu entwickeln nicht versäumten.

Bevor wir an die systematische Gruppirung der Thatsachen und Theorien herantreten, wollen wir die fundamentale Frage beantworten: wie ist klinisch das als Chlorose bekannte Leiden zu deuten, und welche Erscheinungen und Bedingungen bilden den genannten Symptomencomplex?

Die Definition der Bleichsucht lautet bei den verschiedenen Autoren verschieden.

Hoffmann, dessen Lehrbuch der Constitutionskrankheiten von reicher klinischer Erfahrung und speculativem Scharfsinn des Verfassers ein deutliches Zeugniß abgibt, formulirt daselbst die Chlorose folgendermaßen: sie ist eine Anämie unbekannter Ursache des weiblichen Geschlechtes, welche zur Zeit der Pubertätsentwicklung scheinbar spontan entsteht und in ihren niederen Graden von anderen Anämien nur eben durch diese Aetiologie sich unterscheidet, in höheren durch die Entwicklung einer eigenthümlich gelblich-grünlichen Hautfärbung ausgezeichnet ist; dabei fehlt jede Neigung zur Entwicklung cachektischer Zustände.

Luzet, ein mit der Anämiefrage gründlich vertrauter Schüler Hayem's, gibt folgende Definition der Chlorose: sie ist eine genuine Blutarmuth des Pubertätsalters, die auf dem Boden hereditärer, theils latenter, theils in organischer Entwickelungshemmung sich kundgebender Ernährungsstörungen zu entstehen pflegt, eine Blutarmuth, die durch die meisten Bedingungen, welche das Gleichgewicht zwischen normaler Blutbildung und gesteigertem Blutverbrauch stören, verursacht werden kann. Als unmittelbare Folge des gestörten Gleichgewichtes betrachtet Luzet Mangel an Hämoglobin und eng damit zusammenhängende Hypoplasie und schwache Resistenzfähigkeit der neugebildeten Blutkörperchen.

Die Luzet'sche Definition weicht im Großen und Ganzen ziemlich wenig von der Hayem'schen ab und schließen sich derselben die meisten französischen Kliniker an. Mit manchen Einschränkungen sprechen sich in demselben Sinne aus in Frankreich Gilbert, in Deutschland Leube.

Immermann, Verfasser einer sehr inhaltsreichen Monographie über Chlorose, bezeichnet letztere als eine eigenthümliche Blutveränderung, die im Pubertätsalter auftritt, durch Abnahme der Hämoglobinmenge sich kennzeichnet, häufig mit Aplasie des Gefäßapparates sich combinirt und unter dem Einflusse von Eisen zum Schwinden gebracht werden kann.

Krehl spricht die Vermuthung aus, es handle sich bei der Chlorose um eine durch mangelhafte Assimilation des Eisens verursachte Hämoglobinarmuth der Blutkörperchen. Eine präcisere Definition der Bleichsucht vermissen wir bei Krehl.

Graeber betrachtet die Chlorose als eine Blutkrankheit, die sich in gesteigerter Alkalicität des Blutes kundgibt: die Veränderungen der Form, Größe und Färbung der Blutkörperchen wären somit secundäre Folgen des gestörten Chemismus des Plasmas. Die Diagnose wird nach Graeber gesichert: 1. durch die verminderte Hämoglobinmenge bei normaler Blutkörperchenzahl und 2. durch das Fehlen der Leukocytose.

Rosenbach, dessen Ansichten etwas an übertriebener Originalität leiden, will die Chlorose als eine Ernährungsstörung des gesammten Organismus auffassen, die durch eine permanente Disproportion zwischen Einnahme und Leistung des Organismus hervorgerufen wird. Die Ursachen dieses Mißverhältnisses liegen theils in einer angeborenen anämischen Constitution oder einer hereditären Schwäche oder in unzweckmäßiger Lebensweise. Die Chlorose äußert sich vorwiegend in einer functionellen Schwäche des ganzen Körpers oder verschiedener Organe.

Strümpell trennt die Chlorose von der Gruppe der sogenannten einfachen constitutionellen Anämie, indem er die erstere als eine im Pubertätsalter bei Mädchen in der Regel ohne sichtbare Ursache entstehende Blutarmuth auffaßt, die letztere dagegen von mehreren Momenten (gewöhnlich hereditärer Natur) abhängig macht, die unmittelbar auf das Blut und die blutbildenden Organe schädigend wirken sollen. Gelegentlich entwickelt sich die Chlorose auf dem Boden der einfachen essentiellen Anämie.

Eichhorst endlich betrachtet die Bleichsucht als ein primäres Leiden, das sich in Verarmung des Blutes an Hämoglobin und in bedeutend geringerem Maße an Blutkörperchen äußert. Der Ausgangspunkt des Leidens ist mit großer Wahrscheinlichkeit im Gefäßapparate zu suchen. Dieser Definition begegnen wir mit wenigen Variationen bei den meisten deutschen Klinikern.

Betrachtet man nach einander die einzelnen Symptome, die den genannten Autoren als Grundlage zur Definition der Chlorose dienten, so kommt man ohne Weiteres zur Ueberzeugung, daß ein bestimmter Theil derselben mehreren anderen Krankheiten eigenthümlich ist, daß ein weiterer Theil nicht constant bei der Chlorose anzutreffen ist, und daß schließlich mehreren Symptomen der Charakter einer positiven Thatsache fehlt. Sehen wir vorläufig von der constant bei der Chlorose — wie bei manchen anderen chronischen Leiden — auftretenden Anämie mit der oben erwähnten ungleichmäßigen Abnahme des Hämoglobins und der Blutkörperchen ganz ab, so wirft sich zunächst die Frage über die Selbstständigkeit, Genuität des Leidens auf. Bekanntlich wollen die meisten Autoren in der Chlorose eine genuin entstehende Anämie sehen.

Diese klinische Eigenthümlichkeit ist jedoch in der Wirklichkeit eine negative und vorläufige, so lange wir über die Aetiologie des Leidens noch ganz im Dunkeln sind. Mit dieser Krankheit kann sich die Sache ebenso verhalten, wie es noch unlängst mit der sogenannten perniciösen Anämie war — einem Leiden, das mit den schweren Chlorosen ziemlich viele Berührungspunkte besitzt. Anfänglich glaubte man, in der perniciösen Anämie ein einheitliches und ganz selbstständiges Leiden sehen zu dürfen, mit der Zeit kam man jedoch zur Ueberzeugung, es gebe nicht eine einzige, sondern mehrere deutliche Ursachen, die eine perniciöse Anämie hervorzurufen im Stande sind. Es blieb nur eine ganz geringe Gruppe von Fällen mit unbekannter Aetiologie übrig, es ist jedoch ziemlich wahrscheinlich, daß auch bei diesen das ätiologische Moment nicht lange auf seine Entpuppung wird harren lassen. Es ist selbstverständlich nicht statthaft, zur Zeit behaupten zu wollen, die Chlorose besitze eine multiple Aetiologie, wenngleich es von manchen Autoren ganz kategorisch ausgesprochen wird; vielmehr ist das Entgegengesetzte richtig, namentlich, daß die Chlorose immer und überall an

dasselbe ätiologische Moment gebunden ist und in dieser Hinsicht kann wohl die Geschichte der Chlorose mit derjenigen der Tuberculose manche interessante Analogie aufweisen: bei der letzteren herrschte ein unglaubliches Chaos in der Definition und Aetiologie, bis man den thatsächlichen Krankheitserreger entdeckte und der großen Menge der früheren ätiologischen Momente und klinischen Symptome die bescheidene Rolle einfacher Gelegenheitsursachen oder unbedeutender Secundärerscheinungen zu überlassen vermochte. Es liegt somit auf der Hand, daß man das Fehlen einer deutlichen Aetiologie nicht als eine charakteristische Eigenthümlichkeit der Bleichsucht auffassen darf; solch einer Erscheinung den Werth einer klinischen Thatsache zuzuerkennen, ist nur ein wahres Zeugniß unseres „non possumus“, das wir leider in dieser verkappten Form so häufig in der Pathologie der dunklen Fälle mißbrauchen.

Eine weitere Eigenthümlichkeit der Chlorose, die wir in keiner der unzähligen Definitionen vermissen, stellt das Geschlecht und das Alter der Kranken dar. Man muß in der That zugeben, daß das Geschlecht des Kranken ein ganz constantes Merkmal der Chlorose ist, wenngleich auch hier von seltenen Ausnahmen ab und zu erwähnt wird; das Alter der Chlorotischen ist dagegen in bedeutend geringerem Maße als pathognostisch zu betrachten, da in dieser Hinsicht, wie wir unten zeigen wollen, Ausnahmen nicht allzu selten sind.

Was das Fehlen der Cachexie und Abmagerung und sogar, umgekehrt, das Vorhandensein eines guten Fettpolsters der chlorotischen Patientinnen anbetrifft, so ist das ein Merkmal, das nicht allein der Bleichsucht eigenthümlich zu sein pflegt; wir finden dasselbe, ganz abgesehen von der perniciösen Anämie, für das es unberechtigter Weise als sehr charakteristisch gilt, in vielen Fällen von schwerer secundärer Anämie nach wiederholten Blutungen, sehr oft in den frühen Stadien der Tuberculose, wo die Anämie zeitlich der Cachexie vorausgeht. Es ist übrigens eine allbekannte Thatsache, daß anämische Personen zur Fettsucht geradezu prädisponirt sind. Berücksichtigt man noch schließlich die Thatsache, daß unzweifelhafte Fälle von Chlorose mit schwerer Inanition verlaufen können, so ist es klar, daß dem genannten Symptome der Werth eines primären und pathognostischen nicht zukommen darf.

Die von Hoffmann hervorgehobene eigenthümliche Hautverfärbung der Bleichsüchtigen tritt sehr deutlich nur in den schweren Fällen hervor; für dieselben ist die Hautverfärbung thatsächlich so charakteristisch, daß ein Blick genügt, um die Diagnose richtig zu stellen. Hoffmann will diese Erscheinung von chemischen Veränderungen des Blutpigmentes abhängig machen, und es wäre in der That ein nennenswerther und praktisch wichtiger Fortschritt, könnte man im Blute oder in der Haut der Chlorotischen einen anderen Farbstoff als das Hämoglobin, respective ein Derivat desselben nachweisen. Das genannte, scheinbar nur an der Haut zu Stande kommende Symptom kann verschiedenen Ursprunges sein. Wir werden später sehen, daß die chlorotischen Frauen sehr empfindlich auf Kälte sind und mit gesteigertem Zerfall der Blutkörperchen bei niedrigen Temperaturen reagiren; möglicherweise findet eben der Zerfall in den der Kälte unmittelbar ausgesetzten Hautgefäßen statt und läßt daselbst Spuren in Gestalt einer gelbgrünlichen Hautverfärbung nach. Es ist übrigens auch möglich, daß solch ein Zerfall constant bei den schweren Chlorosen eintritt und die deutliche Verminderung der Blutkörperchenzahl nur als Ausdruck desselben gilt.

Neben den oben genannten Merkmalen erwähnen manche Autoren als charakteristisch das ätiologische Moment. Es soll sich meistentheils um hereditäre Veranlagung handeln, die sich in mangelhafter Entwicklung des Gefäßapparates und der Geschlechtsorgane kundgibt. Diese Eigenthümlichkeit der Chlorose ist jedoch ziemlich inconstant, tritt nicht selten bei verschiedenen anderen Krankheiten in den Vordergrund und liefert bekanntlich ein ganz differentes klinisches Krankheitsbild (Fraentzel).

Die Rosenbach'sche Definition verwechselt, indem sie die Schwäche des gesammten Organismus als das primum movens betrachtet, die Ursache mit der Folge; übrigens kann diese Formulirung mit ebenso gutem Rechte für viele andere Krankheiten gelten.

Die Heilbarkeit der Chlorose unter der Eisenbehandlung könnte in gewissem Sinne als charakteristisches Merkmal gelten, wenn wir entscheiden könnten, wie dieses Metall bei der Bleichsucht wirkt. Unsere Kenntnisse sind jedoch bezüglich dieses Punktes ziemlich spärlich und die Thatsache kann leider als Regel nicht gelten.

Bezüglich der von Graeber betonten und auf den ersten Plan gestellten Alkalinitätszunahme des Blutes ist zu erwähnen der von manchen glaubwürdigen Autoren constatirte ganz entgegengesetzte Blutbefund (Jaksch, de Renzi).

Aus der flüchtigen Uebersicht der einzelnen Ansichten überzeugen wir uns sofort, daß die landläufigsten Definitionen der Chlorose ziemlich wenig constante und charakteristische Merkmale enthalten, die zur klinischen Kennzeichnung der Krankheit sich eignen könnten. Ein Symptom, die Anämie, ist im Allgemeinen ziemlich constant, an und für sich jedoch nicht ausreichend; relativ constant ist die Hautverfärbung und das Geschlecht. Die übrigen Merkmale vervollständigen zwar die Definition, stellen jedoch nichts für die Chlorose Specifisches dar, weshalb die Bezeichnung der Bleichsucht undeutlich, wenig präcis und von dieser oder jener Hypothese abhängig bleiben muß, der der Verfasser huldigt.

Die Schwierigkeit der richtigen und vollgiltigen Definition der Chlorose, dieser unglaublich häufigen und dennoch räthselhaften Krankheit, liegt somit, wie wir sehen, einzig und allein in dem spärlichen factischen und specifischen Substrate, sowohl ätiologischer als symptomatologischer Natur. Man müßte, um nur eine annähernd richtige Vorstellung über das Wesen des Leidens zu gewinnen, die Entstehungsbedingungen und Symptomatologie desselben einer detaillirten Analyse unterwerfen und kritisch erwägen, welchen Symptomen und Bedingungen der Werth eines primären und welchen der eines secundären Momentes zukommt; es dürften auch unter keiner Bedingung die selteneren Erscheinungen und Complicationen der Chlorose übersehen werden. Nur auf diesem Wege könnten unsere Bemühungen von einem unzweifelhaften Erfolge gekrönt werden. Es ist jedoch nicht außer Acht zu lassen, daß die vorderhand angesammelten Facten zur endgiltigen Entscheidung der Frage durchaus nicht genügen, obwohl mehrere in den letzten Jahren gewonnene Thatsachen und die neue, zur Zeit in der Pathologie herrschende Strömung dem gewünschten Ziele uns immer näher und näher rücken.

Ueber die

Ziele und Wege der Verdauungspathologie.

Von **Dr. J. Boas** in Berlin. *)

Zwei Richtungen stehen sich in der modernen Heilkunde gegenüber: die eine, bestrebt, die Unität in der Wissenschaft zu erhalten und jede Spaltung und Zerklüftung zu verhüten, die andere, getragen von dem Gedanken, den Rohbau des medicinischen Gebäudes durch Detailarbeit zu verfeinern und

*) In diesem Uebersichtsartikel, mit welchem Boas das von ihm herausgegebene „Archiv für Verdauungskrankheiten“ eröffnet, findet sich eine ausgezeichnete Darstellung des derzeitigen wissenschaftlichen Standpunktes der Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Verdauungsorgane. Wir glaubten, unseren Lesern diese objectiv und kritisch gehaltene Arbeit des hervorragenden deutschen Forschers nicht vorenthalten zu sollen. D. Red.

auszugestalten. In der Theorie kann es keinem Zweifel unterliegen, welcher dieser beiden Richtungen der Preis zukommt, die Praxis hat anders entschieden. Ein Haydn und Mozart konnten noch auf sechs Instrumenten Virtuosen sein, ein Langenbeck und Frerichs konnten sich der Meisterschaft in zwei oder drei heterogenen Fächern der Medicin rühmen! Wer kann es heute noch? Immer mehr wird das „Divide et impera" zum Losungswort für die Männer der Wissenschaft. Die Befürchtung, daß mit dem Wachsen der Glieder das Haupt leiden würde, stand bei ängstlichen Gemüthern von jeher im Vordergrunde. Hat die moderne Entwicklung der Medicin mit allen ihren weitverzweigten Specialfächern diese Befürchtung gerechtfertigt? Wir können diese Frage rundweg verneinen. Die klinischen Hörsäle mit allen ihren Mängeln — und selbst die Größten unter den Forschern verschließen sich ihnen nicht — sind noch immer die Centralstätten geblieben, von denen alle Disciplinen auslaufen, zu denen sie aber auch wieder zurückkehren. Wer in seinem Specialfach den Blick für die Gesammtwissenschaft verliert, der hat ihn nie besessen und wird als Specialist ein Routinier bleiben, wie er es als allgemeiner Arzt geblieben wäre. Nicht das Specialfach macht den ärztlichen Jünger einseitig, sondern der individuelle Mangel an umfassender naturwissenschaftlicher Beobachtungsfähigkeit! Wer vermag zu leugnen, daß gerade die moderne Zeit in der Schärfung des Blickes für das Ganze, in der Erkennung, daß nicht die Krankheit, sondern der Kranke Gegenstand ärztlicher Fürsorge sein müsse, mehr geleistet hat, als unsere theils in verächtlichem Nihilismus, theils in pharmakologischer Vielgeschäftigkeit befangenen Vorfahren?

In diesem Sinne aufgefaßt, wird die Trennung einzelner Disciplinen dem Grundstock der Wissenschaft nicht schaden, wohl aber wird die Einzelforschung, im kleinsten Punkt die größte Kraft sammelnd, concentrirter an Ergebnissen, welche wiederum der Gesammtwissenschaft zu Gute kommen. Wohl am glänzendsten hat sich das bei der Bacteriologie bewährt, deren erste reife Früchte die Praxis soeben zu pflücken sich anschickt.

Wenn man Kleines mit Großem vergleichen darf, so hat auch die Pathologie der Verdauungskrankheiten in den letzten zwei Decennien einen Aufschwung erlebt, wie ihn mit Ausnahme der Nervenkrankheiten kein Gebiet der inneren Medicin zu verzeichnen hat. Der Fortschritt mag demjenigen, der als Maßstab ausschließlich den praktischen Nutzeffect betrachtet und in der Wissenschaft nur für baare Münze schwärmt, herzlich unbedeutend vorkommen. Derjenige aber, welcher die Klinik der Verdauungspathologie, wie sie einst Brinton, Henoch, Bamberger gelehrt und geschrieben haben, mit der heutigen vergleicht, wird den Abstand nicht verkennen wollen.

Wenn wir einen Augenblick bei der Magenpathologie verweilen, so war damals außer dem Ulcus ventriculi, den vorgeschrittenen Formen der Ectasie, dem Magenkrebs und der chronischen Gastritis nahezu Alles in tiefes Dunkel gehüllt. Der Sammelname Dyspepsie, diese gelehrt klingende Verdeckung unserer Ignoranz, wurde für jede nosologisch weder zu der einen, noch der anderen Kategorie gehörige Gruppe gemißbraucht. Das lag umso näher, je weniger die Krankheitsbilder der Praxis mit denen übereinstimmten, wie sie die Klinik und die die letztere copirende Literatur boten. Der Unsicherheit in der Diagnose folgte die der Therapie auf dem Fuße. Man war auf's Probiren angewiesen und rieth allen Ernstes, so lange mit Medicamenten und Curen zu wechseln, bis man das Richtige getroffen hätte. Hatte der Arzt wirklich einmal die Freude, einen Kranken von diesen Gebrechen zu heilen, so konnte seine Brust nicht einmal das Gefühl des Selbstbewußtseins über seine That schwellen, da er den Erfolg mehr dem Glück, als seiner Geschicklichkeit zu verdanken hatte. — Die Diät lag ganz im Argen, der Begriff der Verdaulichkeit schwankte in weiten Grenzen. Was der Kanadier St. Martin seligen Angedenkens schwer verdaute, galt als Maßstab für die Ernährung Magenkranker. In dieser Zeit konnte ein Empiriker wie Wiel mit seinem „Tisch für Magenkranke" einen außerordentlichen Erfolg erzielen, der freilich zum Theil der originellen Darstellung dieses auch heute noch lesenswerthen Buches zu danken ist.

Der Wendepunkt trat ein mit der systematischen Anwendung der Magenpumpe bei Magenerweiterung durch Kussmaul und der Magensonde durch Leube. Kussmaul's und seines Schülers v. d. Velden's Verdienst ist es bekanntlich auch, zuerst die dann später so leidenschaftlich erörterte Anomalie des Salzsäuremangels beim Magencarcinom entdeckt zu haben.

Damit waren die ersten Schritte zur Ausbildung einer functionellen Diagnostik der Magenkrankheiten gethan. Ihre methodische Anwendung erfolgte allerdings erst seit der praktischen Verwendung des weichen Magenschlauches durch Oser und Ewald, sowie der Entdeckung der Expressionsmethode durch Ewald und Boas. Seit dieser Zeit datirt der Aufschwung in der Verfolgung einer großen Reihe einschlägiger Fragen. Freilich nahm die Forschung die der Erkenntniß am leichtesten zugängliche Richtung an, die der chemischen Mageninhaltsuntersuchung. Einseitige Beobachter glaubten hiemit das Dunkel aller Magenaffectionen mit einem Schlage lichten zu können. Diese ausschweifende, allen Gesetzen der klinischen Forschung hohnsprechende Auffassung stieß naturgemäß auf Widerspruch, ja einzelne Aerzte gingen so weit, der Prüfung des Chemismus überhaupt eine wissenschaftliche Berechtigung absprechen zu müssen. Das war der natürliche Rückschlag gegenüber den Uebertreibungen eilfertiger Phantasten.

In dem gegenwärtigen Augenblicke darf man als allgemein angenommen betrachten, daß die chemische Function, bei aller ihrer Bedeutung für die Digestion, weit hinter der motorischen zurücksteht. Die schweren Magenstörungen etabliren sich mit dem Augenblick, wo die Magenmotion zu erlahmen beginnt, und es ist bezeichnend, daß die schwersten und irreparablen Motilitätsstörungen durch das Magencarcinom hervorgerufen werden.

O. Rosenbach hat das große Verdienst, der motorischen Insufficienz ihren Rang unter den functionellen Störungen des Magen- und Darmcanales angewiesen zu haben.

Unsere bisherigen Methoden der Motilitätsprüfung reichen praktisch leidlich aus, aber sie entbehren der mathematischen Sicherheit, wie wir sie heutzutage überall in der inductiven Wissenschaft mit Recht verlangen müssen. Die Bedeutung der resorptiven Kraft des Magens in Krankheitszuständen ist noch wenig geklärt. v. Mering's überraschende Entdeckung, daß Wasser im Magen so gut wie gar nicht resorbirt wird, dürfte erst in Zukunft, wenn wir über eine geeignete Methode verfügen, praktische Consequenzen tragen.

Neben den Versuchen, die Diagnostik zu fördern, ziehen sich die Bestrebungen einzelner Kliniker, den Zustand der gesundhaften Verdauung intensiver als bisher zu erforschen und hieraus Vergleichspunkte für deren Störungen zu gewinnen. Diese Versuche verdienen vollste Beachtung. Penzoldt hat in dieser Hinsicht mit rühmenswerther Consequenz sämmtliche einschlägigen Fragen an Gesunden zu beantworten unternommen. Fr. Moritz hat dasselbe für die motorische Function des Magens angestrebt. Martius und sein Schüler Meltzing hat die Ergründung der normalen und krankhaften Magengröße an der Hand der von Max Einhorn in die Wissenschaft eingeführten Magendurchleuchtung soeben zum Gegenstand gründlicher Studien gemacht.

Für den allerwichtigsten Fortschritt möchten wir aber den Umstand erachten, daß, Dank der modernen Untersuchungsmethodik, das vordem fast völlig geschwundene Interesse für die Klinik der Magenkrankheiten von Neuem entfacht ist. Zahlreiche Magenaffectionen, die vordem kaum dem Namen nach bekannt waren — ich erinnere nur an die Rumination, Bulimie, Acorie, den periodischen Magensaftfluß — wurden Gegenstand lebhaftester, zum Theil hervorragender klinischer

Bearbeitung, andere, die in den geheiligten Traditionen alter Krankenhausbeobachtung einhergingen, erfuhren eine für die Praxis bedeutungsvolle Abänderung und Auffassung. Ich nenne nur die chronische Gastritis, die Magendilatation, den Magenkrebs; bis zu einem gewissen Grade trifft dies auch für das Magengeschwür und die sogenannte Myasthenie zu. In dem von REICHMANN, RIEGEL und JAWORSKI entdeckten Krankheitsbilde der continuirlichen Magensaftsecretion ist, wie man auch sonst über den Zusammenhang derselben mit anderen Magenaffectionen denken mag, ein praktisch und wissenschaftlich gleich wichtiger Symptomencomplex geschaffen worden. Schematische Krankheitsbilder wurden zu lebensvollen, plastischen Darstellungen umgestaltet.

Neben der Diagnostik hat die Therapie der Magenkrankheiten auf den ersten Blick weniger glanzvolle Ergebnisse aufzuweisen. Allein das gilt doch nur für diejenigen, welche ihr Heil bei Magenkrankheiten ausschließlich in Arzneimitteln suchen. Allgemach sollte es aber klar werden, daß wir über wesentlich heilende Agentien in der Verdauungspathologie, von wenigen Mitteln abgesehen, überhaupt nicht verfügen und voraussichtlich auch in Zukunft nicht verfügen werden. Schonung und Uebung (ALB. HOFFMANN), oder noch richtiger Kräftigung des Organs, sind die wesentlichen Heilfactoren. Daß daneben einzelne Mittel. Opiate. Nervina, Alkalien u. A. gelegentlich oder selbst regelmäßig zur Anwendung gezogen werden müssen, soll nicht geleugnet werden. Aber in der Verquickung, namentlich differenter Heilmittel und diätetischer Anordnungen liegt immer die Gefahr der Selbsttäuschung des Arztes vor, insofern er nicht im Stande ist, die thatsächliche Wirksamkeit des einen oder anderen Heilmittels auf seinen wirklichen Werth zurückzuführen. Darin, daß wir uns im Ganzen in der Verdauungspathologie von den „höllischen Latwergen“ frei zu machen beginnen, liegt unseres Erachtens nach der größte Fortschritt der Therapie auf diesem Gebiete. Jedenfalls sollte der Blick des Arztes in erster Linie auf die Ordination einer bestimmten Lebensweise im weitesten Sinne gerichtet sein; ein Medicament sollte erst zur Anwendung kommen, nachdem man die Wirkung der ersteren zu beurtheilen gelernt hat. Je complicirter sich die Lebensbedingungen des Menschen, das Verhältniß zwischen Ruhe und Arbeit, zwischen geistiger und mechanischer Thätigkeit gestalten, umso nothwendiger ist es für den Arzt, überdies allen diesen scheinbar unwichtigen und bedeutungslosen Factoren nachzuspüren und in dem therapeutischen Calcul in Anschlag zu bringen. Das ist zielbewußte, individualisirende Therapie.

Glanzvoll hat sich in den letzten 15 Jahren die Abdominalchirurgie und speciell wieder die Magenchirurgie entwickelt. Die wachsende, man kann dreist sagen, staunenswerthe Technik hat die interne Medicin, die diesen Bestrebungen jahrelang theilnahmlos zusah, aus ihrer Lethargie aufgerüttelt. Sie beginnt langsam zu diesen Fragen Stellung zu nehmen und die Indication und den Werth des chirurgischen Eingriffes für die Erhaltung oder Verlängerung des Lebens abzuwägen.

Gegenüber der Entwicklung der Magenpathologie ist der Fortschritt auf dem Gebiete der Darmkrankheiten ein schleppender gewesen. Freilich ist die Lehre vom Ileus. von der Typhlitis und Appendicitis, den Darmschmarotzern in dem letzten Jahrzehnt sorgsam gepflegt und erweitert worden, und auch hier hat der chirurgische Fortschritt nicht wenig dazu beigetragen, die Internisten in ständiger Fühlung mit diesen Gebieten zu halten. Leider sind es aber auch hier wiederum die weniger gefährlichen, praktisch uns aber am meisten beschäftigenden chronischen Schleimhauterkrankungen des Darmes, die in ihren Ursachen, ihrem Wesen, ihrer Abgrenzung und darum auch ihrer Therapie eines der schlecht gekanntesten Capitel der inneren Medicin darstellen. Die mikroskopischen und mikrochemischen Untersuchungen der Dejecte, wie sie uns durch die classische Bearbeitung NOTHNAGEL's übergeben sind, haben, wie eine zunehmende Erfahrung zeigte, nicht das gehalten, was man von ihnen erwartete. Trotzdem sind sie als diagnostisches Hilfsmittel in zweifelhaften Fällen unentbehrlich, und wenn wir ab und zu noch immer lesen, daß die Beschäftigung mit den Dejecten zu den unangenehmsten Aufgaben der Praxis gehört, so müssen wir daran erinnern, welch eine ungleich erheblichere Belästigung unserer Geruchsorgane in den Sectionssälen an uns herantritt, an die wir uns längst gewöhnt haben. Die pathologische Chemie der Fäces liegt seit den bedeutsamen Arbeiten BRIEGER's — wunderbar genug — noch immer in ihren ersten Anfängen. Auch die Harnuntersuchung läßt kaum eine praktische Verwendung auf diesem Gebiete erhoffen. Der Mangel einer functionellen Diagnostik wird hier so recht fühlbar. Wie beim Magen würden wir durch Kenntniß der Ausfallserscheinungen bei Darmkrankheiten einen bedeutenden Schritt in der Erkenntniß des Ortes und Sitzes einer Darmaffection thun. Die Anfänge hiezu sind bereits durch FR. MÜLLER's ausgezeichnete Forschungen gemacht, aber es fehlt noch an einer praktisch verwerthbaren Methodik. Hier wird die zukünftige Arbeit einzusetzen haben, erst dann lassen sich praktische Gewinne erzielen

Aehnlich steht es mit den Krankheiten der Leber, der Milz, des Pankreas. Doch zeigt gerade die lebhafte Erforschung der normalen und gestörten Leber- und Bauchspeicheldrüsenthätigkeit, daß auch hier der Fortschritt von der Kenntniß der Functionsanomalien erwartet wird.

Ein weites Feld wissenschaftlicher und praktischer Bethätigung öffnet sich uns auf dem Gebiete der Stoffwechselpathologie. Hier hat die Entwicklung des Gebietes in folgerichtiger Weise ihren Ausgang vom Thierversuch genommen, um dann zum Stoffwechsel des normalen Menschen überzugehen. Durch eine Fülle neuer Thatsachen, die uns durch FR. MÜLLER's, KLEMPERER's, HIRSCHFELD's und in den letzten Jahren vor Allem durch v. NOORDEN's Arbeiten vermittelt worden sind, zeigen sich uns für die praktische Verwerthung der Stoffwechselpathologie glänzende Aussichten.

In engstem Zusammenhang mit der Stoffwechselpathologie steht die Diätetik, das jüngste und wenigst entwickelte Kind der modernen Medicin. Freilich hat die Empirie gerade hier Manches, zum Theil Staunenswerthes geschaffen. Ich erinnere nur an die HARVEY-BANTING-Cur, an die Phthisikerernährung in Anstalten, an die Milchcuren bei Nephritis, schließlich an die WEIR MITCHEL'sche Cur. Allein der Gedanke, daß eine richtige Diät für viele Krankheiten ein absolut unerläßliches, für manche ein symptomatisch wichtiges Hilfsmittel darstellt, ist eigentlich erst in den letzten zehn Jahren Vollbesitz der Aerztewelt geworden. Wir verdanken dies in erster Linie dem zielbewußten Vorgehen LEYDEN's, der mit eiserner Consequenz die Bedeutung und den Werth einer planvollen Ernährung wissenschaftlich und praktisch dargethan hat.

Die Bedeutung der Diät für die Heilung von Krankheiten ergibt sich so recht aus der Unsicherheit, in welcher wir uns befinden, sobald deren Ursache uns bisher unbekannte Ernährungsanomalien bilden. Ich erinnere z. B. an die Cholelithiasis, die wir in schwereren Fällen zu beseitigen bisher nicht in der Lage sind. Desgleichen zeigt z. B. auch die Lehre von der sogenannten harnsauren Diathese Gegensätze, die naturgemäß auf das Gebiet der Therapie hinüberspielen.

Heutzutage, wo das Feldgeschrei der specifischen Therapie alle übrigen Bestrebungen weit übertönt, ist es freilich schwer genug, den Sinn für Imponderabilien, wie die Diätetik, den langsamen Wiederaufbau eines im Gleichgewicht gestörten Organismus, rege zu erhalten. Ruhigere Zeiten werden dieser unendlich mühevolleren Seite der Therapie wieder mehr Achtung und Geltung verschaffen.

Mittheilungen aus der Praxis.

Drei Suicid-Fälle durch Erhängen in einer neuropathisch erblich belasteten Familie.

Von **Dr. Marcell Lauterbach** in Annaberg.

Ich veröffentliche hier 3 Selbstmorde durch Erhängen, welche in größeren Zeitabschnitten von 3 Brüdern vollbracht wurden. Der erste Selbstmörder Anton Sp. erhängte sich im 50., sein jüngerer Bruder Johann Sp. im 43. Lebensjahre und der jüngste Josef Sp. machte seinem Leben im 48. Jahre ein Ende. [1])

Die drei Brüder waren erblich schwer belastet. Von den Eltern starb der Vater an den Folgen des chronischen Alkoholismus, und die Mutter, welche an hysterischem Irresein litt, beschloß ihre Tage in einer Irrenanstalt.

Da ich die älteren 2 Brüder selbst nicht beobachtete, kann ich nicht angeben, ob sie somatische und psychische Degenerationszeichen darboten. Ich weiß nur so viel, daß Beide in sehr ähnlicher Weise das Suicidium vollführten. Sie brachten sich Beide in den ersten Morgenstunden in sitzender Stellung durch Erhängen mittelst einer Rebschnur um (Anton Sp. im Jahre 1882, Johann Sp. im Jahre 1893). Niemand ihrer Verwandten und Bekannten wußte einen Grund hiefür anzugeben. Nach großer Mühe gelang es mir, den Sohn des Sp. Anton ausfindig zu machen, von welchem ich erfuhr, daß sein Vater zeitweise sich dem Schnapsgenusse ergab, und daß er am Abend vor seinem Tode etwas Schnaps getrunken hatte. Er erzählte mir auch von seinem Vater, daß er oft an unmotivirten Zornesausbrüchen und Angstanfällen litt.

Auch Johann Sp. soll Alkoholiker gewesen sein und auch am Vorabend seines Todes dem Trunke zugesprochen haben. [2])

Der jüngste der Brüder, Josef Sp., stand bei mir in Behandlung. Er hatte einen Thurmschädel, seine linke Iris war braun und die rechte grau pigmentirt. In seiner Kindheit soll er abnorm lebhaft gewesen sein und Illusionen und Hallucinationen meist angenehmen Inhaltes gehabt haben.

In der Pubertätszeit änderte sich sein ganzes Wesen und er verlor um diese Zeit die Möglichkeit, logisch zu denken, so daß er von jeder geistigen Beschäftigung ablassen mußte. Er wurde später Wegeinräumer und war in seinem Berufe von geradezu krankhaft allzu pedantischer Gewissenhaftigkeit. Gegen Alkohol zeigte er nur geringe Resistenzfähigkeit, huldigte ihm aber gern.

In seinem 38. Lebensjahre begann sich die erbliche Belastung stärker zu manifestiren. Er erkrankte an Melancholie, welche jäh einsetzte und nach 2 Monate langer Dauer plötzlich aufhörte. Er wurde dann noch öfter von melancholischen Anfällen geplagt, welche sich ebenso durch raschen Antrieb und plötzlichen Krankheitsabfall auszeichneten, bis sich das Leiden etwa gegen sein 42. Lebensjahr verlor. Nun trat eine 6jährige Pause ein, in der sich Josef Sp. zwar vollkommen wohl fühlte, aber stets verstimmt war.

Im December vorigen Jahres starb plötzlich seine Frau an einem Herzschlage. Dieser Todesfall machte auf den zwar keineswegs zärtlichen Gatten einen umso tieferen Eindruck, als die Eheleute eine gemeinsame Schlafstelle hatten, und er entdeckte, daß er neben dem leblosen Körper seiner Frau lag. Von nun an begannen wieder qualvolle Stunden für Josef Sp. Er litt stark an persecutorischen Wahn- und Zwangsvorstellungen und, um sich von ihnen zu befreien, heiratete er 4 Wochen nach dem Tode seiner ersten Frau ein junges Mädchen, welchem er nach zweiwöchentlicher Ehe erklärte, die seltsame Todesart seiner Brüder beherrsche sein ganzes Denken. Auch begann er mit Selbstanklagen, daß er am Tode seiner ersten Frau die Schuld trage und das sühnen müsse. Nach weiteren 14 Tagen erhängte er sich in früher Morgenstunde in sitzender Stellung mittelst einer Rebschnur, wie es seine beiden Brüder gehalten. Am Abend vor seinem Ende sprach er dem Schnaps zu.

Ein vom ältesten Bruder Anton Sp. zurückgebliebener Sohn, dessen Degenerationszeichen in asymmetrischer Schädelbildung und Prognathie des Unterkiefers unverkennbar sind, ist auch ausgesprochener Melancholiker. Auch seine Melancholie ist mit Zwangsvorstellungen complicirt und zeichnet sich dadurch aus, daß sie ebenso jäh einsetzt, wie sie plötzlich abfällt, so daß hierin wohl eine „erblich degenerative Modification" (MAGNAN) der Psychose zu erblicken ist.

[1]) Die beiden ersten Fälle habe ich nicht selbst beobachtet; ich entnahm sie amtlichen Protokollen.

[2]) Nach Angaben des Gendarmes, der den Fall seinerzeit aufnahm.

Referate und literarische Anzeigen.

E. SALKOWSKI (Berlin): **Ueber die Pentosurie, eine neue Anomalie des Stoffwechsels.**

F. BLUMENTHAL (Berlin): **Klinische Beobachtungen über Pentosurie.**

Die Stoffwechselanomalie, auf welche S. in der „Berliner klin. Wochenschr." (1895, Nr. 17) die Aufmerksamkeit lenkt, hat derselbe in drei Fällen zu constatiren Gelegenheit gehabt. Im ersten Falle handelte es sich um einen stark reducirenden, eine positive TROMMER'sche Probe gebenden, aber nicht gährungsfähigen Harn, in welchem während längerer Beobachtung eine Pentose — ein Kohlehydrat, beziehungsweise eine Zuckerart — mit 5 Atomen C gefunden wurde, deren Phenylhydrazinderivat leicht in wohl ausgebildeten, citronengelben Nadeln vom Schmelzpunkte 159° zu erhalten war. Von den anderen Osazonen, namentlich des Traubenzuckers, unterscheidet sich dieses Phenylpentosazon dadurch, daß der betreffende Harn die POLLENS'sche Reaction gibt; ein ähnliches Verhalten zeigten zwei später untersuchte Fälle.

Die Untersuchung auf Pentose führt S. in folgender Weise aus: Man nimmt 200—500 Ccm. Harn und für je 100 Ccm. $2^1/_2$ Gramm Phenylhydrazin, welch letzteres vorher in soviel Essigsäure gelöst wurde, daß die Lösung deutlich sauer ist. Die Mischung des Harnes und dieser Lösung wird in einem Becherglase auf dem Drahtnetz bis zum Sieden erhitzt, dann auf circa eine Stunde in ein im Sieden erhaltenes Wasserbad eingesetzt. Nach dieser Zeit wird die Mischung in dem allmälig erkaltenden Wasserbade stehen gelassen und erst am nächsten Tage weiter untersucht. Nach dem Erkalten findet man den ganzen Inhalt des Becherglases in einen dünnen Brei von gelben Nadeln umgewandelt. Der krystallinische Niederschlag wird abfiltrirt, gewaschen, von Wasser befreit, dann aus heißem Wasser oder besser aus heißem Wasser unter Zusatz von etwas Alkohol umkrystallisirt. Beim Erkalten der siedend heißen filtrirten Lösung scheidet sich das Phenylpentosazon in lebhaft gelb gefärbten Nadeln aus. Man bestimmt nun zunächst den Schmelzpunkt, welcher bei 159° liegt. Alle drei untersuchten Harne gaben die für Pentose charakteristische POLLENS'sche Reaction. Um dieselbe auszuführen, löst man etwas Phloroglucin unter Erwärmen in 5—6 Ccm. rauchender Salzsäure, so daß ein kleiner Ueberschuß ungelöst bleibt, theilt die Lösung in zwei annähernd gleiche Theile, läßt erkalten, setzt zur einen Hälfte im Reagensglase circa $^1/_2$ Ccm. des zu prüfenden Harnes, zu der anderen ebensoviel eines normalen Harnes von ungefähr derselben Concentration. Nunmehr stellt man das Reagensglas in ein Becherglas, welches im Sieden erhaltenes Wasser enthält. In wenigen Augenblicken zeigt der pentosehältige Harn einen intensiv rothen, oberen Saum, von dem sich allmälig die Färbung weiter nach unten ausbreitet, während der normale Harn seine Färbung nicht merklich oder nur sehr unbedeutend verändert.

Was die sonstigen Eigenschaften des pentosehaltigen Harnes anlangt, so bietet er nichts Bemerkenswerthes. Doch läßt die Anstellung der gewöhnlichen Zuckerprobe den Verdacht auf Traubenzucker aufkommen. Bei der TROMMER'schen Probe tritt massenhafte Ausscheidung von gelbem Kupferoxydulhydrat oder zunächst nur Gelbfärbung und erst bei längerem Stehenlassen Ausscheidung von Oxydul auf. Im Gegensatze hiezu fällt die NYLANDER'sche Wismuthreaction nur sehr schwach, die Gährungsprobe und Polarisation ganz negativ aus.

Was nun die klinischen Erscheinungen der Pentosurie betrifft, so handelte es sich im ersten Falle um einen 29jährigen Neurastheniker, welcher gleichzeitig Morphinist war. Ein directer Zusammenhang mit dem Morphiummißbrauch bestand sicher nicht, da

die Pentosurie auch während einer Entziehungscur und längere Zeit nach derselben beobachtet wurde. Von den beiden anderen Fällen bot der eine keinerlei krankhafte Störungen dar, bei dem anderen bestanden solche, doch ist der Zusammenhang der Pentose nicht wahrscheinlich. Was weiter den Zusammenhang der Pentose mit dem Diabetes mellitus betrifft, so ist beim ersten Patienten wiederholt gährungsfähiger Zucker constatirt worden, während die Harne der anderen Patienten als zuckerverdächtig galten, ohne daß jemals Zucker mit Bestimmtheit nachgewiesen werden konnte. Zum Studium dieser Frage hat S. neun Diabetiker auf Pentose untersucht, doch stets mit negativem Resultate.

Bezüglich der Entstehung der Pentose im Organismus ist eine Abstammung aus der Nahrung sehr unwahrscheinlich und es liegt näher anzunehmen, daß die Pentose aus dem Organismus selbst stammt, und zwar dürfte wie für den Diabetes ebenso für die Pentosurie eine gewisse Beziehung zum Pancreas anzunehmen sein. Es hat nämlich HAMMARSTEN im Pancreas ein Nucleoproteid gefunden, welches bei der Spaltung eine Pentose lieferte. Nach den Untersuchungen von S. besteht nun zwischen dem aus dem Pancreas erhaltenen Pentosazon und dem Harn-Pentosazon eine solche Uebereinstimmung, daß ihre Identität sehr wahrscheinlich ist. Man muß darnach annehmen, daß die Pentosurie auf eine abnorm vermehrte Bildung und einen vermehrten Zerfall des Pentose liefernden Nucleoproteides ganz überwiegend im Pancreas vorkommt; so ist die Pentosurie vermuthlich als eine Affection des Pancreas anzusehen. Möglicherweise kommt neben der vermehrten Bildung der Pentose auch ein vermindertes Oxydationsvermögen in Betracht.

Nach diesen Thatsachen kann vor Allem die Phenylhydracinprobe allein nicht mehr beweisend für Traubenzucker angesehen werden. Differentialdiagnostisch wäre hier die Bestimmung des Schmelzpunktes, welcher für das Osazon des diabetischen Harnes zwischen 173 und 194°, für Pentosazon bei 157° und noch darunter liegt. Ein einfacheres Merkmal besteht darin, daß sich aus traubenzuckerhaltigem Harne, wenn man denselben mit Phenylhydrazin erhitzt, das Osazon schon während des Erhitzens, respective so lange die Mischung noch heiß ist, ausscheidet, während dies beim pentosehaltigen Harne erst nach dem Erkalten eintritt.

Die besonders gegenüber Lebensversicherungs-Gesellschaften wichtige Frage, ob die Pentosurie von Einfluß auf die Gesundheit ist, läßt sich heute noch nicht beantworten. Jedenfalls stellt aber die Pentosurie eine Anomalie des Gesammtstoffwechsels dar. Die Frage, ob „Zucker“ im Harne ist, würde zu verneinen sein, der Thatbestand der bestehenden Stoffwechselanomalie dürfte nicht verschwiegen werden.

Ueber einige klinische Details der beiden letzten von SALKOWSKI erwähnten Fälle berichtet Dr. BLUMENTHAL (Ibd. Nr. 26). Der eine dieser Fälle meldete sich zur Aufnahme in eine Versicherungsgesellschaft, wurde aber von dem untersuchenden Arzte abgelehnt, weil er Diabetes hatte. Es bestand eine starke Reactionsfähigkeit des Harnes, jedoch keine Drehung nach rechts und keine Gährungsfähigkeit. SALKOWSKI constatirt dann die Anwesenheit von Pentosurie. Diese konnte B. constant durch 5 Monate nachweisen. In dieser Zeit blieb Patient subjectiv völlig wohl. Der zweite Fall war niemals als ein Diabetiker betrachtet worden, doch bestanden in seiner Familie Diabetes und zahlreiche psychische Erkrankungen. Auch in diesem Falle wurde während 6 Monate constant Pentose im Harn gefunden.

B. hat zehn weitere ausgesprochene Fälle von Diabetes untersucht und nie Pentose neben Traubenzucker gefunden. Auch nicht in Fällen, in welchen die Glykose aus dem Harn verschwunden war. Der Versuch an einem der Pentosekranken die Kohlehydrate zu entziehen, hatte auf die Pentosurie keinerlei Einfluß. Was die Diagnose der Pentosurie anlangt, so ist ein positiver Ausfall der TROMMER'schen Probe mit mehr oder weniger Oxydulausscheidung ein nothwendiger Factor. Im Uebrigen kommt bei Mangel an Gährungsvermögen die positive POLLENS'sche Reaction und die Bildung von Phenylpentosazon in Betracht. Prognostisch muß die Pentosurie gegenwärtig als völlig unbedenklich erklärt werden. Ba.

Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane. Von **Dr. Hans Leo**, a. o. Professor und Leiter der medicinischen Poliklinik an der Universität zu Bonn. Zweite, vermehrte Auflage. Mit 45 Abbildungen. Berlin 1895. August Hirschwald.

Das vorliegende Buch stellt eine Zusammenfassung der inneren Krankheiten des Abdomens, mit Ausnahme der Sexualorgane und der Harnröhre, dar; es beginnt mit den Krankheiten der Speiseröhre, behandelt in ausführlicher Weise die Krankheiten des Magens, des Darmes, des Bauchfelles, der Leber und Gallenwege, des Pankreas, der Milz, der Niere und der Harnblase und schließt daran eine Anleitung zur Untersuchung der Mundflüssigkeit, des Erbrochenen, des sondirten Mageninhaltes, der Fäces, des Harnes und der Punctionsflüssigkeiten. Das Buch ist gut geschrieben, die Angaben des Textes sind erfreulicherweise mit Literaturangaben versehen und die Benützung des Werkes durch ein Register erleichtert; eine Anzahl besserer Abbildungen hätten aber den Werth des Buches bedeutend gehoben. W.

Feuilleton.

Die Frauen im Reiche Aeskulaps.*)

Soweit uns die geschichtlichen Ueberlieferungen berichten, lag in alten Zeiten überall die Krankenpflege und die mit dieser verbundene Zubereitung von Heilmitteln vorwiegend in den Händen der Frauen. Die alten Griechen hielten bekanntlich die Heilkunst für ein unmittelbares Gnadengeschenk der Götter. Sie verehrten aber neben dem Asklepios oder Aeskulap, dem Sohne des heilkundigen Apollo, auch die weiblichen Heilgottheiten, Hygiea, Aegle, Jaso und Panacea. Die Sagen von der Medea und Circe zeigen, daß die Griechen namentlich den Frauen die Kenntniß von jenen dunklen großen Kräften zutrauten, „die Pflanzen, Kräuter, Stein' in ihrem Innern hegen“. Dieses Wissen der hellenischen Frauen wurde von denselben freilich nicht nur zum Wohle der leidenden Menschheit verwerthet, denn neben den Heilmitteln bereiteten diese auch Liebesmittel und Gifttränke. Der Unfug und die Verbrechen mit letzteren Dingen nahmen so sehr überhand, und die Schändlichkeiten der heilkundigen hellenischen Frauen waren so groß, daß, wie Seneka berichtet, schon die beiden Gesetzgeber von Griechenland, Lykurg und Solon, Vorschriften und Bestimmungen erließen, nach denen die Anfertigung von Gifttränken, Liebesmitteln und Mitteln gegen das keimende Leben verboten wurde. In Folge dieser Gesetze finden wir, daß später namentlich fremde Weiber für die Zubereitung und den Verkauf von Heil- und Gifttränken in Griechenland in besonderem Rufe standen. Namentlich das Keraminikos, das Töpferviertel von Athen, in welchem hauptsächlich die Handwerker und Gewerbetreibenden wohnten, wimmelte von phrygischen und thessalischen Frauen und Dirnen, welche um hohen Preis und Lohn neben Heiltränken Gift und andere schändliche Mittel feil hielten. Unter den Kräuterweibern des classischen Alterthumes finden sich indessen auch gekrönte Häupter. So wird der Königin Artemisia, der Gemahlin des Königs Mausolus von Karien in Kleinasien, der Ruhm zugeschrieben, die Heilkräfte der nach ihr benannten Artemisiapflanze entdeckt zu haben. Weiter spricht der Urvater der Gelehrsamkeit des Alterthums, Homer, von sehr vielen Kräutern, welche die pflanzenkundige Gemahlin des Thous, die Königin Polydamna in Egypten, der Helena übergeben habe. Letztere bereitete aus diesen bekanntlich den herrlichen Trank Nepenthes, welcher Vergessen des Kummers und Verzeihung bewirkte. Die Helena reichte denselben im Hause des Menelaus des Guten dem Telemach, damit

*) Nachstehende historische Skizze, welche wir mit Hinweglassung der nur pharmaceutisch bemerkenswerthen Stellen der „Pharm. Ztg.“ entnehmen, dürfte im Hinblick auf die gegenwärtige mächtige Bewegung für die Ausbreitung der Frauenemancipation auf das Gebiet der Medicin von Interesse sein. D. Red.

er seinen Kummer vergessen sollte. Nach F. v. OEFELE („Allg. Med. Central-Ztg.", 1895, Nr. 39) wird im Papyrus Ebers ein Recept, um die Haare wachsen zu machen, mitgetheilt, welches von einer anderen königlichen Aerztin des Pharaonenlandes herrührt. „Es ist bereitet von Schesch, der Mutter des Königs von Ober- und Unteregypten, Teta (Gott hab' ihn selig). Kralle von Windhund. Blüthen von Datteln, Huf des Esels. Man kocht dies in der Pfanne mit Oel, bis es fertig ist, und reibt damit ein." Ob die aus der Vergangenheit überlieferten, von einer Kleopatra herrührenden cosmetischen Recepte der bekannten egyptischen Königin zuzuschreiben sind, ist zweifelhaft. Das Zusammenwirken von männlichen und weiblichen Aerzten in Egypten kam auch in der Götterlehre des alten Pharaonenlandes zum Ausdruck. Neben den männlichen Göttern Ra, Thoti, Chonsu, Anepu und Ptah waren auch die Göttin Isis und ihre Schwester Nebthi medicinisch thätig. In der Blüthezeit der griechischen Medicin war die Ausübung der Heilkunst und die Zubereitung der Arzneien vorwiegend Sache der Männer. Die Ausübung der Heilkunst durch das weibliche Geschlecht war auf die Geburtshilfe und die Behandlung der Frauenkrankheiten beschränkt. Selbst noch zur Zeit des HIPPOKRATES, um das Jahr 400 v. Chr., war das männliche Geschlecht noch ganz von der Geburtshilfe ausgeschlossen. Eine bei Hygin. fabul. 274 überlieferte Sage berichtet zwar geradezu das Gegentheil. Es heißt nämlich dort: In Athen habe es in alter Zeit keine Hebammen gegeben, da Frauen und Sclaven die Ausübung der Heilkunst nicht gestattet war. Da habe Agnodike, als Mann verkleidet, bei einem Arzte Unterricht genommen und den Gebärenden Hilfe geleistet. Von den Aerzten aus Brodneid vor dem Areopag verklagt, sei sie auf Fürbitte der vornehmsten Athenerinnen freigesprochen und das Gesetz, welches Frauen die Ausübung der Heilkunde verbot, aufgehoben worden. Daß diese Erzählung nur eine märchenhafte Erdichtung ist, hat indessen, wie HELMREICH ausführt, bereits WELKER bewiesen.

Nach den Berichten des alten Testamentes gehörte auch bei den Juden die Zubereitung der Heilmittel zu den Obliegenheiten der Frauen. Das Los der alten jüdischen Apothekerinnen scheint indessen kein begehrenswerthes gewesen zu sein. Als der Hohepriester Samuel dem Volke Israel das Recht eines königlichen Herrschers zu dem Zwecke recht schwarz in Schwarz ausmalte, um es von der Wahl eines Königs abzuschrecken und die Hierarchie zu retten, führte er unter Anderem als ein das Volk drückendes fürstliches Recht an: „Eure Töchter aber wird er nehmen, daß sie Apothekerinnen, Köchinnen und Bäckerinnen seien" (Samuel I, Cap. 8, V. 13).

Die Heilkunst der Römer war ganz auf der der Griechen aufgebaut. Wie die griechischen Hebammen (Jatrinai) übten die römischen Medicae und Sagae hauptsächlich die Geburtshilfe aus und befaßten sich namentlich mit der Behandlung von Frauenkrankheiten. Eine Anzahl dieser war auch literarisch thätig und genoß ein gewisses wissenschaftliches Ansehen. So theilt PLINIUS (Naturgesch., B. 28, Cap. 7, 18, 23, 77 und 80, sowie B. 32, Cap. 47 und 51) Verschiedenes aus den Schriften der Aerztinnen Elephantis, Lais, Olympias, Salpe und Sotira mit. Diese Angaben, soweit sie die Mittel für Frauenkrankheiten und das Geschlechtsleben betreffen, sind indessen von so undelicater und absurder Natur, daß es, obgleich vom schönen Geschlechte herrührend, die Gesetze des Anstandes verbieten, auf dieselben näher einzugehen. Durch GALEN (De medicam. sec. loc. 1, 1) erfahren wir, daß sich die ELEPHANTIS vielfach auch mit den Mitteln zur Erhaltung des weiblichen Körpers (περὶ κοσμητικῶν) befaßte. Wahrscheinlich ist diese medicinische Schriftstellerin identisch mit der ihr gleichnamigen, die nach MARTIALIS und SUETONIUS eine Anzahl unzüchtige, aber sehr beliebte poetische und prosaische Werke über alle Arten und Unarten der Wollust verfaßte. Die berühmte griechische Hebamme Salpe trat als Schriftstellerin ebenfalls nicht nur in der Geburtshilfe, sondern auch in anderen Fächern und Gebieten der Heilkunde auf. Ihre Verordnungen, welche sich hauptsächlich auf den Aberglauben stützten, standen lange in großem Ansehen bei den Römern. PLINIUS entnimmt aus ihren Schriften die Bemerkung, daß die Erstarrung irgend eines eingeschlafenen Gliedes gehoben werden könne, wenn man in den Busen speie oder das obere Augenlid mit Speichel benetze. Ferner, daß der Harn des Menschen die Augen kräftige und die Sonnenbrandschäden heile. Um den Bart der Sclaven zurückzuhalten, damit sie als junge um einen höheren Preis verkauft werden konnten, benutzte Salpe als äußerliche Mittel das Blut, die Galle und die Leber des Thunfisches. Ferner stellte sie die Behauptung auf, daß die Hunde nicht bellen, wenn man ihnen in einem Klosse einen lebenden Frosch gibt. Für die Zeit während des Verschluckens dieser Froschpille dürfte diese Wirkung wohl nicht zu bezweifeln sein. — Nach dem hier Mitgetheilten ist es nicht sehr zu bedauern, daß wohl fast sämmtliche Werke der hier genannten weiblichen Aerzte verloren gegangen sind. Von der medicinischen Schriftstellerin SOTIRA, von welcher nur PLINIUS spricht, soll sich allerdings noch ein handschriftliches Werk über Frauenkrankheiten in der Bibliothek in Florenz befinden. In den Schriften des GALEN ist noch eine medicinische Schriftstellerin Kleopatra erwähnt, aus deren Büchern CASPAR WOLPH in seinem Werke „Gynaeciorum sive de mulierum affectibus commentarii etc.", Basel 1586, Einiges abgedruckt hat. Einige wirksame Schlaf- und Abführmittel und viel abergläubisches Klimbim, wie wir das auch in den Werken der männlichen Aerzte jener Zeit zu finden gewohnt sind.

Aus späterer römischer Zeit sind uns nur noch die Namen einiger weiblicher Aerzte oder Hebammen überliefert, deren Aufzählung interesselos ist.

Im Mittelalter gab es in den Ländern des christlichen Europas nur in Italien einen Stand von Aerztinnen. Dieselben waren meistens aus der südlich von Neapel gelegenen Universitätsstadt Salerno hervorgegangen. Diese Hochschule bestand wahrscheinlich schon in der Mitte des 9. Jahrhunderts. Der Ruf der dortigen medicinischen Facultät war so groß, daß Salerno mit dem Beinamen „Civitas Hippocratica" bis zum Ende des 13. Jahrhunderts in der gesammten Heilkunst des Abendlandes die Vorherrschaft hatte. Nach den geschichtlichen Ueberlieferungen war es auch dem weiblichen Geschlechte gestattet, an dem medicinischen Unterrichte dieser Universität Theil zu nehmen. Es sind uns die Namen einer Anzahl salernitanischer Aerztinnen erhalten. Von diesen sind zu nennen: Rebecca, Constanza Calenda, Mercuriadis, Sentia Guarna, Margaretha von Neapel und ABELLA. Letztere verfaßte eine Schrift: „De natura seminis humani." Die berühmteste der Mulieres salernitanae ist die dem 11. Jahrhundert angehörende TROTULA, welche angeblich aus der vornehmen salernitanischen Familie de Ruggiero entsprossen ist und, wie DE RENZI vermuthet, die Gemahlin des Joh. Platearius war. Sie wird als die Verfasserin folgender Schriften genannt: „De compositione medicamentorum", „De feris", „De mulierum passionibus ante, in et post partum, cum reliquis partui item inservientibus, liber experimentalis mirificus". Nur die letztgenannte Schrift ist nach in früheren Jahrhunderten wiederholt veranstalteten Nachdrucken erhalten. „Wahrscheinlich sind diese indessen nicht das Original, sondern nur Auszüge aus demselben. Wie in demselben ausdrücklich erklärt wird, bildet dieselbe einen Theil eines größeren, die ganze Pathologie und Therapie behandelnden Werkes, und daher ist es erklärlich, daß sich, außer dem in dem Titel der Abhandlung genannten Gegenstande noch manche andere, außer jedem Zusammenhange mit der Gynäkologie stehende Fragen besprochen finden." Es ist früher angezweifelt worden, ob die Schrift überhaupt von der Trotula verfaßt wurde. Der Gegenbeweis ist indessen nicht erbracht. Wie J. v. SIEBOLD in seinem „Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe" (Berlin 1839, Bd. 1, pag. 314) angibt, ist die Geburtshilfe der Trotula noch in einem traurigen Zustande.

Wie schon gesagt, gab es außer in Italien in Europa keinen eigentlichen Stand von weiblichen Aerzten. Ueberall wurde indessen die Geburtshilfe vorwiegend nur von Hebammen besorgt. Von diesen war eine ganze Anzahl wissenschaftlich thätig. Aus Frankreich ist aus der Zeit um 1600 als gelehrte Hebamme die Louise Bourgeois zu nennen, welche die Gemahlin Heinrich IV., Maria Medici, entband. Sie veröffentlichte ihre „Observations" im Jahre 1609. Dieses Werk wurde wiederholt aufgelegt und in's Deutsche und Holländische übersetzt. Einige Jahrzehnte später lebte in Frankreich die Marguerite du Tertre, deren Hebammenbuch 1677 erschien, das indessen nicht so verbreitet wurde. An der Wende des vorigen und im Anfange dieses Jahrhunderts zeichneten sich durch ihre

schriftstellerischen Leistungen in Frankreich aus Marie Louise Lachapelle und Marie Anne-Victoire Boivin. Mit A. Dugès gemeinschaftlich verfaßte letztere ein zweibändiges „Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes" (Paris 1833). Der Doctorhut der Universität Marburg und andere Auszeichnungen lohnten ihr Talent und Streben.

Aus England sind an gelehrten Hebammen zu nennen Jane Hamalden, Jane Scharp, Alice Dennis und Elisabeth Cellier.

In Deutschland veröffentlichte Justine Siegemund, welche als Hebamme in Liegnitz angestellt war und nachher vom Großen Kurfürsten nach Berlin berufen wurde, im Jahre 1690 nach dreißigjähriger Thätigkeit ihre „Churbrandenburgische Hoff-Wehemutter".

Im Jahre 1700 erschien auch ein Hebammenbuch von Anna Elisabeth Horenberg, das indessen nicht so berühmt wurde wie das vorige. Die berühmteste deutsche Hebamme ist Marianne Theodore Charlotte Heidenreich, geborene Heiland, genannt Siebold. Dieselbe war 1791 zu Heiligenstadt im Eichsfelde geboren. Ihre Mutter war seit 1815 Doctorin der Geburtshilfe von Gießen und dort angestellt als Geburtshelferin und Impfärztin. Sie heiratete in zweiter Ehe ihren Lehrer ELIAS VON SIEBOLD. Ihre Tochter begann mit 17 Jahren anatomische, physiologische und geburtshilfliche Studien unter Leitung ihres Vaters und ihrer Mutter. Sie studirte alsdann in Göttingen und machte zur Erlangung der Erlaubniß zur Ausübung der Geburtshilfe ihr Examen vor dem Darmstädter Medicinal-Collegium. Im Jahre 1817 erhielt sie in Gießen die Doctorwürde in der Entbindungskunst auf Grund einer Schrift: „Ueber die Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter und über eine Bauchhöhlenschwangerschaft insbesondere." Sie hatte eine sehr vornehme Praxis. So entband sie 1818 die Herzogin von Coburg und 1820 die Herzogin von Kent, indem sie die jetzige Königin Victoria von England zur Welt beförderte.

(Schluß folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— RICHET und HERICOURT in Paris machten am 28. October dieses Jahres der „Académie des sciences" **weitere Mittheilungen über die Serumtherapie des Krebses,** nachdem sie an einer sehr großen Anzahl von Kranken den Effect dieser Methode zu studiren Gelegenheit hatten. Die persönlichen Erfahrungen, sowie die ihnen von anderer Seite gemachten Mittheilungen gestatten zunächst einige allgemeine Schlüsse. Vor Allem stellt sich im Laufe der Injectionsbehandlung eine sehr beträchtliche Verminderung der Schmerzen ein, an denen ja die Krebskranken so häufig zu leiden haben. Ferner reinigen sich die cancrösen Ulcerationen, sie nehmen das Aussehen einer granulirenden Wunde an, und es kann Narbenbildung von beträchtlicher Ausdehnung eintreten. Endlich zeigt sich die Wirkung der Injectionen in einer erheblichen Verkleinerung nicht blos des Nachbargewebes und der geschwellten Lymphdrüsen, sondern des Tumors selbst. In manchen Fällen tritt mit der Retardirung des localen Processes eine Besserung des Allgemeinbefindens ein. Im Ganzen kann man sagen, daß in vier Fünftel der Fälle eine reelle Besserung zu beobachten ist. Leider geht die Besserung niemals bis zur Heilung. Zumeist bleibt der Allgemeinzustand durch einige Zeit, 2—3 Monate, stationär, verschlechtert sich dann wieder, es erscheinen neue Krebsherde und die Krankheit nimmt ihren fatalen Verlauf. Wenn aber auch das Krebsheilserum keine radicale Heilung der Neoplasmen aufzuweisen hat, so bessert sie den Zustand doch, wie kein anderes Verfahren. Ja die beiden Autoren halten es für der Erwägung werth, ob ein operatives Verfahren in Combination mit der Serumtherapie nicht bessere Resultate zu erzielen im Stande sei.

— Seit Anfang 1885 bis Ende 1894 wurden in der medicinischen Klinik in Tübingen, wie Dr. C. MANGOLD („D. Med.-Ztg.", 1895, Nr. 85) berichtet, **128 Bandwurmcuren mit Extractum filicis maris aeth.** ausgeführt. Davon hatten 120 Kranke die Taenia saginata, 6 die Taenia solium, 2 Botriocephalus latus. Die Resultate der angewandten Therapie sind sehr günstige. Es wurde ausschließlich das Extractum filicis mar. aether. verordnet, zumeist das HAIDLEN'sche, in letzter Zeit auch ein von Dr. DANZEL hergestelltes Präparat. Es wurden bei 120 Personen (48 Männern, 61 Frauen, 11 Kindern) Bandwurmcuren vorgenommen wegen Taenia saginata; davon waren 99 erfolgreich. Bei 78 wurde der Bandwurmkopf in der Klinik gefunden; die übrigen 21 gaben bei späterer Anfrage an, seit der Cur vom Bandwurm befreit geblieben zu sein. Von den anderen 21 Kranken, bei denen der Kopf der Taenia ebenfalls nicht gefunden worden war, theilten 8 mit, daß sich nach der Cur wieder Glieder gezeigt hätten; 3 wurden erst im letzten Vierteljahr behandelt, ohne daß es gelungen wäre, den Kopf zu finden; von den 10 anderen konnte keine Auskunft erlangt werden. Es waren also mindestens 84% erfolgreiche Curen bei Taenia saginata. Es wurden einmal 3 Tänienköpfe, dreimal 2 bei einer Cur abgetrieben. Die Dosis von 10 Grm. Farnwurzelextract wurde nie überschritten; üble Zufälle kamen nicht vor. An Taenia solium wurden 3 Männer und 3 Frauen behandelt, sämmtlich mit Erfolg. Bei einem Mann wurden 6 Stück, bei einem andern 4 in einer Cur abgetrieben. Bei den 2 in der Klinik behandelten Fällen mit Botriocephalus latus ging nach Verabreichung von 20 Grm. Extr. filic. mar. aeth. und Abführmitteln der Wurm sammt Kopf in 2 Stunden ab.

— **Gegen Schnupfen** (Catarrhe der oberen Luftwege, Influenza etc.) empfiehlt WÜNSCHE in Dresden („Therap. Monatsh.", 9, 1895) als das wirksamste Mittel: Menthol in Chloroform gelöst. „Eine Lösung von 0·5—1·0 Menthol in 10·0 Chloroform genügt nicht nur, um den Schnupfen in seinem Anfangsstadium sicher zu coupiren, sondern ist auch ein gutes Schutzmittel vor Ansteckung bei Influenza. Man gießt 4—6 Tropfen der angegebenen Lösung auf die Mitte eines Handtellers und verreibt dieses Quantum schnell mit den Händen, hält beide Hände fest aneinander gedrückt vor Mund und Nase und zieht mit ausgiebigen tiefen Athemzügen die Chloroform- und Mentholdünste abwechselnd durch Mund und Nase ein." Der Niesreiz verliert sich rasch; der ganze Schnupfen ist öfters nach der ersten Einathmung coupirt. Der Sicherheit halber werden aber im Verlaufe des Tages noch 1—2 Einathmungen mit 4—6 tieferen Athemzügen gemacht. Schmerz im Pharynx und Kehlkopf wird rasch gemildert. Absonderung der Nase ist nach vorübergehender Steigerung rasch beseitigt.

— Ein **brauchbares Zahnpulver** ist nach MÉTRAL, Professor der Zahnheilkunde in Genf, die Mischung von Strontiumcarbonat mit Flores sulfuris. Er empfiehlt folgende Formeln:

Rp. 1. Strontii carbonic. . . . . 15·0
Flor. sulf. . . . . 15·0
Ol. rosar. . . . . gtts. VI.
M. f. pulv.
2. Strontii carbonic. . . . . 6·0
Flor. sulf. . . . . 3·0
Sapon. med. . . . . 13·5
Ol. rosar. . . . . gtts. VI.
Mucil. gumm. arab. et Glycerin.
qu. s. ut f. pasta.

— Zur Vermeidung der besonders nach Drüsenoperationen resultirenden Narben haben eine Reihe von Autoren verschiedene Methoden angegeben. So empfahl DOLLINGER seinerzeit die subcutane Exstirpation der tuberculösen Drüsen der Halsregion. Neuerdings empfiehlt BECK, Professor der Medical School in Chicago, **zur Vermeidung entstellender Narben nach Operationen** folgendes Verfahren: Noch vor der Hautincision schneidet man einen Epidermislappen nach Art der THIERSCH'schen Methode, doch mit der Modification, daß man den Lappen an einer Seite mit der Umgebung im Zusammenhang läßt. Der Lappen wird während der Dauer der Operation umgeschlagen. An der auf diese Weise der Epidermis beraubten Stelle wird die Incision gemacht. Nach beendeter Operation schließt man die Wunde mittelst einiger verlorener Catgutnähte, und zwar auch dann, wenn die Incisionswunde klein ist, und breitet dann den Epidermislappen sorgsam aus. Nach diesem Verfahren konnte B. Drüsen, kleinere Tumoren exstirpiren, selbst Torticollis operiren, und die hiebei resultirenden Narben waren kaum zu bemerken.

— HAUSHALTER und VILLER berichten in der „Gaz. hebd." (6. Juli 1895) über einen **Fall von purulenter Pneumococcen-**

Ophthalmie. Bei einem an Influenzapneumonie erkrankten Alkoholiker stellten sich am 4. Tage der Erkrankung Schmerzen auf dem einen Auge ein; am nächsten Tage intensive Iritis daselbst; 4 Tage später, am 7. Tage der Erkrankung an Pneumonie, erschien Eiter in der vorderen Kammer, welche incidirt wurde. In diesem Eiter wurde der FRAENKEL'sche Diplococcus nachgewiesen. Der Tod erfolgte am 14. Tage nach Beginn der Pneumonie. Bei der Section fand sich ein pneumonischer Herd im Stadium der grauen Hepatisation, eine Phlegmone des Auges und einige Herde von Convexitätsmeningitis. Ueberall fand sich der FRAENKEL'sche Pneumococcus in Reincultur.

— Die klinische Beobachtung von 22 Kranken mit theils acuter, theils chronischer parenchymatöser Nephritis hat Dr. POLAKOW („Rev. internat. de Med. et de Chir. prat.", 1895, Nr. 20) die Ueberzeugung verschafft, daß das von ihm angewendete **Bromlithium bei Morbus Brightii** ausgezeichnete Dienste leistet. Das Medicament wirkt zunächst als sicheres und mächtiges Diureticum. Ferner setzt es die ausgeschiedene Eiweißmenge herab und bringt oft die Oedeme zum Schwinden. Die günstige Einwirkung des Lithiumbromat ist umso bemerkenswerther, als die Kranken nicht unter Milchregime gehalten wurden, sondern gemischte Kost bekamen, und als von jeder anderweitigen Behandlung, auch von Bädern, abgesehen wurde. Die Wirkung des Mittels war in acuten Fällen ausgesprochener als in chronischen. Auch 3 Fälle von Nephritis während der Schwangerschaft wurden mit Erfolg behandelt. In einem weiteren Falle von puerperaler Eclampsie, dessen Krampfanfälle weder durch Bäder, noch durch Morphin, noch durch Chloroform zu beseitigen waren, verschwanden dieselben nach blos eintägigem Gebrauch des Bromlithiums. Das Mittel wurde in der Regel gut vertragen. Es wurde in folgender Weise verordnet:

Rp. Lithii bromat.	1·25—2·0
Natr. bicarbon.	4·0
Aq. dest.	240·0
Tinct. menth. pip. . . . . gtts.	II.

S. 3—4 Eßlöffel voll innerhalb 24 Stunden zu nehmen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Wissenschaftliche Versammlung vom 11. November 1895.

Discussion über den Vortrag S. FREUD's: Ueber Hysterie.

(Schluß.)

TELEKY spricht zunächst seine Befriedigung darüber aus, daß durch die Anregungen BREUER's und FREUD's die ersten Anfänge einer rationellen Psychotherapie gegeben seien. In den Anstalten sei bis jetzt diese Art der Behandlung vollständig vernachlässigt worden. Allerdings sei es nicht Jedem gegeben, die Methode so durchzuführen, wie dies deren Urheber vermögen. Es wäre daher auch wünschenswerth gewesen, wenn sie die Art ihrer Behandlung etwas näher specificirt hätten. Bei Kenntniß von Krankengeschichten mit dem entsprechenden Behandlungsmodus könnte man sich leichter in die Technik dieser Methode hineinfinden. Die von FREUD besonders betonte sexuelle Grundlage der Hysterie sei eigentlich von Alters her als solche anerkannt, was sich ja auch schon im Namen der Hysterie ausdrücke. Ob lediglich die psychische Behandlung Heilung bringe, sei zu bezweifeln; in einzelnen Fällen sei es sicherlich auch auf anderem Wege möglich, Heilung zu erzielen; es sei ja bekannt, daß Operationen am weiblichen Genitale im Stande seien, schwere Hysterie zu heilen, und lange Zeit habe die Ovariectomie eine große Rolle in dieser Frage gespielt.

In einem von ISRAEL beschriebenen Falle hatte sogar die *scheinbar* ausgeführte Ovariectomie — offenbar auf dem Wege der Suggestion — Heilung bewirkt. Einer unserer ersten Gynäkologen hält in nicht wenigen Fällen die Hysterie und andere Psychosen begründet durch eine *Hypoplasie des Uterus*. In zwei derartigen Fällen, welche als unheilbar in einer Nervenanstalt untergebracht waren, wurde durch Exstirpation der Ovarien völlige Heilung erreicht. Es sei somit gewiß in manchen Fällen auch ein somatisches Verfahren möglich und von Erfolg begleitet.

HEINRICH WEISS will es nicht gelten lassen, daß der Neurasthenie ausschließlich sexuelle Momente zu Grunde liegen. Den fortgesetzten Shock, welchen der Kampf um's Dasein im modernen Culturstaat erzeugt, dürfe man doch nicht gänzlich außer Acht lassen. Die Angstneurose als gesonderte Gruppe abzutrennen, sei durchaus nicht nothwendig; in den meisten derartigen Fällen handle es sich um hypochondrische Zustände, welche bei genügender Aufklärung seitens des Arztes wieder verschwinden. Wenn die sexuelle Theorie richtig wäre, so müßte dort, wo das Zweikinder-System allgemein ist, die Hysterie am häufigsten und schwersten auftreten, so in Siebenbürgen; in Frankreich, dem classischen Lande der Hysterie, sei dieselbe, wie seinerzeit bei den Polen, vor Allem durch politische und nationale Momente bedingt. Es gebe allerdings Fälle, in welchen das sexuelle Moment zu Hysterie führt, und diese Fälle seien es, von welchen BENEDIKT schon frühzeitig gesagt habe, daß man ihrer Herr werde, wenn man gewissermaßen die Psychologie des Falles erfasse. Wehren müsse man sich aber gegen die Verallgemeinerung, daß jede Hysterie einzig und allein in der sexuellen Sphäre gelegen sein müsse. Unter den von BREUER und FREUD mitgetheilten Fällen vermisse man übrigens im ersten Falle das sexuelle Moment gänzlich. Im Allgemeinen machen die Krankengeschichten, so gut sie geschrieben sind, den Eindruck einer gewissen Subjectivität, eines gewissen Zwanges in ihrem Ideengange. Was nun die Methode FREUD's betrifft, so handle es sich dabei durchaus nicht um Hypnose; vielmehr entspreche der Zustand, in welchen FREUD seine Patienten versetzt, demjenigen traumartigen Zustand, der als „Second life", als „Seelenbinnenleben" längst beschrieben und genau gekannt ist.

Endlich kann W. nicht umhin, in dem Krankenexamen FREUD's eine gewisse Gefahr für die Patienten zu sehen, die noch gesteigert werde, wenn man nicht mit jener Schonung und auf großen Umwegen zu Werke geht, wie dies FREUD gewiß thue. Auch der Arzt müsse sich eine gewisse Scheu seinen Kranken gegenüber auferlegen.

A. JOLLES: Ueber das Auftreten und den Nachweis von Urobilin im normalen und pathologischen Harne.

Die wesentlichsten Ergebnisse der vom Vortr. durchgeführten Untersuchungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Der normale Harnfarbstoff ist mit größter Wahrscheinlichkeit als identisch mit dem höchsten Oxydationsproducte des Bilirubins anzusehen; im normalen Harne kommen zuweilen Farbstoffe vor, die sich vom normalen Harnfarbstoff nur durch ihren Sauerstoffgehalt unterscheiden.

2. Die Harnfarbstoffe, welche nach ihrem spectroskopischen Verhalten und nach ihrer chemischen Reaction als Urobiline bezeichnet werden, lassen sich in *physiologische* und in *pathologische* Urobiline trennen. Die unvollständig oxydirten Harnfarbstoffe gehören zu den *physiologischen* Urobilinen.

3. Zu den physiologischen Urobilinen gehört auch jener Farbstoff, der sich beim Stehen normal gefärbter Harne durch das Nachdunkeln des Harnes bemerkbar macht.

4. Beide Urobilinarten unterscheiden sich wesentlich dadurch, daß die physiologischen Urobiline nach erfolgter Oxydation mit einer alkoholischen Jodlösung oder Salpetersäure weder Fluorescenz noch ein charakteristisches Spectrum zeigen, während die pathologischen Urobiline nach der gleichen Behandlung ihr optisches Verhalten und ihre Fluorescenz beibehalten.

5. Um Verwechslungen der physiologischen und der pathologischen Urobiline hintanzuhalten, ist es nothwendig, das Urobilin aus dem Harne zu isoliren und dann genau zu untersuchen.

Dies geschieht am besten, wie folgt:

In einem entsprechend geformten Schüttelcylinder, eventuell auch Scheidetrichter, fügt man zu 50 Ccm. Harn 5 Ccm. einer verdünnten, frisch bereiteten Kalkmilchlösung und 10 Ccm. Chloroform hinzu und schüttelt das Ganze mehrere Minuten kräftig durch. Alsdann läßt man den Cylinder einige Minuten stehen, wobei sich das Chloroform und der Niederschlag zu Boden setzen. Letzteren läßt man in eine kleine Porzellanschale abfließen, dampft auf dem Wasserbade zur Trockne ein, verreibt den Rückstand mit circa 5 Ccm. verdünnten Alkohols (circa 30 Vol.-Proc.) unter Zusatz einiger Tropfen

concentrirter Salpetersäure und filtrirt. Bei Gegenwart von pathologischem Urobilin erscheint das Filtrat braunroth bis granatroth, zeigt bei passender Verdünnung das charakteristische Spectrum zwischen den FRAUNHOFER'schen Linien C und F, und zwar näher an F und grüne Fluorescenz der ammoniakalischen mit Chlorzink versetzten Lösung. Schüttelt man einen Theil des Filtrates mit Amylalkohol, so nimmt letzterer den Farbstoff auf und zeigt ebenfalls das scharf begrenzte Absorptionsspectrum.

6. Als Quelle des pathologischen Urobilins sind der Gallenfarbstoff (Bilirubin) und der Blutfarbstoff anzusehen.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. November 1895.

Vorsitzender: Prof. KOLISKO.

Dr. F. KORNFELD stellt einen Fall aus den Abtheilungen der Proff. FRISCH und HOCHENEGG vor. Es handelt sich um ein 18jähr. Mädchen mit einer Ectopia vesicae. Die hintere Blasenwand mit den deutlich wulstig vorliegenden Ureterenmündungen liegt bloß, kleine und große Schamlippen stehen weit von einander ab. Die Symphyse 3 fingerbreit gespalten. Introitus ist virginal, die Scheide einfach, ebenso der Uterus normal gebildet und Pat. regelmäßig menstruirt. An der Blasenschleimhaut ist der obere Abschnitt gegen die Nabelregion zu durch Maceration zum Theil in verhornte Epithelschichten umgebildet, zum Theil frisch exulcerirt und mit Phosphaten incrustirt. Sehr schön ist die abwechselnde rhythmische Contraction beider Ureteröffnungen und das stoßweise Austreten von Harn zu sehen.

Der Fall ist insoferne ein nicht gewöhnlicher, als Blasenectopie bei Kindern recht häufig — und gewöhnlich mit Hernia umbilic. combinirt — bei Erwachsenen in der Regel darum nicht zu sehen ist, weil die Fälle früher operirt werden.

Im vorliegenden Falle wurde bisher die Operation verweigert, und Pat. sagt, sie sei in Dalmatien, ihrer Heimat, wo sie dem Lehrberufe obliegt, die einzige Erwachsene mit dieser Mißbildung.

Der Symphysenspalt fehlt in keinem Falle von Ectopie, stört aber den Gang der demonstrirten Pat. absolut nicht.

Was die Chancen der Operation anlangt, so verweist Vortr. auf die Mittheilung BILLROTH's über eine Reihe eigener und fremder operirter Fälle. Die meisten Pat. gehen kurz nach der Operation an Sepsis, oder Harndiphtherie, oder Pyelitis zu Grunde, nur wenige kommen durch, allein kein einziger kann bis in's höhere Alter verfolgt werden.

Die neueren Operationsmethoden machen den Versuch, das Rectum als Blasenbedeckung zu benützen, nachdem die Ureteren von der Blase abgelöst und in ersteres eingepflanzt wurden (zuletzt von MAYDL mitgetheilt). GERSUNY hat bei Kindern versucht, das Coecum oder eine Dünndarmschlinge zur substituirenden Blase zu verwenden. Es ist ziemlich klar, daß Patienten, welche derart operirt werden, über kurz oder lang schweren ascendirenden Nierenbeckenprocessen erliegen. Im vorgestellten Falle denkt Prof. HOCHENEGG an folgenden Operationsplan: Totalexstirpation des Uterus — der ja bei event. Gravidität durch den Symphysenspalt vorfallen würde —, Aufsetzung der abgelösten Blase auf die abgekappte Vagina und Torsion des Introitus behufs Sphincterbildung.

Prof. Kolisko: Die epidermisartige Beschaffenheit der Blasenschleimhaut rührt daher, daß die Blasenschleimhaut sich stellenweise direct in Epidermis umgewandelt hat, oder daß sie exulcerirte und dann von der Umgebung her Epidermis darüber wucherte.

Dr. FREY demonstrirt einen Pat., der wegen Verletzung des Schädels am 27. August auf die chirurgische Abtheilung von Prof. v. MOSETIG aufgenommen wurde.

Pat. bekam anläßlich eines Raufhandels am 18. August mit einem „Krampen" einen Schlag in den Schädel. Er war sofort bewußtlos, erbrach jedoch nicht und zeigte auch sonst keine weiteren Erscheinungen einer Commotio cerebri. Wie lange Pat. bewußtlos war, kann er nicht angeben; als er aus seiner Bewußtlosigkeit erwachte, war seine linke obere und untere Extremität vollkommen gelähmt, der linke Mundwinkel stand tiefer als der rechte und konnte nicht bewegt werden. Vollständige Amaurose des rechten Auges, welche nach 2 Tagen vollkommen zurückging. Nach 9tägiger ärztlicher Behandlung ließ sich Pat., da die anderen Erscheinungen constant blieben, in's Spital aufnehmen.

Status praesens bei der Aufnahme: Eine circa 3 Cm. lange, mehrere Millimeter breite Rißquetschwunde der Weichtheile des Kopfes im mittleren Theile des rechten Scheitelbeines. Die Wunde in der Tiefe eitrig belegt, durchdringt den Schädelknochen und scheint bis in's Hirn zu reichen.

Vollständige Hemiplegie links, Sensibilität in den gelähmten Theilen bedeutend herabgesetzt. Lähmung des linken Mundwinkels.

Herr Prof. v. MOSETIG schritt sogleich zur Trepanation. Die Wunde, welche senkrecht zur Pfeilnaht verläuft, wird nach oben und unten erweitert, darauf ein senkrecht verlaufender, den ersten kreuzender Schnitt geführt. Nach Abhebelung des Periostes zeigt sich, daß der Knochen der ganzen Dicke nach durchtrennt ist. Ausmeißelung eines eliptischen Stückes im Längendurchmesser von 6 Cm., im Querdurchmesser circa 4 Cm. Nun zeigte sich die Dura durchtrennt, die Tabula vitrea an einzelnen Stellen gesplittert, unter der Dura ein ziemlich ausgebreitetes Hämatom, die Gehirnrinde im Bereiche der Wunde durchtrennt, die Rinde in der Umgebung contundirt. Salicylsäure-Irrigation und nachträgliche Jodoforminspersion. Die Wunde der Dura kann nicht vollständig vernäht werden Naht der äußeren Wunde und Drainage.

Heilung anstandslos per primam bis auf die drainirte Stelle.

Bereits 5 Tage nach der Operation kann Pat. die linke große Zehe bewegen, nach mehreren Tagen den Fuß und 4 Wochen nach der Operation ist er bereits im Stande, herumzugehen. Die obere Extremität erholt sich viel langsamer, jedoch tritt auch hier bis auf das Gebiet des Nervus radialis vollkommene Restitutio ad integrum ein und selbst die Lähmung im Bereiche dieses Nerven bessert sich von Tag zu Tag. Der linke Mundwinkel steht wohl noch etwas tiefer, jedoch kann Pat. denselben bewegen, er kann pfeifen etc.

Die Stelle, wo das Drain eingeführt war, schloß sich nur langsam. Da an dieser Stelle sich ein Granulationsknopf etablirt hatte, wurde dieser beiläufig 5 Wochen post operationem mit Lapis geätzt. Drei Stunden nachher bekam Pat. einen epileptiformen Anfall. Derselbe begann mit Ameisenlaufen im linken Kleinfinger und Ringfinger bis zum linken Ellbogengelenke. Darauf Verlust des Bewußtseins, clonische Krämpfe im Bereiche der Oberarm- und Schultermusculatur, dann tonische und clonische Krämpfe der Nacken- und Brustmuskeln links, tonische Krämpfe im linken Oberschenkel, dann Unterschenkel und Fuß.

Als mehrere Tage später wieder touchirt wurde, wiederholten sich die Anfälle, es waren 4 an der Zahl mit größerer oder geringerer Intensität.

Da sie mit Recht auf die Touchirung und den damit zusammenhängenden Reiz der Narbe zurückgeführt wurden, wird Pat. nicht mehr touchirt; seit dieser Zeit, circa 6 Wochen, kein Anfall.

Derzeit ist die Wunde vollkommen geheilt, sogar der Substanzverlust im Knochen ist durch neugebildeten Knochen gedeckt. Pat. befindet sich vollkommen wohl und es bleibt noch abzuwarten, wie weit die noch vorhandenen Lähmungserscheinungen zurückgehen werden.

Prof. v. BASCH: Ueber Gefäßstarre.

(Wird in extenso publicirt werden.)

Wanderversammlung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Gehalten am 4. und 5. October 1895 in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

IV.

C. S. FREUND (Breslau): Ueber psychische Lähmungen.

Die Bezeichnung „hysterisch" wird nach der Meinung des Vortr. zu allgemein und weitgehend angewendet, und sei eine Eingengung des Begriffs „Hysterie" unbedingt nothwendig. Hysterische Lähmungen sind psychische Lähmungen, aber nicht jede psychische

Lähmung ist eine hysterische. In Consequenz der von CHARCOT aufgestellten Lehre der Hysterie erklärt sie MOEBIUS für eine Psychose und stellt trotzdem die somatischen Symptome als wesentliche Kennzeichen derselben hin. Es sei besser, bei der alten Auffassung der Hysterie zu bleiben und das Eigenthümliche derselben in dem wankenden und widerspruchsvollen Charakter und in dem labilen Gleichgewicht der Stimmung zu suchen.

Bei allen nicht psychischen Lähmungsformen handelt es sich um den Ausfall anatomisch vorgebildeter Bewegungsmechanismen; bei den psychischen Lähmungen fallen die Bewegungen in der Form aus, wie sie durch die Erfahrung erworben sind, da willkürliche Bewegungen der Ausdruck gewisser Vorstellungen und diese wieder das Product unserer Erfahrungen sind. F. erörtert nun im Sinne der von SACHS entwickelten Associationstheorie die Art und Weise, wie wir unsere Vorstellungen, d. h. unsere Wahrnehmungen erwerben, und in welcher Weise und an welchem Orte die psychischen Leistungen sich abspielen. Zu den Vorstellungen gehören auch die aus der Erfahrung gewonnenen Bewegungsvorstellungen, und bei genügend starker Reizung der Bewegungsvorstellungen fließt die Erregung körperwärts ab und bewirkt die thatsächliche Auslösung der Bewegung.

Nach dieser Auffassung kann man sich vorstellen, daß durch Hemmungen im Bereiche der Associationsbahnen durch eine für das Zustandekommen einer Bewegung ungünstige Vertheilung des begrenzten Vorrathes psychischer Energie Bewegungen unterbleiben und in analoger Weise auch dauernde psychische Lähmungen sich entwickeln können. Man dürfe sich aber nicht diese Hemmung als eine circumscripte, anatomisch localisirte Störung vorstellen, sondern könne nur ganz allein als der Ort der Störung das weite Gebiet der Associationsfaserung annehmen.

Aus der Annahme einer allgemeinen psychischen Lähmung in Folge einer Niederlage des gesammten Vorstellungslebens folgt das klinische Bild des Stupor (MEYNERT).

Bei einzelnen Fällen partieller psychischer Lähmung kann man annehmen, daß der Vorrath an psychischer Energie, insbesondere bei krankhafter Verminderung ihrer absoluten Menge, für die Unterhaltung anderer Vorstellungsreihen gebraucht wird. Daher bei Associationskrankheiten, z. B. der Hysterie, die Combination von Lähmungen mit Hyperästhesien und Krampfzuständen, und können diese Gegensätze nicht nur an benachbarten, sondern auch an entfernt von einander gelegenen Körperstellen auftreten. Als Beispiel dieser Art führt Redner einen Fall an, bei welchem der von einem Unfall betroffene rechte Daumen nicht abducirt werden konnte und jeder Versuch der Abduction eine Contraction des Adductor pollicis bewirkte.

Die Störung einer Associationskette kann nicht durch einen das Gehirn unmittelbar treffenden Einfluß zu Stande kommen, sondern auf demselben Wege, wie der Erwerb der betreffenden Vorstellungen, d. h. von der Peripherie her. Durch die heftige Erschütterung des Daumens erfolgte im erwähnten Falle eine sehr energische Erregung im Associationsmechanismus der Daumenbewegung. So läßt sich die Herabsetzung der Anspruchsfähigkeit und damit die psychische Lähmung durch die Ueberanstrengung der betreffenden Associationsbahnen unter abnormen Verhältnissen erklären.

Die localisirte cerebrale Lähmung schädigt die Associationsfasern nach ihrer anatomischen Zusammenlegung und wird durch einen Herd an einer circumscripten Stelle des Großhirns hervorgerufen. Die localisirte psychische Lähmung schädigt die Associationsfasern, wie sie durch die Erfahrung, d. h. aus den Wahrnehmungen und der Verarbeitung derselben unter einander verknüpft sind. Diese physiologisch zusammengehörigen Associationsfasern können den verschiedensten Theilen des Großhirns angehören und können nicht durch einen circumscripten Herd getroffen werden. Der pathologisch verminderten Spannung in einzelnen Gruppen der Associationsfasern entspricht pathologisch vermehrte in anderen. Der erste Zustand bewirkt Lähmung, Anästhesien, Amnesien; der andere Contracturen, Hyperästhesien, Zwangsvorstellungen (Erläuterung durch einen klinischen Fall).

Nach Ansicht des Vortr. wird durch fortgesetztes Studiren der Vorstellungskrankheiten vom Gesichtspunkte der Associationstheorie aus die Brücke zur Theorie der Geisteskrankheiten geschlagen werden. Auch WERNICKE definirt die Geisteskrankheiten als Associationskrankheiten im Gegensatze zu Erkrankungen des Projectionssystems. Damit wird der bisherige Fundamentalsatz der physiologischen Psychologie dahin corrigirt: „Das Organ des Intellectes ist nicht die Großhirnrinde im Allgemeinen, sondern die Associationsfaserung." —z.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

V.

Ueber die Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode.

(Fortsetzung.)

NEISSER (Correferent) hält viele von CASPARY's Einwänden gegen die prolongirte Behandlungsmethode als logisch nicht gerechtfertigt und durch die Thatsachen nicht begründet. Wenn CASPARY sich gegen FOURNIER's Schrift über diesen Gegenstand wende, so dürfe man nicht vergessen, daß viele der darin ausgeführten Sätze und Redewendungen, so die übertriebene Aengstlichkeit, die den Patienten gegenüber den Gefahren eingeflößt werde, zum Theile auf die französische Individualität, den Stil und das Publicum, für die er es berechnet, zurückzuführen sei. Er sei übrigens auch mit manchen Dingen FOURNIER's nicht einverstanden, so z. B. nicht mit der internen Behandlung, die oft zu Darmerscheinungen führe. Eine vernünftig geleitete prolongirte Behandlung halte er aber für vortheilhaft. Am besten zeige sich dies in der Ehe, wo oft dort nach einer Quecksilbercur gesunde Kinder erzeugt und geboren werden, wo früher stets hereditär syphilitische zur Welt kamen. Auch die Statistik gebe ihm Beweise von der Nützlichkeit einer länger durchgeführten Behandlung, als Symptome vorhanden sind. Auch die abwechselnd mit Jod vorgenommene Behandlung dort, wo dieses Medicament vertragen wird, insbesondere gegen tertiäre Formen, sei empfehlenswerth. Eine gemischte Jodquecksilberbehandlung empfehle er, weil dieselbe möglichst energisch sei, insbesondere bei syphilitischen Affectionen des Cerebrospinaltractes.

Die Serumtherapie, obwohl theoretisch schon durch das Gesetz des Choc en retour und das des Colles gerechtfertigt, sei derzeit noch nicht empfehlenswerth, weil man sie noch nicht beherrsche.

Der Referent gipfelt seine Anschauungen in folgenden zwölf Schlusssätzen:

I. Die tertiären Erscheinungen der Syphilis werden ebenso wie die papulösen Neubildungen der Frühperiode erzeugt durch ein organisirtes Virus (Syphilisbacterien); doch wird die Virulenz dieser Bacterien derart modificirt, daß sie jedenfalls in den späteren Jahren der Krankheit auf Gesunde nicht übertragbar sind und nur in dem bereits durchseuchten Organismus wirksam sein und Neubildungen erzeugen können. Unbekannt ist, ob die hier angenommene Nichtinfectiosität tertiärer Processe jedem tertiären Product in jeder beliebigen, auch sehr frühen Periode der Krankheit zukommt, oder ob auch hier ein dem Alter der Krankheit proportional zunehmendes Nachlassen der Virulenz besteht.

Die den tertiären Processen zukommende Eigenart der Neu- wie Rückbildung, also die im Vergleich zur Frühperiode modificirte Reaction der Gewebe auf die Einwirkung der (freilich auch modificirten) Bacterien beruht auf einer specifischen, wohl durch die Syphilistoxine hervorgerufenen Umstimmung der Gewebe.

Die Hypothese einer derartigen Umstimmung liegt umso näher, als wir dieselbe auch in dem Gegensatz der primären und der secundären Neoplasmen beobachten.

Die von KLOTZ aufgestellte Theorie von der directen Entstehung tertiärer Processe durch die Infection von tertiären Processen aus durch die in ihrer Virulenz modificirten Bacterien scheint mir unbegründet.

II. Bei der Frage der Aetiologie der tertiären Processe sind auseinanderzuhalten:

a) Die speciellen Ursachen eines bestimmten tertiären Processes, also die Ursachen der Localisation.

Als solche kennen wir:

1. Virusresiduen an den Stellen der primären oder vorausgehenden secundären Herde;

2. zufällige, durch Traumata oder pathologische Processe hervorgerufene „Provocation" des Virus.

b) Die allgemeinen, das Zurückbleiben von Virus im Körper begünstigenden Momente. Als solche sehen wir an:

1. alle die normalen Kampfmittel des Organismus gegen das Virus schädigenden Einflüsse;

2. ungenügende oder fehlende oder zu späte Quecksilberzuführung.

III. Uns scheint der wesentlichste ätiologische Factor für das Auftreten tertiärer Erscheinungen der Mangel einer guten Quecksilberbehandlung in der Frühperiode zu sein.

Gut ist eine Quecksilberbehandlung:

1. welche zeitig, spätestens mit den ersten Früherscheinungen beginnt; theoretisch wird man für einen möglichst frühzeitigen Beginn der Behandlung, sobald die Diagnose Syphilis feststeht, eintreten müssen;

2. welche besonders in der ersten Cur sehr energisch gehandhabt wird; in vielen Fällen hat eine einzige sehr energische Anfangsbehandlung genügt, um Beseitigung der Infectiosität, Vererbungsfähigkeit und — ein Decennium hindurch beobachtete Recidivlosigkeit zu erzielen;

3. welche lange Zeit, etwa bis in's 4. Jahr hinein, in abwechselnd energischen und miliaren Curen, welche durch genügende Pausen getrennt sein müssen, durchgeführt wird.

Von untergeordneter Bedeutung ist die Methode der Quecksilberzuführung. Die Auswahl der Methode wird abhängig zu machen sein:

1. von dem speciellen Zweck, den die einzelne Cur erreichen soll, um schnell oder langsam eintretende, lange oder kurze Zeit andauernde, intensiv oder milde Quecksilbereinwirkung zu erzielen und

2. von den äußeren Bedingungen, unter denen ein Kranker gerade eine Cur durchmacht,

3. sowie den speciellen Eigenschaften jedes einzelnen Quecksilberpräparates und seiner Resorptionsart durch den Organismus,

4. und schließlich von gewissen individuellen Momenten des zu behandelnden Menschen.

IV. Nur das Quecksilber ist — zur Zeit — als ein das Syphilisvirus selbst angreifendes Heilmittel anzusehen.

Ein Beweis dafür ist die Einwirkung des Quecksilbers auf die Vererbungsfähigkeit.

Die Jodpräparate haben nur die Fähigkeit, die Producte — und zwar fast nur die tertiären — des syphilitischen Virus zu beeinflussen.

Die Bade-, Schwitz-, Entziehungs- etc. Curen sind oft geeignet, die Wirkung der Quecksilbercuren zu unterstützen, haben aber nicht eine directe antiluetische Heilwirkung.

Die Serumtherapie hat thatsächlich Erfolge — trotz ihrer theoretischen Berechtigung — bisher nicht aufzuweisen.

V. Vernünftig geleitete, dem Zustande des Individuums angepaßte Quecksilbercuren sind absolut unschädlich.

Nachtheilige Einwirkungen irgendwelcher Art auf das körperliche oder geistige Befinden nach chronisch-intermittender Behandlung (FOURNIER) sind mir absolut unbekannt.

VI. Falsch ist es, die Häufigkeit oder Art der Früherscheinungen zum einzigen Maßstab für die Art und Zahl der Quecksilbercuren zu machen. Denn

1. werden bei sehr häufig sich einstellenden Recidiven ohne genügende Pausen zuviel Quecksilbercuren vorgenommen;

2. wissen wir, daß das Ausbleiben der Früherscheinungen keinerlei Prognose gestattet betreffs des späteren Verlaufs der Krankheit.

Es muß daher versucht werden, jeden Kranken — specielle Fälle ausgenommen — von seiner chronischen Krankheit durch chronische Behandlung zu befreien.

VII. Ein Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen ungenügender Quecksilberzufuhr in der Früh-Periode und dem Auftreten tertiärer Processe ist das colossal häufige Eintreten von tertiärer Syphilis bei sich selbst überlassenen Fällen, ein Verlauf, den wir sowohl aus den früher beschriebenen Syphilisendemien (Radeszyge, Skerlievo etc.), wie aus den jüngsten Schilderungen russischer Aerzte kennen. Ferner gehören hieher alle Fälle von Syphilis hereditaria tarda.

VIII. Für beweisend halte ich auch den auffallend großen Procentsatz von gar nicht oder schlecht behandelten tertiär Syphilitischen, die unser eigenes tertiäres Material aufweist.

Derartige Statistiken sind zwar nicht einwandsfrei, weil nur gegenübergestellt sind die Gruppen gut behandelter Tertiärfälle einerseits und schlecht behandelter Tertiärfälle, ohne Kenntniss des Krankheitsverlaufes bei gut behandelten und schlecht behandelten Syphilitikern überhaupt. Aber trotz dieses Mangels sind diese — noch dazu in den verschiedenen Ländern merkwürdig übereinstimmenden — Statistiken sehr werthvoll.

Voraussetzung dabei ist die Zuverlässigkeit der Statistik mit Bezug auf die Anamnese der einzelnen Krankheitsfälle.

Unzuverlässig ist die Verwerthung solcher Fälle, 1. deren syphilitische Natur zweifelhaft ist, und 2. deren tertiär-syphilitische Natur unsicher ist.

Ad 1. Auszuscheiden sind daher alle Fälle von Tabes und Paralyse. Scheint es auch sicher, daß die Syphilis, resp. die vom Syphilisvirus ausgehende Intoxication eines der wichtigsten, das Zustandekommen dieser Affectionen erleichternden Momente ist, so gehören diese Affectionen doch sicherlich nicht zur Gruppe der syphilitischen Processe selbst.

Es wäre eine zweifellos sehr interessante, aber von unserer heutigen Aufgabe zu trennende Arbeit, auch für diese Affectionen (Tabes, Paralyse und für die von Manchem als post- oder parasyphilitisch bezeichnete Leukoplakie) festzustellen, ob die Art der Frühbehandlung irgend einen Einfluss auf ihr Zustandekommen ausübt oder nicht.

Ad 2. Auszuscheiden sind ferner alle diejenigen Syphilisfälle, in denen der tertiäre Charakter des Processes zweifelhaft ist. Da es ebenso wie auf der Haut in allen übrigen Organen secundäre und tertiäre Erkrankungen gibt, so darf nicht, wie dies vielfach geschehen, eo ipso jeder Fall von Hirnsyphilis, Lebersyphilis etc., als tertiär aufgefaßt und verwerthet werden.

Die Auswahl bei diesen der Ocular-Untersuchung unzugänglichen Fällen ist umso schwieriger, als wir wissen, daß einerseits die Dauer der secundären Periode, andererseits der Zeitpunkt des Auftretens tertiärer Processe sehr wechselnd ist.

Ferner kommt in Betracht die Möglichkeit, daß Erkrankungen ganz anderer Natur (Sarcome etc.) bei Syphilitikern für tertiäre Recidive erklärt werden; Fehldiagnosen, die meist erst die Autopsie aufdeckt.

Oft wird ein prompter, durch Jodkalium erzielter Heilerfolg diagnostisch verwerthbar sein.

Schwierigkeit für die Verwerthung einzelner Fälle in der Statistik ergibt sich auch aus der Unsicherheit, wie weit eine früher vorgenommene Quecksilbercur, namentlich Schmiercuren und Pillenbehandlung, als „gut" mitgerechnet werden kann.

IX. Die Thatsache, daß sehr häufig solche Stellen, welche Sitz der primären und secundären Processe waren, später tertiäre Affectionen aufweisen, weist darauf hin, daß die locale Behandlung dieser Frühcruptionen von großer Bedeutung betreffs Vermeidung tertiärer Recidive sein kann.

X. Der regionären Behandlung vergrößerter Lymphdrüsen wird in Bezug auf die Möglichkeit, daß sie den Sitz des latent im Körper verweilenden Virus darstellen, besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sei.

XI. Ob sehr zeitiges Auftreten von tertiären Symptomen — Syphilis praecox — auch zeitiges Nachlassen von Infectiosität und Vererbungsfähigkeit bedeutet, ist unentschieden.

XII. Die „maligne" Syphilis ist nicht zu den tertiären Syphilisformen zu rechnen.

(Discussion folgt.)

Aus den Abtheilungen der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

VIII.

Abtheilung für Chirurgie.

LEXER (Berlin): **Zwei Fälle schwerer acuter Osteomyelitis mit Blutuntersuchung.**

Der erste der beiden Patienten, über die L. berichtet, erkrankte im vorigen Jahre in Carlsbad unter heftigen Fiebererscheinungen an einer schmerzhaften Anschwellung des linken Oberschenkels, nachdem er 3 Tage vorher eine Entzündung und Eiterung an einem Hühnerauge der rechten großen Zehe bekommen hatte. Als er drei Tage später schwerkrank in die v. BERGMANN'sche Klinik gebracht wurde, mußte das ganze untere und mittlere Drittel des linken Femur aufgemeißelt werden, das das gewöhnliche Bild der acuten Osteomyelitis bot. Eine Besserung des Allgemeinbefindens wurde hiedurch nicht erzielt. Im weiteren Verlaufe traten Vereiterungen beider Unterkiefergelenke auf, die geöffnet wurden, dann ein seröser Erguß in die Scheidenhaut des rechten Testikels, der zur Culturanlage punctirt wurde. Weiterhin schwollen zwei Metacarpophalangealgelenke der rechten Hand an, am rechten Oberarm mußte ein Weichtheilabsceß geöffnet werden, eine starke Verdickung des rechten Nebenhodens, sowie eine handtellergroße entzündliche Infiltration auf der rechten Brustseite stellten sich ein. 14 Tage nach Beginn der Erkrankung stirbt der Patient. Bei der Section finden sich außer der totalen Vereiterung der Weichtheile des linken Femur noch osteomyelitische Herde am oberen rechten Humerusende und in der Grundphalanx des 4. Fingers der rechten Hand, außerdem im vorderen Abschnitt der 5. Rippe rechts, so weit es möglich war, die Knochen zu untersuchen; außerdem rechts und links eitrige Pleuritis mit oberflächlichen Lungeninfarcten, weiterhin die bekannten pyämischen Herde und große Infarcte in beiden Nieren und eine erhebliche Verdickung der rechten Epididymis. Ein mikroskopisches Präparat von letzterer zeigte massenhafte Infiltrationen mit Staphylococcen. Aus der Punctionsflüssigkeit des rechten Cavum vaginale gingen Reinculturen des Staphyl. pyog. aureus auf. Was die übrige bacteriologische Untersuchung betrifft, so fand sich der Staphyl. pyog. aureus nicht nur in dem Eiter, sondern auch in den zahlreichen, aus dem Blute angelegten Culturen. Diese letzteren wurden an jedem Tage, den der Kranke in der Klinik verbrachte, gewonnen, wozu das Blut mittelst steriler Spritze aus verschiedenen subcutanen Venen entnommen wurde.

Der zweite Patient, ein 7jähriger Junge, war weniger acut unter Allgemeinerscheinungen, bestehend in Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Mattigkeit, mäßigem Fieber, schon seit drei Wochen erkrankt und als Typhuskranker behandelt worden, als er am 8. September vorigen Jahres mit einer diffusen, sehr schmerzhaften Anschwellung über dem rechten Theile des Stirnbeines mit hohem Fieber in die Klinik gebracht wurde. Am 9. September war eine ödematöse Anschwellung und Fluctuation über dem rechten Auge vorhanden; die Temperatur blieb über 39·2. Große Incisionen über dem Stirnbein und dem Musc. temporalis legten den Knochen bloß, unter dessen Periost einzelne kleine Eiterherde entdeckt wurden, und aus dessen Emissarien Eiter drang. Nach Entfernung der Tabula externa im Bereiche der Incisionen wurde eine mit Eiter erfüllte Spongiosa freigelegt und, bis man auf gesunde Theile gelangte, entfernt. Am nächsten Tage traten bei dem noch immer hochfiebernden Patienten Schmerzen auf der rechten Ferse auf; der Calcaneus erwies sich bei der Aufmeißlung fast ganz mit Eiter infiltrirt. Zu bemerken ist noch betreffs der möglichen Eingangspforte infectiöser Stoffe, daß sich am linken Unterschenkel eine Schnittwunde mit entzündeter Umgebung und über der Kniescheibe ein abgeheilter Furunkel befand. Am 12. September mußten noch weitere Incisionen am Schädel gemacht werden und traten entzündliche Infiltrate an beiden Vorderarmen auf.

Bei der Section des am 15. September unter Meningitissymptomen verstorbenen Knaben fand sich eine weitausgedehnte Osteomyelitis der Schuppe des Stirnbeins und des Scheitelbeins. Leider konnten die Röhrenknochen nicht nachgesehen werden. Es fand sich eine die ganze Convexität betreffende eiterige Meningitis. In den Lungen waren große und kleine Eiterherde und Infarcte sowie in den Nieren. Beiderseits bestand eiterige Pleuritis.

Auch in diesem Falle wurden vom 2. Tage des Aufenthaltes in der Klinik ab Blutproben aus verschiedenen subcutanen Venen entnommen, und zwar mit dem positiven Resultate des Befundes von Staphylococcen während der ganzen Dauer der Erkrankung.

Notizen.

Wien, 16. November 1895.

(ADOLPH FISCHHOF.) Auf dem hiesigen Central-Friedhofe ist gestern das prächtige Grabdenkmal des Freiheitskämpfers, Dr. ADOLPH FISCHHOF, einstigen praktischen Arztes in Wien, in Anwesenheit einer vielhundertköpfigen Versammlung feierlich enthüllt worden.

(Aerztekammern.) Bekanntlich fordert das Gesetz, daß die Stimmzettel, durch welche die Wahl der Mitglieder und Stellvertreter jeder Kammer erfolgt, unterfertigt werden, ein Modus, der bereits zu Recriminationen in ärztlichen Kreisen Veranlassung gegeben hat. So hat ein Wiener ärztlicher Verein ein Gesuch um Einführung geheimer Wahl an die n.-ö. Statthalterei gerichtet, welche demselben jedoch unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen keine Folge geben konnte. Größere Aussicht auf Erfolg dürfte der Vorschlag der Triestiner Kammer besitzen, nach welchem die Stimmzettel in der Weise anzufertigen wären, daß dieselben in Briefform zusammengefaltet und verschlossen werden können und außerdem einen Coupon besitzen, der die Unterschrift des Wählers trägt und vom eigentlichen Stimmzettel abgetrennt werden kann. Auf diese Weise wäre es möglich, bei geheimer Wahl die Namen der das Wahlrecht ausübenden Aerzte kennen zu lernen, wie dies das Gesetz verlangt.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Die Académie de médecine in Paris hat die Proff. Hofrath LUDWIG (Wien) und NENCKI (St. Petersburg) zu correspondirenden Mitgliedern gewählt. — Prof. RIEDEL in Jena hat eine Berufung an die Lehrkanzel für Chirurgie in Göttingen als Nachfolger KÖNIG's erhalten. — Dr. LUDWIG TÖRÖK hat sich als Privatdocent für Dermatologie an der Budapester Universität habilitirt.

(Städtische Aerzte.) Der städtische Bezirksarzt Dr. JULIUS NUSSBAUM wurde dem magistratischen Bezirksamte für den IX. Bezirk, Dr. FRANZ HÖFINGER jenem für den IV. Bezirk. Dr. MICHAEL ALT jenem für den VII. Bezirk und Dr. ARMIN PETSCHEK jenem für den III. Bezirk zugewiesen. Als supplirende städtische Aerzte für Armenbehandlung und Todtenbeschau, und zwar für den III. Bezirk wurde Dr. CARL LUDWIG HIRSCHFELD und für den IV. Bezirk Dr. RAIMUND HOFBAUER bestellt.

(Militärärztliches Officierscorps.) Der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. ANTON KNÖRLEIN, Sanitätschef des Militär-Commandos in Zara, wurde in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Ausdruck der Allerh. Zufriedenheit bekanntgegeben. — Der Reg.-A. II. Cl. Dr. NICOLAUS HACKMANN ist in den Activstand der k. k. Landwehr übersetzt worden.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: In der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 6. November d. J. hielt O. Lassar einen formvollendeten, von zahlreichen Demonstrationen naturwahrer Wachspräparate begleiteten Vortrag über die Lepra. Redner betonte in erster Linie die praktische Seite der Frage, welche Stellung die Aerzte und Hygieniker der Verbreitung der Lepra gegenüber einzunehmen haben, und wies darauf hin, daß in letzter Zeit in Europa wieder an den verschiedensten Stellen Lepraenklaven aufgetaucht seien, und daß die Affection anscheinend nur auf eine Gelegenheit warte, um schleichend wieder um sich zu greifen. Speciell in Rußland hat die Lepra anfangs ganz unbemerkt, in letzter Zeit aber in ganz erschreckender Weise um sich gegriffen (Petersen). Dadurch ist die Gefahr gegeben, daß auch in den benachbarten Ländern eines Tages die Lepra in einer größeren Zahl von Fällen wieder auftauchen werde. Vor einem Jahrzehnt war die Annahme verbreitet, daß durch Chrysarobin, Resorcin, Pyrogallussäure die Lepra heilbar sei; die natürliche Folge war, daß eine große Anzahl von Leprakranken aus dem Auslande und aus leprösen Gegenden in die Hauptstädte Europas zusammenströmte, um sich dort heilen zu lassen. Als die Hoffnung auf Heilung sich trügerisch erwies, tauchten diese zahlreichen Kranken wieder in der Bevölkerung unter, und Niemand kann wissen, wo sie geblieben sind. Redner hält es daher für angezeigt, die Factoren der Gesundheitspflege darauf aufmerksam zu machen, daß die Möglichkeit einer Einschleppung auf diesem Gebiete besteht, und daß Alles geschehen müsse, um diesem Ereigniß möglichst früh zu begegnen.

(Ueber die Sterblichkeitsverhältnisse der Aerzte) veröffentlicht Dr. Kortright im „Brooklyn Medical Journal" eine interessante Studie, welche auf die Mortalität von 450 Aerzten basirt ist, die in New-York, Brooklyn und Umgebung während der letzten 8 Jahre lebten und starben. Ihr Durchschnittsalter betrug 54·6 Jahre und die Mortalität war 25·53 gegenüber einer Mortalität von 15·93 bei den Geistlichen und von 20·23 bei den Juristen. Die Mortalitätsziffer der Angehörigen des ärztlichen Standes wurde nur überschritten von der der Gastwirthe, der Fleischer, der Steinhauer und der armen Fabriksarbeiter. Der Selbstmord kam bei Aerzten 4mal häufiger vor als bei den übrigen männlichen Erwachsenen. Dies hängt wohl mit der Selbstverwaltung von drastischen Heilmitteln zusammen. Die Sterblichkeitsziffer der Phthise ist bei Aerzten nur ungefähr halb so groß, als die diesbezügliche allgemeine Ziffer, hingegen ist die Sterblichkeit an Typhus außerordentlich hoch — $4^1/_2$% gegenüber $1^1/_4$% bei den übrigen männlichen Erwachsenen. Auffallend hoch war auch die Sterblichkeitsziffer der Arteriosklerose und anderer Degenerationsprocesse bei Aerzten. Sie betrug 35% gegenüber 25% bei den Vertretern der übrigen Stände. Es kann keinem Zweifel unterliegen, meint K., daß diese degenerativen Processe durch das regellose Leben, welches der Arzt zu führen gezwungen ist, gefördert werden. Der Arzt nimmt seine Mahlzeiten zu jeder Stunde des Tages und oft genug in größter Hast, oder er bringt eine zu lange Abstinenz durch ein zu reichliches Mahl ein oder sucht sich durch Alkoholgenuß darüber hinwegzusetzen; zeitweise überarbeitet er sich und schläft zu wenig. Wenn sich der Arzt krank und zur Arbeit unfähig fühlt, gönnt er sich nicht, gleich Anderen, sofort Ruhe, sondern arbeitet, bis er zu jeder geistigen und physischen Leistung unfähig ist.

(Cholera-Nachrichten.) In der Woche vom 5. bis 11. November wurden aus Galizien 28 Erkrankungen und 25 Todesfälle an Cholera asiatica (gegen 66 Erkrankungen und 41 Todesfälle in der Vorwoche) gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August dieses Jahres constatirten Cholerafälle beträgt 332, die Mortalität 66·2%.

(Statistik.) Vom 3. bis inclusive 9. November 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6201 Personen behandelt. Hievon wurden 1173 entlassen; 141 sind gestorben (10·79% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 104, egyptischer Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 10, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 95, Scharlach 135, Masern 338, Keuchhusten 84, Wundrothlauf 51, Wochenbettfieber 10, Parot. epid. 2, Influenza 2, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 581 Personen gestorben (0 gegen die Vorwoche).

Prof. C. Stoerk wohnt jetzt IX., Ferstelgasse 3.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 18. November 1895, 7 Uhr Abends im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Hofrath Professor Dr. Isidor Neumann: Ueber Pathogenese der tertiären Formen mit Rücksicht auf die Behandlung. (Mit Demonstrationen.)

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 20. November 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

Prof. R. v. Basch: Ueber Angiorhigos. (Schluß und Discussion.)

Das November-Avancement

im k. ungarischen landwehr-ärztlichen Officierscorps.

Ernannt wurden:

I. Im Activstande:

zu Regimentsärzten I. Classe: die RA. II. Cl.: DDr. L. Mèhes, B. Polinszky v. Kassa, L. Virág, Z. Vayda v. Alsó-Czernaton und St. Szilágyi;

zu Regimentsärzten II. Classe: die OA.: DDr. A. Darányi, H. Fenyö, J. Lukács und A. Pákh.

II. In der Reserve:

zu Regimentsärzten I. Classe: die RA. II. Cl.: DDr. Ig. Csillag und C. Kresmèry;

zu Regimentsärzten II. Classe: die OA.: DDr. D. Drechsler, M. Weisz und L. Förster;

zu Oberärzten 82 Assistenzärzte; zu Assistenzärzten 6 Unterofficiere und 1 Civilarzt.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Nr. 47. Sonntag den 24. November 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in Wien, I., **Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum**, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber eine weitere Reihe von Leberabscessen.

Von **Dr. Siegfried Schweiger,**
Stadtarzt und Leiter des städtischen Spitales in Travnik.

Als ich im Vorjahre meine ersten Beobachtungen über Leberabscesse veröffentlichte [1]), war ich weit davon entfernt, zu vermuthen, daß ich innerhalb einer relativ so kurzen Zeit über eine neue Serie von Beobachtungen verfügen würde. Ich war zu dieser Ansicht gelangt, weil ich ja nach meinen ersten Untersuchungen die Leberabscesse als Folgeerkrankung der Dysenterie anzusehen mich für berechtigt hielt, die Dysenterie jedoch in der Stadt Travnik, die das Hauptcontingent zu meinem Krankenmaterial liefert, seit 2 Jahren — nämlich seit Einführung einer Hochquellen-Wasserleitung — zu den größten Seltenheiten gehört. Ich sehe hiebei natürlich von den zahlreichen Fällen von acutem Darmcatarrh mit blutigen Stühlen ab, einer Erkrankung, die im ganzen Occupationsgebiete sich häufig findet und daher auch von den Eingewanderten den Namen der „bosnischen Krankheit" erhalten hat, von der Dysenterie jedoch, wenn auch symptomatologisch verwandt, anatomisch vollkommen verschieden ist.

Meine oben angeführte Ansicht finde ich auch thatsächlich bestätigt. Von meinen diesmaligen 8 Beobachtungen betreffen nämlich nur 2 Bewohner die Stadt Travnik, während die anderen Patienten entweder Bewohner der weiteren Umgebung der Stadt oder der Nachbarbezirke waren.

Letztere Thatsache ist für mich insoferne von Bedeutung, als sie mir beweist, daß das Vorkommen von Leberabscessen durchaus nicht auf das Gebiet der Stadt Travnik beschränkt ist, sondern wohl dem ganzen Lande eigenthümlich sein dürfte; ein Umstand, der mit Rücksicht auf die endemische Verbreitung der Dysenterie im Occupationsgebiete von vorneherein wahrscheinlich war. Ich habe allerdings, so oft ich ein oder den anderen der im Lande prakticirenden Collegen danach befragte, ob ihm Fälle von Leberabsceß zur Beobachtung gelangten, stets eine verneinende Antwort erhalten. Ich glaube dies jedoch nicht so sehr auf das Fehlen von Leberabscessen in den betreffenden Gebieten des Landes zurückführen zu dürfen, als vielmehr darauf, daß die Diagnose der Erkrankung, wie selbst von den auf diesem Gebiete gewiegtesten Autoren zugegeben wird, eine sehr schwierige ist und oft nur durch längere Beobachtung des in Spitalsbehandlung befindlichen Patienten ermöglicht wird.

Sollte es mir gelingen, durch die Schilderung der von mir beobachteten Fälle die Aufmerksamkeit der hierlands beschäftigten Aerzte zu erregen, so dürften sich bald die einschlägigen Beobachtungen mehren, und die vermuthete Thatsache, daß die Leberabscesse, sowie die Dysenterie eine endemische Erkrankung bilden, bald ihre Bestätigung finden.

Meine diesmaligen Beobachtungen erstrecken sich auf 8 Fälle, von denen 7 mit Dysenterie in Zusammenhang standen, was ich theils anamnestisch, theils durch Obductionsbefunde constatiren konnte. Wenn ich hiezu die früher beobachteten 10 Fälle rechne, von denen 9 erwiesenermaßen gleichfalls mit Dysenterie vergesellschaftet waren, so ergaben sich im Ganzen 16 mit Dysenterie complicirte Leberabscesse. Ein so häufiges Zusammenvorkommen der beiden Erkrankungen ist der Dysenterie der gemäßigten Gegenden nicht eigen; dieser Umstand drängt zu einem Vergleiche mit der Dysenterie und dem Leberabscesse der Tropen. Ich will hiebei vollkommen von den heute noch vielfach discutirten Fragen absehen, ob allen Leberabscessen der Tropen Dysenterie vorausgegangen ist (Macleod-Neil), ob beide Erkrankungen durch ein und dieselbe Ursache hervorgerufen werden (Bristowe, Dutroulau), ob die Ruhr dem Leberabscesse vorausgehe oder umgekehrt, und nur die fest-

[1]) Ueber Leberabscesse nach Dysenterie. „Wiener Med. Presse", 1894, Nr. 31—33.

stehende Thatsache in Betracht ziehen, daß die Dysenterie der heißen Gegenden häufig mit Leberabsceß complicirt ist.

Bevor ich jedoch den Vergleich durchführe, will ich noch auf einen Punkt aufmerksam machen. Als Grenze für das Vorkommen der epidemischen Ruhr und der damit verbundenen Leberabscesse wird der 45. Grad nördl. Breite angenommen. Nun fällt allerdings der größte Theil des Occupationsgebietes, insbesondere der für meine Beobachtungen in Betracht kommende Theil, in diese Breitegrade, jedoch fehlen klimatologisch alle Bedingungen, die für die Entstehung der tropischen Leberabscesse angenommen werden. Die mittlere Jahrestemperatur der Stadt Travnik beträgt 11·2°, eine Temperatur, die im Vergleiche mit der anderer im selben Breitegrade liegender Orte als sehr niedrig bezeichnet werden muß.

Beim Vergleiche der von mir gesehenen Dysenterieformen mit den aus den heißen Gegenden beschriebenen will ich mich beschränken: 1. auf die ätiologischen Momente, 2. die Symptomatologie und 3. die pathologisch-anatomischen Erscheinungen.

Nach den Untersuchungen der letzten Jahre kommt für die Aetiologie der Tropen-Dysenterie in erster Linie die als Amoeba coli oder von Kruse und Pasquale zum Unterschiede der auch im normalen Darme vorkommenden Amöbenart genauer als Amoeba Dysenteriae bezeichnete Infusoriengattung in Betracht. Wenn sich auch die Angaben über das Vorkommen von Amöben bei der Ruhr der Tropen täglich mehren, so sind wir doch insolange nicht berechtigt, dieselben als die einzigen Krankheitserreger anzusehen, als die Züchtung unzweideutiger Reinculturen und die experimentelle Erzeugung der Ruhrerkrankung mit demselben nicht gelungen ist. Auch die unbedingten Anhänger der Amöben, wie Kruse und Pasquale, Councilman und Lafleur, geben ohneweiters zu, daß „Amöben und Bacterien gemeinsam die pathologischen Veränderungen in der Darmwand einleiten".

In den zahlreichen von mir beobachteten Ruhrfällen habe ich stets wiederholt und sorgfältig nach Amöben gesucht, ohne diese auch nur ein einzigesmal zu finden.

In zwei Fällen sah ich die als Megastomum entericum bezeichnete Flagellatenart, der jedoch anerkanntermaßen keinerlei pathologische Bedeutung zukommt.

Was die Symptomatologie anbelangt, so glaube ich, daß sich unsere Dysenterieformen mit denen der heißen Gegenden vollkommen decken. Auch jene Autoren, die auf Grund der Aetiologie eine strenge Scheidung der beiden Ruhrformen befürworten, sind derselben Ansicht. Allerdings wird von Lutz die als Amöben-Dysenterie bezeichnete Ruhrform als chronische Enteritis bezeichnet, die schwer oder gar nicht heilbar sei, und in Gegensatz gestellt zu den mehr acut verlaufenden Fällen, bei denen Amöben nicht gefunden wurden. Ich kann jedoch auf Grund meiner Beobachtungen angeben, daß ebenso viele von meinen Fällen einen acuten als einen äußerst chronischen und malignen Verlauf zeigten und speciell jene Fälle, die mit Leberabsceß complicirt waren, zumeist einen recidivirenden oder von vornherein chronischen Charakter boten.

Als dritter und wichtigster Vergleichspunkt zwischen der hierlands vorkommenden und der aus den Tropen beschriebenen Ruhr mögen die pathologisch-anatomischen Veränderungen im Darme gelten.

Die Anatomie der dysenterischen Darmerkrankung, die lange Zeit hindurch im Dunkeln war, läßt auch heute noch eine volle Uebereinstimmung über das Entstehen der Geschwüre vermissen. Virchow, dessen Ansicht über die dysenterischen Geschwürsprocesse von den meisten Autoren acceptirt wird, unterscheidet eine diphtheritische Form der Ruhr mit Ausgang in die flachen, unregelmäßigen, anfangs oberflächlichen, später auch in die Tiefe reichenden Geschwüre, die nie unterminirte Ränder besitzen, ferner eine catarrhalisch-folliculäre Ruhr mit Bildung der typischen folliculären Geschwüre, die, wenn sie auf einzelne Follikel beschränkt sind, kleine, runde und tiefe Substanzverluste mit steil abfallenden Rändern darstellen, oder wenn sie größere Ausdehnung erlangen, etwas unterminirte Ränder und die glatte Submucosa als Basis zeigen. Virchow läßt demnach einen specifischen Charakter der dysenterischen Geschwürsbildung nicht gelten. Im Gegensatze hiezu stehen jene Autoren, die, wie Kruse und Pasquale, Councilman und Lafleur, für die Dysenterie der Tropen eine specifische Grundlage in Form der Amöben annehmen und dementsprechend auch eine specifische Form der Darmerkrankung beschreiben. Diese ist charakterisirt durch Nekrose in der Submucosa, ein Vorgang, der durch das Eindringen der Amöben veranlaßt, das Primäre des Geschwürsprocesses im Darme darstellen soll. Als Folge dieser Nekrose ergeben sich ausgedehnte Geschwüre mit wallartig aufgeworfenen, weit unterminirten Rändern, deren Basis mit einem zusammenhängenden Schorfe, dem Reste der nekrotischen Submucosa, belegt ist.

Wenn ich nun die von mir beobachteten Darmgeschwüre, die ich bei der Obduction von Dysenterie-Leichen zu sehen Gelegenheit fand, mit den eben geschilderten vergleiche, so kann ich ohneweiters behaupten, daß ich alle drei Geschwürsformen beobachtete, nämlich sowohl die Schleimhautgeschwüre der diphtheritischen Ruhr, als die folliculären der catarrhalischen und endlich ebenso oft die für die Amöben-Enteritis als charakteristisch angegebenen Ulcerationen. Die erste Geschwürsform fand sich öfters in den acut verlaufenden Fällen, während die zweite und dritte vielfach mit einander combinirt in den mehr chronischen Fällen zu finden waren. Von Letzteren bewahre ich in meiner Sammlung drei Präparate auf, die Leichen von an Leberabsceß Verstorbenen entnommen sind.

Aus dem eben angestellten Vergleiche ergibt sich demnach, daß die von mir beobachteten Dysenterieformen allerdings ätiologisch mit Rücksicht auf den negativen Befund auf Amöben, vorausgesetzt, daß wir heute überhaupt schon berechtigt sind, den Amöben eine ätiologische Bedeutung für die Ruhe zuzuerkennen, von der tropischen Dysenterie verschieden sind, daß sie jedoch symptomatologisch und, worauf hinsichtlich der Complication mit Leberabsceß aller Wahrscheinlichkeit nach das größte Gewicht zu legen ist, nämlich in Bezug auf die pathologische Anatomie vollkommen übereinstimmen. Die Identität der Tropendysenterie mit der in den gemäßigten Gegenden vorkommenden ist bereits von Chvostek, Berenger-Ferand, Griesinger und anderen Forschern mehrfach hervorgehoben worden.

Es erübrigt nun noch zu untersuchen, inwieweit sich unsere Leberabscesse mit den sogenannten tropischen vergleichen lassen.

In den grob anatomischen Verhältnissen herrscht wohl vollkommene Uebereinstimmung. Die Größe der Abscesse schwankte in meinen Fällen zwischen der eines Kindskopfes und der einer Walnuß. Kleinere Eiterherde kamen mir selbst bei multipler Absceßbildung nicht zur Beobachtung.

In der weitaus überwiegenden Zahl war nur ein Absceß vorhanden (16mal). Dasselbe Verhältniß zeigen die statistischen Angaben aus den Tropen: Waring fand unter 300 obducirten Fällen 117mal nur einen Absceß, Dutroulau unter 66 Sectionen 44mal und Rouis unter 146 tropischen Abscessen 110 in der Einzahl.

In einem Falle meiner ersten Sammlung beobachtete ich zwei, in einem anderen (Beobacht. 12) 6 Abscesse, von denen einer im linken, die anderen im rechten Leberlappen saßen. Es war dies auch der einzige von mir beobachtete Fall, in dem der linke Lappen betroffen war, ein Verhältniß, das auch für die tropischen Abscesse gilt. Nach Haspel kommt auf 30 Abscesse des rechten Lappens nur einer des linken, und Rouis fand in 156 Fällen den rechten 122mal, den linken allein 3mal, den rechten und linken zusammen 23mal befallen. Das auffallende Mißverhältniß in dem Befallensein der beide

Leberlappen findet nach LANGENBUCH seine Erklärung in der Verzweigungsart der Pfortader, indem der Ast für den rechten Lappen in der Achsenrichtung des Stammes, während der für den linken in einem nahezu rechten Winkel zum Stamme der Vene verläuft.

Die Abscesse fanden sich viel häufiger an der convexen Oberfläche als an der concaven. In Beobachtung 12 waren von den 6 Abscessen 4 an der convexen und 2 an der hinteren Fläche. Es ist dies ein Umstand, der für die Diagnose sowohl, wie für den operativen Eingriff von großer Bedeutung ist.

Die Innenwand des Abscesses ist uneben, zottig, zeigt vielfach Ausbuchtungen und Vorsprünge, von denen sich oft Reste des Lebergewebes durch den Hohlraum erstrecken. In den älteren Abscessen findet sich eine bindegewebige Absceßmembran, die nach Entleerung des Eiters sich von einer aus Eiter und zerfallenem Gewebe bestehenden Schmiere bedeckt zeigt. Eine auffallend dicke Absceßmembran fand sich in Beobachtung 18. In einem Falle (Beobacht. 17) bestand an einer Stelle des von einer festen bindegewebigen Hülle umschlossenen Abscesses ein ziemlich ausgedehnter nekrotischer Gewebszerfall und an dieser Stelle war es auch zum Durchbruch in das Peritoneum gekommen.

In all meinen Fällen zeigte der Eiter jene charakteristische Beschaffenheit, wie ich sie in meiner ersten Abhandlung beschrieben habe. Dieselbe Form des Eiters finde ich auch bei MAUSON beschrieben, der sie gleichfalls als allen Leberabscessen eigenthümlich bezeichnet.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt dementsprechend auch einen Unterschied von gewöhnlichen Absceßarten; der Inhalt der Leberabscesse erweist sich nur zum geringen Theile aus wirklichen Eiterkörperchen zusammengesetzt, zum größten Theile aus Detritus des Lebergewebes, enthält außerdem noch rothe Blutkörperchen in großer Menge und eine Schleimsubstanz, welche die gallertige Beschaffenheit des Eiters nach längerem Stehen bedingt.

Die bacteriologische Untersuchung ergab in all meinen Fällen das Vorhandensein von Streptococcen im Eiter. In mehreren Fällen konnte ich auch Reinculturen von Staphylococcus aureus gewinnen. Nur in einem Falle (Beobacht. 18), der alle Zeichen eines abgeschlossenen Processes zeigte, erwies sich der Eiter vollkommen steril. Amöben konnte ich bei meinen zahlreichen Untersuchungen weder im Absceßeiter, noch in der Absceßwand finden. Ebensowenig gelang dies meinem Collegen Dr. KARLINSKI, der aus einer übersandten Eiterprobe nur Streptococcen zu züchten vermochte.

Diese Resultate stehen zum Theile in Widerspruch zu jenen, welche einige Autoren, die tropische Leberabscesse untersucht haben, angeben. Von diesen wird nämlich der vollständige Mangel von eitererregenden Bacterien im Gehalte einer großen Zahl von Leberabscessen hervorgehoben, während die Amöben einen constanten Befund bildeten. CALMETTE fand in Cochinchina den Eiter von 7 Leberabscessen vollkommen steril und KARTULIS beschreibt unter 13 Fällen 8, wo im Eiter keine Bacterien gefunden wurden.

Der Mangel an eitererregenden Bacterien einerseits und das Vorhandensein von Amöben im Eiter, sowie in der Absceßwand andererseits würde wohl eine specifische Bedeutung der Amöben für den Leberabsceß nahelegen. MAUSON ist auch bereit, die eigenthümliche Beschaffenheit des Eiters als durch die Amöben veranlaßt anzusehen.

Diesen Beobachtungen stehen jedoch andere gegenüber, in denen neben den Amöben eitererregende Bacterien nahezu regelmäßig gefunden wurden. KRUSE und PASQUALE vermißten bei 6 dysenterischen Leberabscessen nur einmal eitererzeugende Bacterien vollkommen.

Dies ist wohl geeignet, die Bedeutung der Amöben als einziges ätiologisches Moment für die Entstehung der Leberabscesse herabzusetzen und würde eher dafür sprechen, daß die Parasiten nur indirect zur Erzeugung der Lebereiterung beitragen, insoferne nämlich, als sie den Transport der eitererregenden Bacterien in die Leber vermitteln (KARTULIS).

Von diesem Standpunkte dürften wohl auch die Thierversuche anzusehen sein, die darauf hinzielten, mit dem in den Darm eingeführten Inhalt der Abscesse Dysenterie zu erzeugen. Auch hier mögen wohl neben der mechanischen Läsion die mit dem Infectionsmaterial eingespritzten Bacterien in erster Linie in Betracht kommen. Ich möchte hier nur erwähnen, daß ich 3 Katzen den Inhalt von Leberabscessen (aus Beobacht. 11, 12 und 14) in den Darm injicirte und eine Afternaht anlegte; bei allen traten durch mehrere Tage andauernde, reichliche blutige Diarrhoen auf, die Thiere erholten sich jedoch bald, so daß ich im Darme keinerlei tiefere Läsionen erwarten konnte. Ich bin natürlich weit entfernt, diesen Versuchen bei ihrer Mangelhaftigkeit irgend welche Beweiskraft zuschreiben zu wollen.

Wenn ich demnach von der bisher zweifelhaften Bedeutung des Amöbenbefundes in vielen Fällen des tropischen Leberabscesses absehe, glaube ich nach dem eben angestellten Vergleiche zu dem Schlusse berechtigt zu sein, daß die von mir beobachteten Formen von Dysenterie und Leberabsceß vollkommen identisch sind mit denen der heißen Gegenden.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber einen durch Blasenstein veranlaßten Mastdarmvorfall.

Von **Dr. Victor Idzinski**, Primarius des allgem. Krankenhauses in Saybusch (Galizien).

Der 5jährige Carl, Sohn armer Bauersleute aus Groß-Zopotnia, wurde am 12. November 1894 in das hierortige Spital aufgenommen. Nach Angabe seiner Mutter litt der Knabe seit mehr denn einem Jahre an einem Mastdarmvorfalle, welcher nur mühsam reponirbar war. Dieses Leiden verschlimmerte sich letztere Zeit derart, daß das Kind fortwährend von Stuhl- und Harndrang belästigt wurde und in Folge dessen Tage und Nächte weinend zubrachte. Die Anamnese ergab, daß das Kind bis zu seinem vierten Lebensjahre, d. i. bis zum Jahre 1893, vollkommen gesund war; von dieser Zeit angefangen klagte es über Bauchschmerzen, ging häufig zu Stuhl, wobei es nur geringe Fäces entleerte und durch den starken Tenesmus der Mastdarm immer mehr und mehr hervorgedrängt wurde. Ob das Kind Dysenterie überstanden, läßt sich nicht genau bestimmen, jedoch gibt die Mutter an, daß das Kind öfters aus dem Mastdarm geblutet, was wohl auf Darmulcerationen, wie solche bei Mastdarmvorfällen häufig vorkommen, zurückzuführen wäre. Sicher ist es, daß zu Beginn der Krankheit weder im Hause, noch im Orte sich ein Dysenteriefall zeigte. Befragt über die Symptome des chronischen Darmcatarrhs, bemerkt die Mutter, das Kind litt und leide noch immer an Diarrhoe, mit Schleimabsonderung aus dem vorgefallenen Mastdarme.

Die Untersuchung des Kindes ergab vor Allem das Fehlen jeder Dyskrasie — somit keine Spur von Scrophulose oder überstandener Rhachitis. Das Kind dem Alter entsprechend entwickelt, genügend ernährt; Kopf und Gesicht zeigen keine Veränderung, die Zunge nicht belegt, Respirationsorgane normal, der Bauch leicht eingezogen, beim Drucke nicht schmerzhaft, Magen und Gedärme leer, Milz und Leber nicht vergrößert, die Harnblase gefüllt, zwei Finger hoch über der Symphyse.

Aus dem Anus drängt sich ein dem vorgestülpten Mastdarme und dem S romanum entsprechender, 40 Cm. langer halbkreisförmig gewundener Körper hervor. Die Mucosa des vorgefallenen Darmstückes ist geschwellt, hochroth gefärbt und zeigt weder oberflächliche Geschwüre, noch tiefliegendere Narben, welche auf überstandene Dysenterie schließen ließen. Das Kind weint ununterbrochen, läßt sich nicht gut untersuchen, dabei fortwährender Tenesmus, wodurch immerwährend einestheils vollkommen flüssiger Stuhl, anderntheils tropfenweise sickernder Harn entleert werden.

Auf Grund des obigen Befundes war ich gern bereit, das Kind in das Spital aufzunehmen, und zwar aus dem Grunde, um das prolabirte Darmstück zu reponiren und nachher mit Zuhilfenahme intra-abdominal angelegter Nähte im Wege der Laparotomie in seiner normalen Lage zu fixiren. Diese Operation, welche zuerst von HUTCHINSON angegeben wurde, wird in letzterer Zeit gerne geübt und gibt unter allen anderen Behandlungsmethoden des Prolapsus ani und recti die besten Erfolge, wovon ich mich persönlich zu überzeugen Gelegenheit hatte, da Collega BOGDANIK mir einige Kranke im Bialer allgemeinen Krankenhause vorzustellen so freundlich war.

Bevor ich jedoch zur Operation schritt, zog ich es vor, den Kranken in der Chloroformnarkose zu untersuchen, um mich zu überzeugen, wie der Mastdarm sich reponiren lasse, was nach eingeleiteter Narkose ziemlich leicht gelang. Während dieser Procedur, welche mehr in Halbnarkose ausgeführt wurde, fiel es mir auf, daß der Knabe, so oft er Tenesmus bekam, sich gleichzeitig beim Gliede fing und dasselbe nach vorne zog, wobei der Harnstrahl plötzlich unterbrochen wurde.

Dabei stellte sich das Glied des Knaben bedeutend verlängert und mit zurückgezogener Vorhaut dar, welche letztere wie bei Onanisten trocken und verdickt war. Nachdem ich bei einem 5jährigen Kinde eine Selbstbefleckung (im engeren Sinne des Wortes) doch nicht zulässig fand, wurde ich der Ansicht, daß den Veränderungen am kindlichen Gliede zweierlei Ursachen zu Grunde liegen können.

Vor Allem konnte diese entweder Folge rein reflectorischer Sensibilität der Sexualorgane sein, wie wir solche des öfteren bei Mastdarmleiden begegnen. Es ist ja allgemein bekannt, daß man bei den mit Hämorrhoidalknoten oder Analfissuren Behafteten Harnverhaltung oder umgekehrt Harndrang, insbesondere nach Operation beider dieser Krankheiten, häufig beobachtet — oder aber die Ursache wäre in den Urogenitalwegen zu finden. Behufs genauer Diagnose untersuchte ich sowohl den Urogenitaltract als auch den Harn, zu welchem Zwecke ich einen Hartkautschukkatheter in die Blase einführte, da ich weder eine Steinsonde, noch einen Metallkatheter für ein fünfjähriges Kind besitze. Durch den eingeführten Katheter konnte ein harter Körper in der Blase nicht entdeckt werden und der nach der Untersuchung in ein eigenes Gefäß entleerte Harn war rein, von schwachsaurer Reaction und frei von abnormen Bestandtheilen. Meine Untersuchung hielt ich noch nicht für beendet, wohl wissend, daß Blasenleiden auf diese Untersuchungsart nicht immer zu ergründen sind, weshalb ich den Zeigefinger in das Rectum einführte, um von hier aus die Blase zu betasten — jedoch neuerdings nichts Abnormes fühlen konnte. Erst nachdem ich zwei Finger einführte und die bimanuelle Untersuchung vom Rectum und den Bauchdecken aus in Anwendung brachte, entdeckte ich im oberen rechten Blasentheile ziemlich hoch, etwa auf der Höhe des Mittelfingers, einen harten unebenen rundlichen, walnußgroßen, unbedeutend beweglichen Körper. Ich ahnte einen Blasenstein, und um meine Diagnose sicher zu stellen, führte ich wieder den Katheter in die Blase. es gelang mir aber trotz Zuhilfenahme der Finger im Rectum weder mit dem Katheter bis zu dem den Körper verschiebenden Finger zu gelangen, noch das charakteristische Reibungsgeräusch zwischen Stein und Sonde hervorzurufen. Trotzdem und nur gestützt auf das Ergebniß der manuellen Untersuchung diagnosticirte ich einen im Divertikel eingebetteten Blasenstein, und in der Voraussetzung, daß der beschriebene Mastdarmvorfall in diesem Falle im ursächlichen Zusammenhange mit der Blasenreizung durch den Blasenstein stehe, nahm ich mir vor, zuerst den Blasenstein zu entfernen und erst dann, wenn diese Operation ohne Erfolg für den Mastdarmvorfall wäre, zur Behandlung dieses zu schreiten.

In dem gegebenen Falle war ich der Ansicht, daß hier die Nerven in einer der oberwähnten entgegengesetzten Richtung, d. i. von der Blase gegen das Rectum und S romanum zu, reflectorisch gereizt wurden.

Die Operation vollführte ich am 15. November 1894 unter gefälliger Assistenz der Collegen JOSEF SZAJNA aus Saybusch und KLEIN aus Rayeza.

Nach gehöriger Reinigung und eingeleiteter Narkose des Kindes reponirte ich zuerst den prolabirten Mastdarm, sowie das S romanum und schob in die Analöffnung sechs mit Bindfaden armirte Wattetampons ein; doch trotz Narcose hatte der kleine Patient so starken Stuhldrang, daß diese sofort herausfielen, so daß dieselben neuerdings eingeführt und von einem der assistirenden Collegen während der Dauer der ganzen Operation mittelst eingeführter Finger in ihrer Lage festgehalten werden mußten. Nachdem die Blase mit 200 Grm. einer warmen Borlösung gefüllt war, führte ich die typische suprapubicale Längsspaltung unterhalb des Peritoneums aus.

Nach Freilegung der Blase unterhalb des Peritoneums schob ich mir den Stein bis zum mittleren Blasentheile vor, eröffnete die Blase mittelst eines Längsschnittes über der Prominenz des Steines und extrahirte sodann mittelst eingeführter Zange einen walnußgroßen, mit unebener stachelförmiger Oberfläche versehenen Stein.

Erwähnenswerth ist es, daß gleichzeitig mit der Extraction des Steines der Stuhldrang gänzlich aufhörte und die Operation ohne jedwede Störung zu Ende geführt werden konnte.

Sodann legte ich sechs doppelreihige Knopfnähte an, deren erste Reihe die Mucosa frei ließ, und auf diese Art schloß ich exact die Blase, beließ im untersten Wundwinkel einen Gazestreifen und vereinigte schließlich die Bauchmuskeln und die Haut. Der Katheter wurde in der Blase gelassen, mit einer Hebervorrichtung verbunden und in ein mit Borlösung gefülltes Gefäß geleitet, der Kranke auf die Seite gelagert, die Tampone im Mastdarme belassen und intern Opium gereicht.

Der Verlauf nach der Operation war vom besten Erfolge, der Harn ging sehr gut durch den Verweilkatheter ab und nach Entfernung der Tampone, was einen Tag nach der Operation geschah, fiel der Mastdarm weder jetzt, noch an den folgenden Tagen, ja nicht einmal beim Stuhlgange mehr vor, jeder Drang hörte auf, die Temperatur blieb stets normal. Am 5. Tage Verbandwechsel; der im unteren Wundwinkel belassene Gazestreifen war mit Harn nicht imbibirt, wurde entfernt und der Katheter, damit sich derselbe mit Incrustationen nicht verstopfe, gewechselt. Am 8. Tage begann der Harn neben dem Katheter abzufließen, weshalb derselbe ganz entfernt wurde, ebenso die Hautnähte. Von nun an urinirt der Pat. ganz frei und hat nur ganz geringe Schmerzen, welche durch Urethralreizung durch den Verweilkatheter veranlaßt wurden. 14 Tage nach der Operation war die Bauchwunde vollkommen verheilt und die Harnentleerung ganz normal — vom Mastdarmvorfall absolut nichts mehr bemerkbar.

Der beschriebene Fall ist meiner Ansicht nach uns in vielseitiger Beziehung äußerst lehrreich, denn er liefert nicht nur einen Beitrag zur Aetiologie des Mastdarmvorfalles bei Kindern, sondern er beweist gleichzeitig die Tragweite im Erforschen der primären Krankheitsursache — jenes idealen Strebens nach unserem uralten Principe „cessante causa, cedit effectus; vorausgesetzt ich hätte die Ursache des Mastdarmvorfalles nicht entdeckt — so würde ich wohl denselben intraabdominal durch Nähte fixirt haben — und angenommen, der kleine Pat. hätte auch die Operation glücklich bestanden, ist es zweifellos, daß eine Recidive eintreten müßte, welche mich wohl für immer zum Gegner dieses in letzter Zeit so angepriesenen Operationsverfahrens gemacht hätte.

Nur die eingehendste und exacteste Untersuchung schützte mich vor eventuellen traurigen Folgen, und da ähnliche Fälle, wie der hier beschriebene, des öfteren vorkommen, glaube ich es nicht überflüssig zu finden, hierauf aufmerksam zu machen.

Einschlägige Literatur steht mir nicht zur Disposition und habe auch keine Kenntniß davon, inwieferne oder ob überhaupt der Causalnexus genannter beider Krankheitsformen, d. i. Mastdarmvorfall und Blasenstein, beobachtet wurde, glaube aber mit Berechtigung annehmen zu dürfen, daß gerade nur eine eingehende Beobachtung des ursächlichen Zusammenhanges die Zahl der bis jetzt ohnehin von keinen glänzenden Erfolgen gekrönten Darmvorfalloperationen reduciren würde und gestatte mir schließlich mich dahin auszusprechen, daß in allen solchen Krankheitsfällen ein besonderes Augenmerk auf die Harnblase zu richten wäre.

Aus der I. medicinischen Klinik zu Warschau.

Das Wesen und die Behandlung der Chlorose.

Von **Dr. Stanislaus Klein**, I. Assistenzarzt der Klinik.

II.

Zu den, von den meisten Autoren als constant und dominirend bei der Chlorose aufgefaßten Symptomen gehören folgende: Veränderungen des Blutes, Alter und Geschlecht der Kranken, Menstruationsanomalien, Magendarmstörungen, pathologische Abweichungen im Gefäßsysteme, Störungen nervöser Natur, das eigenartige Aussehen und der relativ gutartige Ausgang der Krankheit.

Das beinahe constante Symptom der Chlorose — die Blässe der Haut und Schleimhäute — richtete zu aller Zeit das Augenmerk der Aerzte auf das Blut der Kranken und wir besitzen deshalb heutzutage ein ziemlich vollständiges Bild der hämatologischen Verhältnisse des chlorotischen Blutes. Was die Erythrocytenzahl betrifft, so ist sie oft normal, öfter aber finden wir die Zahl der rothen Blutkörperchen bedeutend herabgesetzt. So fand z. B. Eichhorst auf 35 eigene Fälle nur in 11 eine normale, respective um Weniges subnormale Zahl der Blutkörperchen, in den übrigen Fällen war die Verminderung eine ziemlich beträchtliche und erreichte manchmal 1,400.000. Reinert hat unter 247 eigenen und aus der Literatur gesammelten Beobachtungen nur 99 mit normaler Blutkörperchenzahl zusammenstellen können. Mein eigenes Material ergibt in allgemeinen Zügen dasselbe Resultat. Die relative Hämoglobinmenge ist regelmäßig in bedeutend stärkerem Grade, als es der Blutkörperchenabnahme entspricht, herabgesetzt, woraus der Schluß berechtigt ist, daß jedes Blutkörperchen hämoglobinärmer ist. Das genannte Verhalten gilt auch für diejenigen, oft schweren Fälle von Chlorose, wo die Zahl der Blutkörperchen normal bleibt. Ja, in den letztgenannten Fällen sinkt gelegentlich die Menge des Hämoglobins in so enormer Weise, daß die erhaltenen Zahlen nicht nur relativ, sondern absolut geringer, als in den Fällen mit Blutkörperchenarmuth ausfallen können. Der Procentsatz des Hämoglobins kann im Allgemeinen außerordentlich gering werden. In den Fällen von Eichhorst betrug der niedrigste Procentgehalt an Hämoglobin bei normaler Blutkörperchenzahl 40%, ich beobachtete 34 und sogar 32%. Wo die Zahl der Erythrocyten stark herabgesetzt ist, bekommt man 20% und noch niedrigere Ziffern zu sehen.

Die bei der Chlorose gelegentlich verminderte Blutkörperchenzahl veranlaßte Graeber zu behaupten, daß reiner Chlorose eine normale Erythrocytenzahl entspreche und deshalb die Abnahme der Erythrocytenmenge auf einer die Chlorose complicirenden Anämie beruhe.

Letztere wäre somit eine recht häufige Complication der Chlorose. Es bliebe nur unverständlich eine Complication, die sich klinisch in keiner Weise äußert. Angesichts der mangelhaften Kenntnisse der Bedingungen, welche Verarmung des Blutes an Körperchen und Hämoglobin hervorrufen, wäre es höchstens statthaft, zu vermuthen, daß die Oligocythämie entweder Folge der vorausgehenden Oligochromämie ist, oder gemeinsam mit der letzteren eine Erscheinung darstellt, die von der Grundursache der Chlorose abhängig ist. Wir wissen es doch ganz genau, daß mit Ausnahme der acuten posthämorrhagischen Anämie die meisten Anämien zunächst durch Oligochromämie ausgezeichnet sind, und daß erst später sich die Oligocythämie hinzugesellt. Nur in den seltenen Fällen acuter intoxicatorischer Anämie (z. B. Sepsis), wo die toxischen Substanzen in erster Reihe einen Zerfall der Blutkörperchen hervorrufen, scheint die Oligocythämie von vornherein sich einzustellen. Was für Ursache bei der Chlorose wirkt, wissen wir leider nicht; aus den oben angeführten Zahlen wäre zu vermuthen, daß ein Zerfall der Blutkörperchen sehr häufig zu Stande kommt; ob er regelmäßig vorhanden ist, ist eine Frage, die der Lösung harrt. Möglicherweise ist ein geringerer Blutkörperchenzerfall auch bei den leichteren Formen der Chlorose die Regel; man müßte nur die Annahme machen, daß die verloren gegangenen Blutkörperchen durch neue, aus den noch normal functionirenden blutbildenden Apparaten herstammende vertreten werden.

Als weitere, nicht uninteressante hämatologische Thatsache wäre zu erwähnen das normale specifische Gewicht des Blutserums der Chlorotischen (1·030). Hammerschlag hat in 30 Fällen kein einziges Mal eine pathologische Verminderung beobachtet, die Minima, die er erhielt, waren 1·026, bei specifischem Gewichte des Blutes 1·038 und 1·027 bei specifischem Gewichte des Blutes 1·043. Das specifische Gewicht der Blutkörperchen ist dagegen regelmäßig herabgesetzt, was entschieden darauf hinweist, daß der einzige Sitz der Blutveränderungen in den Blutkörperchen zu suchen ist. Die letzteren sind wasserreicher und enthalten weniger Eiweiß und Hämoglobin als normaliter (Jaksch), jedoch ist der Wasserüberfluß weniger ausgesprochen, als bei den secundären Anämien, wo gleichzeitig die Oligocythämie bedeutend ist (Stintzing und Gumprecht).

Gestaltsanomalien der Blutkörperchen (Poikilocytose) sind ziemlich häufig, besonders in den Fällen mit stark herabgesetzter Menge der Blutkörperchen oder des Hämoglobins; im Allgemeinen sind die Körperchen kleiner als normale (Hayem).

Kernhaltige Blutkörperchen finden sich in ganz geringer Menge im Blute der Chlorotischen (2—3 in einem Präparate). Hie und da sind sie jedoch in ziemlich bedeutender Zahl vorhanden. Neuerdings konnten Hammerschlag und Neudorfer in manchen Fällen von Chlorose Normoblasten in großer, Megaloblasten in geringer Menge nachweisen. Ein analoger Befund ist mehrfach bei perniciöser Anämie, und zwar größtentheils im Stadium der Reconvalescenz beobachtet worden. Aehnlich schien es sich bei der Kranken Neudorfer's zu verhalten, deren Zustand unmittelbar nach dem oben constatirten Blutbefunde unter Eisentherapie sich zu bessern anfing. Acceptiren wir den Befund von Normo- und Megaloblasten bei der Chlorose, ohne die Richtigkeit der Diagnose der genannten Autoren in Frage zu stellen (der Fall N.'s ist unzweifelhaft Chlorose gewesen), so bleiben uns zwei Alternativen als die wahrscheinlichsten: entweder zeigen die schweren Formen der Chlorose manche Analogie mit der perniciösen Anämie, oder die Normo- und Megaloblasten besitzen keinen diagnostischen Werth für die letztere. Daß die schweren Chlorosen mehrfache Berührungspunkte mit den leichteren Formen der perniciösen Anämie besitzen, wurde schon längst von Immermann behauptet; unsere Kenntnisse über die letzteren sind jedoch ziemlich mangelhaft, da sie nur selten beobachtet und diagnosticirt werden. Wir müssen uns deshalb mit den Befunden bei den geheilten, respective in Heilung begriffenen perniciösen Anämien begnügen. Ich fühle mich auf Grund meiner eigenen Beobachtungen zur Behauptung berechtigt, daß die frühen Stadien der perniciösen Anämie so außerordentlich ähnlich den schweren Chlorosen sind, daß mancher geübte Hämatolog ohne weitere Bedenken gelegentlich dort Chlorose diagnosticiren wird, wo der vorausgegangene Krankheitsver-

lauf unbedingt für perniciöse Anämie sprach. Die Aehnlichkeit hängt wohl damit zusammen, daß das für die schweren Formen der perniciösen Anämie charakteristische Verhältniß des Hämoglobins zu den Blutkörperchen in den eine Heilungstendenz aufweisenden Fällen derart sich verändert, daß die Menge der rothen Blutscheiben früher als die des Hämoglobins sich der Norm zu nähern beginnt, so daß es ein, zuweilen über längere Zeit sich hinstreckendes Stadium im Krankheitsverlaufe gibt, wo der Procentsatz des Hämoglobins der Blutkörperchenzahl nicht entspricht, respective derselben um Bedeutendes nachsteht. Berücksichtigen wir noch neben dem hämatologischen Befunde den gesammten klinischen Verlauf, der gelegentlich den der Chlorose genau nachahmt, so wird unsere Meinung über die Verwandtschaft der Chlorose mit der perniciösen Anämie kaum paradox genannt werden können.

Für die nahe Verwandtschaft der Chlorose mit der perniciösen Anämie sprechen auch einigermaßen die noch der Bestätigung bedürftigen Beobachtungen BIERNACKI's, der bei den Anämien im Allgemeinen eine compensatorische Steigerung der Hämoglobinmenge in den einzelnen Blutkörperchen feststellen konnte; in den leichteren Fällen tritt diese Steigerung in ziemlich geringem Grade ein, in den schweren dagegen, wo die Zahl der Blutkörperchen enorm gesunken ist, kann die Steigerung so ausgesprochen werden, daß sie zu deutlicher Disproportion zwischen der Hämoglobinmenge und der Blutkörperchenzahl, mithin zur Ausbildung einer der prägnantesten Erscheinungen der perniciösen Anämie führt.

Was die klinische Bedeutung des Zuflusses der Normo- und Megaloblasten bei der perniciösen Anämie anbetrifft, so dürfen wir nicht unbeachtet lassen die von mehreren Autoren (GRAWITZ, EHRLICH) und von mir wiederholt constatirte Thatsache der Anwesenheit von Normo- und Megaloblasten im Blute bei malignen Tumoren, insbesondere bei Knochenneubildungen, bei atrophischer Lebercirrhose und bei anderen schweren, von secundärer Anämie begleiteten Krankheiten. Es könnte demzufolge scheinen, daß den genannten Gebilden keine pathognostische Bedeutung bei der perniciösen Anämie zukommt. Dem ist aber nicht so. Berücksichtigt man nämlich die Thatsache, daß einerseits sowohl die eben erwähnten secundären Anämien als die schwere Chlorose klinisch sich wenig vom Bilde der perniciösen Anämien unterscheiden und daß andererseits die Aetiologie des als perniciöse Anämie bekannten klinischen Bildes ihre Grenzen dermaßen immer mehr erweitert, daß man geradezu die verschiedensten Krankheitsursachen als ätiologische Momente der perniciösen Anämie zu beschuldigen berechtigt wird, so kommt man zur Ueberzeugung, daß die Anwesenheit der Megaloblasten nur auf schwere hämatologische Veränderungen bei gleichzeitiger, gut erhaltener Regenerationsthätigkeit der blutbildenden Apparate hinzuweisen vermag; als weiterer Beweis kann der starke Zufluß von Normoblasten zum Blute gelten und die subjective Besserung der Kranken nach dem Erscheinen der Megaloblasten. In letzterem Sinne ist auch das Auftreten dieser Gebilde bei der Chlorose zu deuten.

Die Zahl der Leukocyten bleibt in der Regel normal; Leukocytose ist nur den schweren Fällen eigenthümlich, Eosinophilie kommt oft vor.

Es bleibt noch die wichtige Frage über das Verhalten des Eisens im chlorotischen Blute zu erledigen übrig. Als Regel ohne Ausnahme galt bei Chlorose die Thatsache der Verarmung des Blutes an Eisen, besonders seitdem FOEDISCH und später BECQUEREL und RODIER auf chemischem Wege nachgewiesen haben, daß das chlorotische Blut kaum die Hälfte der normalen Eisenmenge enthält. Im vergangenen Jahre publicirte BIERNACKI seine Untersuchungen über die Chemie des Blutes, auf Grund deren er zum Schlusse kommt, daß sowohl bei der Chlorose als bei den meisten Anämien die Menge des Eisens im sämmtlichen Blute nicht so bedeutend verringert ist, als man es aus der berechneten Hämoglobinmenge schließen könnte, und zwar deshalb, weil die Blutkörperchen selbst reicher an Eisen, respective an Hämoglobin sind. Mit der Beurtheilung dieser, unsere landläufigen Ansichten über Anämie gänzlich umstürzenden Befunde müssen wir jedoch vor der Hand ganz vorsichtig sein, da das Untersuchungsmaterial ziemlich spärlich und ungleichmäßig war und eine Bestätigung der BIERNACKI'schen Resultate zur Zeit noch nicht vorliegt.

Ueber die gesteigerte Blutalkalescenz sprachen wir uns oben aus, auf die Inconstanz dieses von GRAEBER sehr überschätzten Symptoms hinweisend. Nicht unerwähnt bleibe die Ansicht derjenigen Autoren (ROSENBACH), die die gesteigerte Blutalkalescenz von der Abnahme der Salzsäure im Magen abhängig machen. Daß diese Erklärung nicht allgemein giltig ist, beweist schon das ziemlich differente Verhalten der Magensecrete in den einzelnen Fällen von Bleichsucht.

Es wurde seinerseits viel von der Zunahme der Gesammtquantität des Blutes bei der Chlorose, die man als eine Polyaemia serosa betrachtete, gesprochen (EICHHORST, SCHOLZ, BIERNACKI). Diese Vermuthung wird, solange keine präcisen Methoden zur Bestimmung der Blutmenge in vivo vorhanden sind, hypothetisch bleiben, ebenso wie die zur Stützung dieser Ansicht herbeigeführten Beweise (reichlicher Ausfluß aus der Vene bei Blutentziehungen, die Wirksamkeit der letzteren bei der Chlorose, der volle Puls etc.) problematischer Natur sind.

Aus der detaillirten Zusammenstellung der hämatologischen Daten ersehen wir somit, daß sie allein zur Diagnosestellung der Chlorose keineswegs genügen, da sie auch bei verschiedenen andersartigen Anämien vorzukommen pflegen. Ein wichtiger Schluß läßt sich vorläufig aus der Hämatologie der Chlorose ziehen, daß das Wesen der Blutveränderungen nicht blos in der Qualität der Blutkörperchen, sondern wahrscheinlich auch in ihrer Quantität sich kundgibt: die Blutscheiben sind nicht blos kleiner und weniger resistenzlos als normale, sondern sie bilden sich auch in geringerer Menge aus, respective gehen in übernormaler Menge zu Grunde. Ueber die Natur des die Blutveränderungen hervorrufenden Grundmomentes gibt uns die hämatologische Untersuchung gar keine Auskunft.

Ein weiteres, diagnostisch wichtiges und von den meisten Autoren betontes Merkmal ist die Entstehung der Chlorose bei Frauen, und zwar beinahe ausschließlich im Pubertätsalter. Die meisten Fälle werden im 12.—13. Lebensjahre beobachtet, selten nach den Fünfundzwanziger-Jahren; es unterliegt jedoch keinem Zweifel, daß Chlorose auch in noch späterem Alter vorkommen kann. Das wußten schon die älteren Kliniker (NIEMEYER, CANSTATT, SÉE), neuerdings beschrieb RIEDER drei typische Fälle von Chlorose bei dreißig- bis vierzigjährigen Frauen, die früher nie an Bleichsucht gelitten haben.

Sehr wichtig wäre die genaue Feststellung, ob und wie häufig die Chlorose bei jungen Mädchen vor dem 13. Lebensjahre vorkommt (FORSTER); die Fälle, die NONAT beschrieben hat, sind unzuverlässig, da die Diagnose ausschließlich durch die Anwesenheit eines Geräusches an der Pulmonalarterie gestützt wurde. LUZET behauptet kategorisch, nie die Chlorose bei Kindern gesehen zu haben und, wo sie vorzuliegen schien, ließ sich immer bei genauer Nachforschung ein bestimmtes ätiologisches Moment der Anämie nachweisen.

Manche Autoren (TANQUEREL DES PLANCHES, MAUREL, HAYEM, IMMERMANN) wollen die Chlorose auch bei Knaben beobachtet haben; leider stammen diese Beobachtungen aus einer Zeit her, wo die Verwechslung der verschiedenen Gruppen von Anämie sehr leicht möglich war; übrigens, so viel man aus der Beschreibung erschließen kann, hatten die genannten Fälle einen sehr günstigen Verlauf und erreichten im Weiteren nicht die Intensivität der weiblichen Chlorose. Möglicherweise handelte es sich um Fälle aus der STRÜMPELL'schen Gruppe der sogenannten einfachen essentiellen Anämie. Uebrigens steht principiell Nichts im Wege, auch bei Knaben

die Möglichkeit einer Chlorose zuzulassen, da das vermuthliche ätiologische oder disponirende Moment, das bei in's Pubertätsalter eintretenden Mädchen in Gestalt einer gewaltsamen Umgestaltung des Organismus sich zu äußern pflegt, auch bei Knaben in demselben Alter von Belang sein könnte.

Jedenfalls kann es keinem Zweifel unterliegen, daß eine derartige Umgestaltung viel intensiver sich beim weiblichen, als beim männlichen Geschlecht vollbringen muß, da der weibliche Organismus im Pubertätsalter manche, zur Entwicklung der künftigen Frucht nothwendige Vorräthe aufzuspeichern hat. Bunge zeigte, daß der neugeborene Hund in seiner Leber einen großen Vorrath Eisen trägt, das binnen der ersten Monate vom Säugling, der auf die ausschließliche Ernährung mit der äußerst eisenarmen Muttermilch verwiesen ist, gänzlich verbraucht wird. Es liegt sehr nahe, daran zu denken, meint weiterhin Bunge, daß dieser Eisenvorrath sich im weiblichen Organismus schon zum Eintritt der Pubertät anzuhäufen beginnt; es ist somit auch möglich, daß eine übermäßige oder abnorm stattfindende Aufspeicherung des Eisens eine Verarmung des Blutes an Eisen, eventuell eine Chlorose im Pubertätsalter verursacht.

Menstruationsanomalien gehören zu den häufigsten Erscheinungen der Bleichsucht. Die Ursache derselben ist theils darin zu suchen, daß der Chlorose ausschließlich Mädchen unterliegen, und zwar in einem Alter, wo die Menstruation häufig aus manchen anderen mit der Chlorose nichts Gemeinsames besitzenden Gründen gestört ist, theils auch in der Anämie zu suchen, die, mag sie dieser oder jener Natur sein, von Menstruationsanomalien begleitet werden kann. Andererseits werden Fälle von schwerer Chlorose mit normaler Menstruation ab und zu beobachtet (H. Schultze).

Sehr viele Autoren wollen die Menstruation, als solche, als Entstehungsursache der Chlorose beschuldigen. Die verschiedenartigsten Störungen der Menstruation, verfrühtes oder verspätetes Erscheinen derselben, übermäßiger oder spärlicher Blutabfluß, Unterbrechung der Menses, Grad der körperlichen Entwicklung beim Eintreten des ersten normalen oder abnormen Monatsflusses, die Menstruation selbst mit ihren periodischen Blutverlusten, alle die genannten Momente sollen die Entstehung der Chlorose verursachen können. Allein schon die große Mannigfaltigkeit der Abweichungen von demselben physiologischen Acte macht den ätiologischen Werth desselben sehr problematisch, desto mehr, da man durchaus häufig Chlorosen begegnet, die bei körperlich gut entwickelten Mädchen, die mehrere Jahre hindurch ganz normal menstruirten, sich einstellen.

So viel läßt sich wohl ohne Weiteres zugeben, daß in vereinzelten Fällen die besprochenen Menstruationsanomalien das Einschreiten der Chlorose begünstigen, respective beschleunigen können. Von einem grundursächlichen Werthe derselben kann jedoch keine Rede sein. In diesem Sinne spricht sich eben Immermann aus. Strümpell geht einen Schritt weiter, indem er diesem Momente jeden ätiologischen Werth abzusprechen sucht; seiner Meinung nach wurde bei der Chlorose, wie es so oft in der Medicin geschieht, die Folge mit der Ursache verwechselt. Hoffmann hält dennoch an seiner früheren Behauptung fest, wonach die Störungen im Geschlechtsleben der Frau die primäre und wichtigste Ursache der Chlorose darstellen: eine genaue Analyse des Zusammenhanges und der gegenseitigen Beeinflussung der Geschlechtsorgane und der blutbildenden Apparate vermissen wir bei Hoffmann.

Referate und literarische Anzeigen.

Aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald.

L. Heidenhain (Greifswald): **Ueber die Entstehung von organischen Herzfehlern durch Quetschung des Herzens.**

Ein in den vorhergehenden $2^1/_2$ Jahren nachweislich niemals krank gewesener Matrose, der 32 Jahre zur See gefahren war und die letzten drei Jahre auf einem Nassbagger beim Bau des Nordostseecanals gearbeitet hatte, erlitt einen Betriebsunfall dadurch, daß die Kurbel einer Ankerwinde mit großer Heftigkeit gegen die Herzgegend stieß. Seitdem (Mitte Mai) litt der Mann an starken Schmerzen in der Brust, Luftmangel und Herzklopfen, so daß er schließlich im Anfang Juli ganz arbeitsunfähig wurde; ein Arzt constatirte einen schweren Herzfehler, und in der Greifswalder Klinik bestätigten Heidenhain und Strübing diese Diagnose als Stenose und geringere Insufficienz der Aortenklappe, Insufficienz und leichte Stenose der Mitralis, die klinischen Erscheinungen beherrscht vom Bilde der Aortenstenose. Heidenhain, von der Berufsgenossenschaft zum Urtheil über Zusammenhang zwischen dieser Herzkrankheit und dem Betriebsunfalle aufgerufen, untersuchte die Frage, ob durch Quetschung der Herzgegend ein organischer Herzfehler entstehen könne. Ganz unmöglich war es nicht, daß der Unfallverletzte eine schleichende Endocarditis besaß, welche zufällig zur Zeit des Unfalls in Folge plötzlicher Herzerlahmung manifest wurde; Heidenhain selbst hat einen solchen Fall früher erlebt und beschrieben — aber dann war es immerhin möglich, daß der Unfall an der plötzlichen Herzerlahmung schuld war.

Eine sehr fleißige Durchsuchung der Literatur und eine kritische Beleuchtung der in ihr niedergelegten Beobachtungen läßt H. („Deutsche Zeitschr. für Chirurgie", Band 41, Heft 4/5) zu folgenden Schlüssen kommen: 1. Durch anatomische Beobachtungen ist erwiesen, daß in seltenen Fällen durch stumpf einwirkende äußere Gewalten bei Fehlen einer Wunde, mit oder ohne Rippenbruch, leichte Quetschungen des Myocards erzeugt werden, welche an sich eine Fortdauer des Lebens gestatten. Vermuthlich können als Folge davon in vivo Symptome von Herzinsufficienz entstehen. 2. Einige anatomische, sowie vier sichere klinische Beobachtungen, auch Leichenversuche, beweisen, daß durch stumpf wirkende äußere Gewalt im linken Herzen Klappenzerreißungen hervorgerufen werden können. Beweis für die Klappen des rechten Herzen fehlt. 3. Von dieser Art von Klappenzerreißung ist die häufigere, gelegentlich auch im rechten Herzen beobachtete, Ruptur durch innere Gewalt, d. h. in Folge übermächtiger Steigerung des Blutdruckes bei einer starken körperlichen Anstrengung zu scheiden. 4. Klappenzerreißungen an und für sich können nur eine Insufficienz der Klappen erzeugen, wie es auch die Mehrzahl der einschlägigen klinischen Erfahrungen bestätigt. 5. Die seltenen Fälle, in denen nach einer Quetschung der Herzgegend eine Klappenstenose gefunden wurde, lassen sich nur durch nachfolgende entzündliche Veränderungen erklären, vermuthlich durch eine schleichende Endocarditis.

R. L.

J. Czajkowski (Sosnowice): **Ueber die Mikroorganismen der Masern.**

Schon im Jahre 1892 hat C. die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die im Blute und im Schleimsecret der Nase bei Masernkranken gefundenen Mikroorganismen veröffentlicht, ohne daß diese Befunde, ähnlich wie die damals fast gleichzeitig erfolgten und übereinstimmenden Angaben von Canon und Pielicke, gebührende Beachtung gefunden hätten. Gegenwärtig verfügt C. über bacteriologische Untersuchungen in 56 Fällen von Masern, welche, und darauf legt C. ganz besonderes Gewicht, aus vier verschiedenen Epidemien stammen (vom Jahre 1892 bis incl. 1895). Von diesen 56 Fällen wurde in 37 Fällen das Blut mikroskopisch untersucht, in 19 Fällen wurden Culturen angelegt und Thierversuche angestellt. („Centralbl. f. Bact. u. Par." 1895, Nr. 46.)

Die im Blute der Masernkranken gefundenen Mikroorganismen repräsentiren sich in der Gestalt von ziemlich dünnen Bacillen mit stumpfen Enden. Sie zeigen lebhafte Bewegung; am häufigsten finden

sie sich einzeln im Blutplasma, selten liegen sie in unregelmäßigen Gruppen. Die Länge schwankt zwischen 0·5 μ und der Länge des Diameters eines rothen Blutkörperchens. Anilinfarben färben die Bacillen gut, wenn auch nicht immer einheitlich; oft und besonders bei den längeren Formen bleibt ein Theil des Protoplasmas ungefärbt. Nach der GRAM'schen Methode lassen sich die Bacillen gar nicht färben. Die Culturen der Bacillen gedeihen auf verschiedenen flüssigen und festen, Eiweiß enthaltenden Nährböden mit Ausnahme von Gelatine und Agar. Auf Glycerinagar, auf Glycerinagar mit Hämatogen und auf Blutserum entwickeln sich die Bacillen am 3. bis 4. Tage nach der Impfung, indem sie winzige Colonien in Gestalt von Thautropfen, welche sich in einander ergießen, bilden. Der beste Boden für die Entwicklung der Masernbacillen ist Bouillon oder sterilisirtes seröses Transsudat aus der Bauchhöhle. Die Culturen in diesen Nährböden erscheinen in Gestalt eines weißen, ziemlich schweren Sedimentes. In alten Culturen nimmt dieses Sediment eine gelblichgraue Schattirung an. Was die Impfung der Masernbacillen auf Thiere betrifft, so wurde dieselbe blos an Kaninchen und Mäusen durchgeführt. Die ersteren erwiesen sich als völlig immun, die Mäuse dagegen gingen am 3.—4. Tage nach subcutaner Impfung kleiner Culturmengen unter Erscheinungen der Septicämie zu Grunde.

C. ist geneigt, die von ihm gefundenen und cultivirten Bacillen als die für die Masern specifischen Mikroorganismen, resp. als die die Masern hervorrufende Ursache anzusehen. Ba.

LUDWIG MANN (Breslau): **Ueber den Lähmungstypus bei der cerebralen Hemiplegie.**

Vor 6 Jahren veröffentlichte WERNICKE in der „B. klin. W." einen kurzen Aufsatz über die Lehre von der Hemiplegie; er beschäftigt sich darin besonders mit der hemiplegischen Beinlähmung und wies nach, daß sich in allen Fällen von Hemiplegie die anfangs über das ganze Bein verbreitete Lähmung späterhin zu einem großen Theile zurückbilde und auf bestimmte Muskelgruppen beschränkt; diese Prädilectionsmuskeln, welche bei der Hemiplegie dauernd paretisch bleiben, sind die Beuger des Unterschenkels und die Dorsalflexoren des Fußes. Durch diese Vertheilung erklärt sich der Umstand, daß die Hemiplegiker die Fähigkeit des Gehens wieder erlangen, insofern nämlich gerade diejenigen Muskeln, welche beim Gehen vorwiegend gebraucht werden, wieder functionsfähig werden; der Gang erhält nur dadurch sein eigenthümliches Gepräge, daß die Verkürzung des Beines beim Vorwärtsschwingen in Folge der Lähmung der Prädilectionsmuskeln ausbleibt. MANN behandelt nun in einem in der VOLKMANN'schen Sammlung (Verlag von Breitkopf & Härtel, 1895) erschienenen Vortrage den hemiplegischen Lähmungstypus der oberen Extremität und findet, daß die Hemiplegie nicht einzelne Muskeln, sondern ganze Muskelmechanismen lähme, also functionell zusammengehörend, eine physiologische Bewegungseinheit darstellende Muskelcomplexe; zu den dauernd gelähmten Muskelgruppen gehören der für die Handöffnung und für die Auswärtsrollung der ganzen Extremität bestimmte Complex; zu den weit kleineren Gruppen gehören die Handschließer und die Einwärtsroller der Extremität. Die für die feineren Verrichtungen nöthige Opposition des Daumens ist bei der Hemiplegie immer am schwersten geschädigt, und in leichten Fällen bleibt eine Beschränkung der Daumenopposition als einziges Residuum zurück. Da die Kraft der Fingerbeuger, welche die Hand zur Faust schließen, gut erhalten ist, können Hemiplegiker, welche mit der gelähmten Hand nicht schreiben und keinen Knopf zuknöpfen, also keine feinere Verrichtung mit der Hand vornehmen können, doch einen groben Gegenstand festhalten, z. B. einen Eimer tragen, den Besen führen, mit der Schaufel arbeiten u. s. w. Mit der Fingerbeugung bleibt die Function der Handstreckung erhalten, der Mechanismus der Fingerbeugung hängt mit dem der Handstreckung zusammen, da wir bei jeder kräftigen Beugung der Finger gleichzeitig die Strecker des Handgelenkes innerviren. Da aber die Fingerstrecker und die Handgelenksbeuger gleichmäßig geschwächt sind, so haben die Pat., welche einen groben Gegenstand ganz gut festhalten können, doch im Momente des Fassens Schwierigkeit, weil sie die Oeffnung der Hand nicht genug ausgiebig ausführen können.

Nach MANN ist auch der von WERNICKE entdeckte Typus der hemiplegischen Beinlähmung so aufzufassen, daß in constanter Weise ein bestimmter Muskelcomplex gelähmt ist, welcher in einer immer in gleicher Weise wiederkehrenden Combination bei zahlreichen Bewegungen, besonders beim Gange, in Thätigkeit tritt, nämlich der der Verkürzung des Beines dienende Muskelcomplex, dagegen bleibt der für die Verlängerung bestimmte Muskelcomplex gewöhnlich intact. Zu den gelähmt bleibenden Muskeln gehören die Beuger des Hüftgelenkes, die Beuger des Unterschenkels und die Dorsalflexoren des Fußes; zu den intact bleibenden Muskeln gehören die Strecker des Fuß- und Kniegelenkes und die Plantarflexoren des Fußes. Fe.

Aus der Frauenklinik in Strassburg im E.

Die äußere Untersuchung der Gebärenden. Von **Dr. Robert Müllerheim**, ehemaligem Assistenten der Klinik, jetzigem Frauenarzt in Berlin. Berlin 1895, Oscar Coblentz.

Bekanntlich will sich in jüngster Zeit, um eine Infection der Kreissenden möglichst zu vermeiden, eine Strömung geltend machen, die innerliche Untersuchung ganz zu unterlassen oder höchstens auf die dringendsten Fälle zu beschränken. An Stelle der innerlichen Untersuchung soll eine möglichst vervollkommnete äußere treten und soll unter dieser die Geburt geleitet werden. An der Spitze dieser Strömung steht der Dresdener LEOPOLD und schließt sich ihm der Verfasser vorliegenden Schriftchens, der ehemalige Assistent der Straßburger Klinik, ROBERT MÜLLERHEIM, an. In extenso theilt er uns mit, in welcher Weise bei bereits begonnener Wehenthätigkeit das Kinn, sowie die Stirne abgetastet und aus deren Stellung die des Schädels erschlossen werden kann. Bei bereits vollkommen in das Becken eingetretenem Kopfe bestimmt er die Stellung der Schultern und will er aus dieser die des Schädels bestimmen. Des Weiteren behandelt er in eingehendster Weise die äußere Beckenmessung und Beckenuntersuchung, sowie die genaue Besichtigung des ganzen Körpers und gibt die diagnostischen Anhaltspunkte an, aus denen sich entnehmen lassen soll, welche Form des engen Beckens vorliegt. Weiterhin bespricht er, in welcher Weise mittelst äußerer Untersuchung der Sitz der Placenta bestimmt werden kann. Auch den Stand und die Form des Uterus verwerthet er nach dieser Richtung hin, ob die Wehenthätigkeit eine ausreichende sein wird oder nicht.

Schließlich empfiehlt er, wenn schon innerlich untersucht werden muß, per rectum zu untersuchen und nicht per vaginam. Wenn der Fachmann, der mit der innerlichen Untersuchung vollkommen vertraut ist, sich der bisher etwas vernachlässigten äußeren auf einige Zeit widmet, so ist durchaus nicht daran zu zweifeln, daß er binnen Kurzem gar viele Geburten nur mittelst vorgenommener wiederholter äußerer ganz gut bis zu deren Ende zu leiten im Stande sein wird. Dieses Princip auf Studirende zu übertragen, hält Ref. aber für gewagt. Die kurze Zeit, die der Student, der späterhin als praktischer Arzt allen medicinischen Disciplinen gleichmäßig nachkommen muß, dem Studium der Geburtshilfe widmet, reicht kaum dazu aus, ihn mit der innerlichen Untersuchung der Schwangeren und Kreissenden so vertraut zu machen, daß er sich nach dieser Richtung hin vollkommen fest fühlt. Wird von dieser beschränkten Zeit ein Theil weggenommen und der vervollkommneten äußeren Untersuchung geopfert, so kann dies nur auf Kosten der genauen Kenntniß der inneren geschehen. Da nun letztere die Basis des therapeutischen Eingreifens bei pathologischen Geburten bildet, so ist der Nachtheil dieser Lehrmethode ein auf der Hand liegender und umso unberechtigter, als bei sorgsam eingehaltener Desinfection trotz häufig vorgenommener innerer Untersuchung von Seite der Studirenden das Morbiditäts- und Mortalitätsprocent der Verpflegten auf ein Minimum herabgedrückt werden kann, wie dies die Ausweise so ziemlich aller Kliniken erweisen. Wozu daher den Studirenden nach einer Richtung hin unvollkommen ausbilden zum Nachtheile und Schaden der Individuen, denen er in Zukunft als Geburtsarzt beistehen soll? Prof. L. KLEINWÄCHTER.

Eine neue Theorie über die Ursachen einiger Nervenkrankheiten, insbesondere der Neuritis und der Tabes. Von **Dr. L. Edinger.** Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. 1894.

EDINGER ist der Anschauung, daß die nervösen Elemente durch ihre Function sich verbrauchen und durch den Stoffwechsel restaurirt werden müssen; krank werde das Nervensystem dadurch, daß entweder der Stoffwechsel ungenügend ist oder der Verbrauch ein excessiver war. Trotzdem er sich die einzelnen Bausteine für seine Auffassung aus sicher fundirten Beobachtungen und allgemein anerkannten Thatsachen holte, trotzdem er sich auf dieser Supposition fascinirend geistvoll und umsichtig bewegt, wird ihm der Beifall seiner Fachgenossen ausbleiben.

In dem von ihm lancirten Begriff des mangelhaften Ersatzes kann man die Ursache für die Tabes nicht sehen. Warum figurirt die physische Ueberanstrengung — also Erschöpfung — als Ursache sowohl für die Tabes, wie für Myelitis, Neurasthenie, Ischias, zahlreiche Lähmungen, Tetanus etc? Die Ueberanstrengung ist kaum die Ursache für Tabes, sie kann wohl die Bedingung sein für die Besonderheit des einen oder des anderen Tabesfalles, sie kann vielleicht den Verlauf beeinflussen, einzelne Symptome oder Complicationen hervorrufen. Wenn die Ueberanstrengung die Ursache der einzelnen Rückenmarkskrankheiten wäre, wie kommt es, daß wir ausschließlich motorische Krankheitsbilder finden, da wir in der physiologischen Erkenntniß schon so weit sind, bei jeder Muskelfunction auch sensible Componenten betheiligt zu wissen; auch diese müßten dann überangestrengt sein. Auch müßte es bei EDINGER's Annahme viel häufiger vorkommen, daß sich die Krankheitsbilder miteinander mengen und addiren, während wir doch überwiegend einheitliche Krankheitstypen feststellen können. Diese und andere Widersprüche ließ EDINGER unberücksichtigt.

ERBEN.

Feuilleton.

Die Frauen im Reiche Aeskulaps.

(Schluß.)

Neben den Hebammen gehörten in vielen deutschen Städten zu den gesetzlich berechtigten weiblichen Heilkünstlern auch halb und halb noch mit die „Wasserbrennerinnen", welche das Recht zur Anfertigung gewisser Heilmittel hatten. Als die Nürnberger Apotheker sich im Jahre 1651 beim Nürberger Rathe über die Stümperei und Quacksalberei beschwerten, wurde vom Rathe erlassen: „Soviel aber das Säfft-Sieden und Wasserbrennen belanget, so von geschworenen und anderen Frauen bishero getrieben worden, ihnen solches noch ferner verbleiben zu lassen, doch mit dieser austrücklichen Anzeig, dass sowohl die geschworne als andere eigene Purgier-Säfft oder dergleichen Sächlein, noch ander purgantia bei Straff 5 Gulden nicht herausgeben sollen."

In früheren Jahrhunderten forderte man überhaupt von Damen von Stand und Bildung, namentlich von solchen, die auf dem Lande lebten, daß sie in der Arznei- und Heilkunst nicht völlig unbewandert waren. In dem Werke „Adeliges Landleben von v. Hohberg, Nürnberg 1682" heißt es: „Also steht einer löblichen edlen Haus-Mutter wohl an, eine nach ihrem Willen und Vermögen dienliche kleine Apothecken anzurichten, darinnen sie im Notfall für eine und andere Krankheit Zuflucht finden, auch ein von ferne her gehohlter Medicus, der offt gehoblet und nicht recht berichtet wird, was für einen Zustand er curieren soll, daselbst finden kann, was etwan zur Cur von nöthen ist. Sie soll sich auf das Destillirn verstehen und allerlei gute ausgebrannte Wasser in Vorrath schaffen. Sie soll nie ohne Theriak, Mithridat, Confection, Alkermes und Hyacintha, Bezoar, Rhabarbara, Sennenblätter, Agaricum und dergleichen sein, allzeit allerhand medizinalisch Oele, Balsam, Spiritus, Salia, Hertz- und Kraftwasser, Salsen, Syrupen, Säffte, Julap, Latwergen, Pulver, Salben, Pflaster, Essig, Zeltlein, Morsellen und gute Rauchen in ihrer Apothecken bereiten, so soll sie auch die bei ihr wachsende gesunde gute Kräuter, Wurtzen, Blühe, Früchte, Samen zu rechter Zeit einsammlen, dörren und aufheben lassen. Alle Species sollen in saubern Büchsen, Gläsern und Schachteln sein und allzeit darauf geschrieben, was es und in welchem Jahr und Zeit es gemacht sei, ohne daß sich eine Haussmutter in die hohe gefährliche chimische Sachen, da in der Präparation sowohl als in der Dosi große und unwiederbringliche Fehler können begangen werden, einzumengen unterstehen. Die dürren Kräuter, Wurzen und Blühe erhalten sich am besten in aus saubern, groben Papier gemachten Säckeln, da ihre Krafft am wenigsten ausdunsten und exhalieren kann. Diese können oben fein verbunden und an Nägel aufgehangen werden, damit sie vor Staub, Mäusen und Ungeziefer sicher bleiben." Vielfach scheint sich das weibliche Geschlecht der Ausübung der Arzneikunst mit zuviel Begeisterung und Schwärmerei hingegeben zu haben, so daß dadurch Tadel und das Mißfallen der Zeitgenossen herausgefordert wurde. Das Vertrauen, welches die vom weiblichen Geschlechte ausgeübte Arzneikunst damals genoß, sieht man aus dem derzeitigen Sprichworte: „Wer seine Arznei bei Weibern kauft, bezahlt sie mit dem Leben." Dagegen läßt sich indessen auch wieder anführen, daß einige dieser vornehmen Dilettantinnen sich durch ihr medicinisches Wissen eine ziemliche Berühmtheit erworben haben.

Unter solchen heilkundigen deutschen Frauen des Mittelalters steht die heilige Hildegard oben an. Dieselbe stammte aus ritterlichem Geschlechte und wurde 1098 zu Bechheim an der Nahe geboren. Ihre Schulbildung erhielt sie im Kloster der Benedictinerinnen zu Disibodenberg. Später trat sie in dieses Kloster als Nonne ein und wurde 1136 zur Aebtissin desselben gewählt. Unter den verschiedenen nachgelassenen Schriften der heiligen Hildegard befindet sich ein Werk medicinisch-naturwissenschaftlichen Inhalts. Dasselbe führt in alten Ausgaben verschiedene Titel, und zwar: „Physica" oder „Libri de natura hominis, elementorum diversarumque creaturum" oder „Libri simplicis et composite medicine". Das Werk ist in den Jahren 1151—1159 abgefaßt und enthält eine Beschreibung der natürlichen Heilkräfte der bekanntesten Thiere, Pflanzen und Mineralien jener Zeit, nebst Anweisungen zur Bereitung vieler empirisch erprobter Arzneien gegen Menschen- und Viehkrankheiten.

Als Anhängerin der mittelalterlichen Humoralpathologie erklärte Hildegard die Entstehung der Krankheiten aus einem Ueberschusse und einer Verderbniß der Säfte, humores, welche zuweilen gleich einem aus seinem Bette tretenden Flusse die Körper überfluthen und in den Gefäßen und Eingeweiden desselben Stürme erregen. Indessen nur mit Gottes Gnade sind die Krankheiten heilbar; ohne diese ist alle ärztliche Hilfe fruchtlos! „Die vorzugsweise aus Pflanzen bereitete Arznei ist in der Regel innerlich zu nehmen, entweder in Form eines Tranks, oder auch als Pulver, das der Speise zugesetzt wird." Von besonderen Tränken wird vielfach der „luterdranck" erwähnt, der lateinisch claretum, später Claret genannt wurde. Diesem luterdranck, der aus Wein, Honig und aromatischen Substanzen bestand, ließen sich verschiedene Arzneimittel beimengen und dadurch genießbar machen.

Eine Dame des 18. Jahrhunderts kann ihren jetzt lebenden Schwestern in der Liebe zur Botanik ein leuchtendes Vorbild sein. Es ist dies die 1712 geborene Frau Elisabeth Blackwell, die Gattin des Arztes ALEXANDER BLACKWELL. Letzterer hatte in Edinburgh studirt und sich alsdann seinen Doctorhut aus Leyden geholt. Nach mißlungenen Versuchen, in Schottland eine Praxis zu bekommen, führte er ein abenteuerliches Leben und errichtete in London eine Buchdruckerei. Bei der schwarzen Kunst blühte ihm das Glück indessen ebensowenig wie in der Heilkunst. Im Jahre 1734 machte er bankerott und wurde von seinen Gläubigern für zwei Jahre in den Schuldthurm geschickt. In dieser Zeit der Noth faßte seine Frau Elisabeth den Entschluß, mit Hilfe ihres Zeichen- und Maltalentes die Mittel zu erwerben, um ihren Gatten aus dem Gefängnisse zu befreien. Sie beschloß die Herausgabe eines Abbildungswerkes der Medicinalpflanzen. Mit Hilfe und Unterstützung von MEAD, SLOANE, MILLER und RAUD gelang es ihr, das Werk in zwei Jahren fertig zu stellen. Sie sammelte die Pflanzen, zeichnete sie nach der Natur, stach die Platten auch selbst und colorirte sie. Alsdann schrieb sie zu den Abbildungen kurze Erläuterungen und übersetzte diese in verschiedene Sprachen. Diese Abbildungen waren die besten, die damals vorhanden. Sie zeichneten sich durch ihre

Wahrheitstreue, Exactheit und künstlerische Vollendung vor allen anderen ähnlichen Bilderwerken jener Zeit aus. Das Werk hatte den Tittel: „A curious Herbal etc., d. i. ein auserlesenes Kräuterbuch, welches enthält 500 Abbildungen der meist nützlichen Gewächse, die heutigen Tages zur Arzney angewandt werden und nach denen nach dem Leben von Elisabeth Blackwell gemachten Zeichnungen in Kupfer Bogensgrösse gestochen sind. Diesen ist beigefügt eine kurze Beschreibung der Gewächse und derselben gemeinen Gebrauchs in der Arzney. London 1739.“ Das Werk gefiel dem Nürnberger Arzte und Botaniker CHRISTOPH JACOB TREU so sehr, daß er dasselbe in's Deutsche und Lateinische übersetzte und vermehrt und verbessert mit prächtigen Abbildungen in Nürnberg 1757 auf's Neue im Druck erscheinen ließ. Aus besonderer Hochschätzung und zur Anerkennung der Verdienste der Elisabeth Blackwell um die Kräuterkunde lud der Botaniker COMMERSON den Geist derselben zur Taufe eines Pflanzengenus aus der Familie der Rosaceen ein und nannte dieses „Blackwellia“.

Eine Dame, durch welche in der abendländischen Heilkunst eine ganz neue Richtung und Methode zur Bekämpfung von Krankheiten angebahnt wurde, war die Lady Wortley Montague. Dieselbe wurde als die Tochter des Herzogs Evelyn Pierrepont von Kingston in der Grafschaft Nottingham zu Thoresby 1690 geboren. In den Jahren 1716—19 lebte sie mit ihrem Gemahl, dem britischen Gesandten Lord Edward Wortley Montague, in Constantinopel. Hier lernte sie die bei den Indern und Orientalen schon seit alten Zeiten gebräuchliche Schutzimpfung von Menschenblattern gegen die Blatternkrankheit kennen. Nachdem sie sich in ihrer eigenen Familie von dem guten Erfolge dieses Schutzmittels gegen die Pocken überzeugt hatte, verschaffte sie demselben bei ihrer Rückkehr in die Heimat auch in England Eingang. Besonders leicht wurde ihr dies durch ihre Verbindung mit den höchsten Gesellschaftskreisen. Es gelang ihr dadurch sogar, daß die Kinder am königlichen Hofe einer solchen Schutzimpfung unterzogen wurden. Trotzdem kam diese Impfung in England wieder in Vergessenheit.

Im Anfange des 17. Jahrhunderts kam die Frau des Schweizer Wundarztes HILDANUS, welche ihrem Manne in seinem Berufe Hilfe leistete, als Erste auf die Idee, mittelst eines großen Magneten aus einem verletzten Auge einen Eisensplitter zu entfernen.

Von den wenigen Frauen, welche im vorigen Jahrhundert nach zurückgelegtem medicinischen Studium als wirkliche Aerztinnen prakticirten, ist für Deutschland vielleicht einzig und allein die Dorothea Christine Erxleben zu nennen. Sie studirte und promovirte in Halle. Von Frauen, welche in Deutschland nach allen Regeln der Kunst die Pharmacie erlernt haben, und von denen sie in selbstständiger Weise ausgeübt wurde, berichtet die Geschichte nicht.

Wenn man bedenkt, daß der hier versuchte geschichtliche Rückblick durch Jahrtausende geht, so ist die Zahl derjenigen Frauen, welche sich um Medicin, Pharmacie und deren Hilfswissenschaften Verdienste erworben haben, im Vergleich zu der großen Anzahl von Männern, welche für gleiche Bestrebungen Lorbeeren ernteten, verhältnißmäßig eine sehr niedrige. Diese geringe Menge genügt indessen, um zu beweisen, daß es einigen Vertreterinnen allenfalls nicht an Fähigkeiten zur Ausübung von Medicin und Pharmacie gebricht. Nachdem der deutsche Reichskanzler vor Kurzem erklärt hat, daß von seiner Seite der Ertheilung weiterer Berechtigungen und der Zulassung der Frauen zum medicinischen Studium und zur ärztlichen Approbation Bedenken durchaus nicht entgegenständen, dürften wir in Deutschland bald einen Stand weiblicher Aerzte bekommen. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika, in Belgien und einigen anderen Ländern haben sich die Frauen bereits auch das Recht zur Ausübung des pharmaceutischen Gewerbes erobert. In Deutschland gehört ebenfalls schon seit einigen Jahren die Zulassung zum Apothekergewerbe zu den Forderungen der modernen Vorkämpferinnen für Frauenrechte. Zu fürchten haben wir von der Concurrenz der Frauen indessen wohl nur wenig.

„Des Weibes Stärke
Wird Dich nicht besiegen,
Doch ihre Schwäche
Macht Dich unterliegen,
Denn sie bedarf der Kraft nicht und der List,
Weil ihre Schwäche ihre Stärke ist.“

Man sehe sich nur einmal die Arbeitsfelder an, welche das weibliche Geschlecht von jeher mit den Männern gemeinsam beackern durfte. Frei und offen stand den Frauen die Ausübung von Ackerbau, Handel, Gewerbe, Kunst und ein Theil der Wissenschaften. Was hat das schöne Geschlecht dort geleistet? Von den Geschlechtsgenossinnen der heiligen Cäcilia wird weit mehr als von den Männern heute die Pflege der Musik betrieben. Trotzdem gibt es eigentlich nur einen einzigen bedeutenderen Componisten mit einem weiblichen Namen, nämlich Maria von Weber, und das ist — ein Mann. Die im Laufe der Geschichte entstandene Arbeitstheilung zwischen den beiden Geschlechtern ist keine zufällige, sondern fußt auf deren geistiger und physischer Veranlagung. Dort, wo das Zarte und Milde, die Gemüthspflege und Herzensbildung zur Geltung kommt, ist der eigentliche Wirkungskreis der Frau, nicht dort, wo kühles Berechnen und Ueberlegen des Verstandes, Combinationsgabe, Thatkraft und Energie erforderlich ist!

HERMANN PETERS (Nürnberg).

Kleine Mittheilungen.

— Ueber einen Fall von **Cerebrospinalmeningitis, serumtherapeutisch behandelt**, berichtet Dr. RIGHI in „Rif. med.“ (26. August 1895). Es handelte sich um ein 7jähr. Kind, welches an Cerebrospinalmeningitis erkrankte, nachdem dessen Schwester wenige Wochen vorher dieselbe Krankheit überstanden hatte. Die Erkrankung begann mit Kopfschmerz und Schmerzen am ganzen Körper, Schüttelfrost, Fieber und Erbrechen. Am zweiten Tage bestand beträchtliche Rigidität des Nackens. Die Blutuntersuchung an diesem Tage ergab die Anwesenheit von FRAENKEL'schen Diplococcen. Strabismus, intermittirendes Delirium, Nasolabial-Herpes und Facialislähmung stellten sich im Laufe der nächsten Tage ein und am 5. Tage war das Kind halb bewußtlos. Am 6. Tage wurde vom Arme der Schwester, welche Meningitis überstanden hatte, Blut genommen und 5 Ccm. des klaren, farblosen Serums dem kranken Kinde injicirt. 5 Stunden später war die Temperatur geringer, die Respiration besser und das Kind wollte Nahrung nehmen. Nach weiteren 5 Stunden setzte sich das Kind im Bette auf und konnte den Kopf ohne Schmerzen bewegen. Drei Tage nach der Injection konnte das Kind das Bett verlassen. Es traten allerdings vom 7. bis zum 9. Tage einige Symptome, u. zw. nur in geringer Schwere, wieder auf, doch waren nach 15 Tagen sämmtliche Krankheitserscheinungen bis auf ganz geringen Strabismus und Facialisparese verschwunden.

— Im städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. hat der Assistenzarzt der Abtheilung Professor v. NOORDEN's, Dr. R. STÜVE, **ein neues Antirheumaticum, Amygdophenin,** der klinischen Erprobung unterzogen („Centralbl. f. innere Med.“, 1895, Nr. 46). Das von HINSBERG und BLUM zuerst dargestellte Amygdophenin ist ein substituirtes Paramidophenolderivat, bei welchem in der Amidgruppe an die Stelle eines Wasserstoffatoms ein Mandelsäurerest eingefügt ist, und das Wasserstoffatom der Hydroxylgruppe durch Aethylcarbonat vertreten wird. Es stellt ein grauweißes, krystallinisches, leichtes Pulver dar, das sich in Wasser sehr schwer löst. Therapeutisch wurde das Mittel vornehmlich bei Gelenksrheumatismus, ferner gelegentlich als Antipyreticum und Antineuralgicum versucht. Es wurde in Dosen von 1·0 Grm. ein- oder mehrmals täglich bis zu einer Tagesmenge von 6·0 Grm., anfangs in Pulver-, später in Tablettenform, verordnet. Schädliche Nebenwirkungen wurden nach dem Gebrauch der einmaligen Dosis niemals gesehen. Auch die mehrtägige Anwendung von 5·0 Grm. pro die hat in der Regel keine üblen Nebenwirkungen zur Folge gehabt. Was nun den therapeutischen Effect des Mittels betrifft, so wurde derselbe zunächst in 20 Fällen von Gelenksrheumatismus geprüft. 11 von diesen betrafen Kranke mit Fieber und schmerzhafter Schwellung und Röthung der Haut über den befallenen Gelenken. In der Mehrzahl dieser Fälle konnte meist schon am 2. Tage ein deutliches Nachlassen der Beschwerden und Zurückgehen der Schwellungen an den Gelenken verzeichnet werden. Nach 4—6 Tagen waren fast immer alle Beschwerden beseitigt und Entfieberung eingetreten. 9 weitere

Fälle von Gelenkrheumatismus mit von Anfang an fieberfreiem Verlauf wurden gleichfalls in wenigen Tagen erheblich gebessert oder von ihrem Leiden vollkommen befreit. Als Antipyreticum gab das Amygdophenin keine verläßlichen Resultate. Als Antineuralgicum wurde es bei gelegentlichen neuralgischen Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Gliederreißen u. dgl. m., in einer großen Anzahl von Fällen meist mit Erfolg angewendet. Als nützlich erwies sich das Mittel auch gegen die Schmerzen in einem Falle von Tabes und in 2 Fällen von multipler Sclerose. Mit Hinblick auf die Thatsache, daß das Amygdophenin so gut wie niemals seine Wirkung versagte und dabei niemals Nebenwirkungen entfaltete, glaubt St. das Mittel besonders als Antirheumaticum empfehlen zu können.

— Der noch immer nicht befriedigenden Lösung der Frage nach dem **Werth der Fleischbrühe** suchte Kosminin auf dem Wege der chemischen Mageninhaltsuntersuchung näher zu treten („Wratsch", 1895, Nr. 10, ref. im „Centralbl. für innere Med.", Nr. 46.) Er stellte Magenuntersuchungen nach Verabreichung von Ewald'schem Probefrühstück (60 Grm. Weißbrot und 400 Grm. — auf 50° C. erwärmtes — Wasser) einerseits und 60 Grm. Weißbrot und 400 Grm. kräftiger und schwächerer Fleischbrühe (nach Wiel präparirt) andererseits an und erhielt bei denselben gesunden Individuen folgende Resultate: Der Säuregehalt des Mageninhaltes war nach Bouillongenuß in allen Fällen höher als nach einem Probefrühstück; der freie HCl-Gehalt war geringer, der Gehalt an gebundener Salzsäure war höher. Der Magensaft wurde an den verschiedenen Tagen der Versuchsreihe $^1/_2$—1—$1^1/_2$—2 Stunden nach der auf nüchternem Magen erfolgten Verabreichung der Probekost entnommen. Die verdauende Kraft des Magens war nach Bouillongenuß im Gegensatz zum Probefrühstück vermindert — besonders nach $^1/_2$—1stündiger Untersuchung. Dagegen stieg die Fähigkeit des Mageninhaltes, Milch zu gerinnen, nach dem Bouillongenuß. Ebenso erwies sich die motorische Kraft, der Peptongehalt des Magens, sowie seine Resorptionsfähigkeit als erhöht. Verf. folgert daher, daß Fleischbrühe die Magensaftsecretion anregt und die motorische Kraft und Resorption günstig beeinflußt, wodurch auch die mit der Bouillon eingeführten Nahrungsmittel besser verdaut werden.

— Im Anhange an unsere in Nr. 44 gebrachte Mittheilung über Jod als Bandwurmmittel berichtet uns Dr. J. Frank in Gablonz a. N. eine einschlägige Beobachtung, bei welcher sich, gleichfalls ohne die beabsichtigte Wirkung, **Brom als Taenifugum** bewährt hatte. Es handelte sich um ein 13jähriges, stets gesundes Mädchen, bei welchem sich plötzlich sehr heftige eclamptische Anfälle einstellten, die sich in unregelmäßigen Anfällen circa 10 Tage hintereinander wiederholten. Der Fall war völlig unklar, bis der Vater des Mädchens eines Tages die frohe Nachricht brachte, daß viele Meter Bandwurm abgegangen seien und sich seitdem kein weiterer Anfall eingestellt habe. F. ist geneigt, den Abgang des Bandwurmes dem verordneten Bromnatrium, circa 15—20 Grm., zuzuschreiben.

— Ueber einen nach verschiedenen Seiten hin lehrreichen **Fall von arzneilicher Vergiftung durch Atropin** berichtet Prof. C. Binz in der „Berl. klin. Wochenschr." (1895, Nr. 46) nach Mittheilungen eines Arztes in Westfalen. Dieser wollte einem 36jähr. Pat. wegen Nierenkolik eine Morphiumeinspritzung machen, irrte sich aber im Fläschchen und injicirte 4 Theilstriche einer 1%igen Lösung von schwefelsaurem Atropin = 0·004 Grm. Der Arzt bemerkte sofort seinen Irrthum, sagte dem Pat., er habe zu wenig genommen und müsse etwas nachspritzen. Mit Rücksicht auf die wahrscheinlich unausbleiblichen Folgen der Atropininjection injicirte der Arzt nunmehr 0·03 Grm. Morphin. In der That traten mit Ausnahme von Trockenheit im Halse, Pupillenerweiterung und geringer Dysurie keinerlei Atropin-Vergiftungssymptome auf, obwohl das Vierfache der Maximaldosis injicirt worden war. Andererseits war auch die Wirkung der Maximaldosis des Morphiums sehr gering geblieben. Es dürfte sich dies aus dem Antagonismus beider Alkaloide erklären. Aus dieser Vergiftungsgeschichte, der, was den therapeutischen Antagonismus beider Alkaloide betrifft, der Werth eines exacten Experimentes zukommt, zieht B. die praktische Lehre, daß der Arzt sich keine einprocentige, sondern nur eine einpromillige Lösung von Atropin vorräthig halten soll.

— Bereits von mehreren Seiten wurde auf den Werth der **Somatose als Nährmittel** hingewiesen. Neuerdings thut dies Ed. Reichmann in Elberfeld in einem Aufsatze der „D. Med.-Ztg." (1895, Nr. 40). Er hat zunächst an zwei gesunden, kräftigen Erwachsenen Versuche angestellt, indem er ihnen 24 Tage hindurch je 30 Grm. Somatose pro die neben ihrer gewohnten Nahrung verabreichte. Es zeigte sich, daß auch diese großen Mengen vom Darmcanal gut vertragen und ausgenutzt wurden, was seine Erklärung in dem geringen Gehalte an Salzen und in dem nahezu völligen Fehlen von Pepton findet. Die beiden Versuchspersonen hatten 1·7, respective 2·55 Kgrm. während der 24 Tage an Gewicht zugenommen, eine gegenüber den sonst gemeldeten Resultaten geringe Gewichtszunahme, da es sich eben um gesunde und nicht um herabgekommene Individuen gehandelt hatte. Bei Verordnung der Somatose am Krankenbette genügen kleinere Dosen; Erwachsene nehmen 3—4mal täglich einen abgestrichenen Kaffeelöffel voll (2·5—3 Grm.). Bei Kindern empfiehlt es sich, anfänglich recht kleine Dosen zu geben und diese erst allmälig zu erhöhen, etwa in den ersten 2 Tagen eine Dosis von im Ganzen 1 Grm. (stets in Lösung), welche Dosis dann auf 2 Grm. und nach etwa 8 Tagen auf 3 Grm. erhöht werden kann. Für ältere Kinder sind höchstens 4—5 Grm. zu verwenden. Bei solchem Vorgehen wird man diarrhoische Stuhlentleerungen, wie sie bei Kindern mehrfach im Beginne des Somatosegebrauches beobachtet worden sind, meist vermeiden können.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 22. November 1895.

E. Ullmann stellt eine Pat. vor, bei welcher er ein bis über den Nabel reichendes Myom des Uterus exstirpirt hatte, wobei die Blutstillung ausschließlich mittelst Klemmen und ohne jede Ligatur ausgeführt wurde. Vollkommene Heilung nach 20 Tagen.

Kaposi stellt eine 49jährige Pat. mit Pemphigus annularis und serpiginosus vor, bei welcher sich in der Folge zahlreiche Knoten von Sarcomatosis cutis entwickelt hatten, und demonstrirt zur Illustration dieses Falles einen weiteren Fall von Sarcomatosis cutis. Da es erfahrungsgemäß feststeht, daß die Sarcomatosis cutis oft aus oberflächlichen entzündlichen Processen der Haut, Eczemen, die jahrelang als solche bestehen können, hervorgeht, liegt der Gedanke nahe, daß hier einmal eine andere Art der oberflächlichen Entzündung, welche zur Blasenbildung führt, nämlich ein Pemphigus die anatomische Grundlage für die Bildung der der Sarcomatosis cutis entsprechenden Geschwülste abgegeben hat.

S. Fränkel macht eine vorläufige Mittheilung über seine Versuche, die wirksame Substanz der Thyreoideapräparate zu isoliren. Zu diesem Zwecke wurden kalte oder warme Extracte von getrockneter Schafsschilddrüse hergestellt, aus welchen durch Essigsäure die Eiweißkörper fast zur Gänze abgeschieden werden konnten. Um zu entscheiden, ob der die Eiweißkörper enthaltende Niederschlag oder das Filtrat wirksam sei, wurde der gut ausgewaschene Niederschlag an zwei fette Menschen und einen fetten Hund zur Verfütterung gebracht. Diese zeigten aber innerhalb 10 Tagen, während welcher sie täglich die Eiweißkörper aus dem Extract von je 7 Schafsschilddrüsen erhielten, keinerlei erheblichen Gewichtsverlust. Hingegen trank Fränkel selbst das neutralisirte Filtrat und erzielte eine tägliche Gewichtsabnahme von je 300 Grm. durch 6 Tage. Außerdem trat auffallende Pulsbeschleunigung ein. Damit war bewiesen, daß der wirksame Körper nach der Ausscheidung der Eiweißkörper im Filtrate zu suchen war. Beim Einengen dieses Filtrates resultirte schließlich ein Syrup, der beim Erkalten gelatinirte; er enthielt also noch Leim, welcher als unwirksam erprobt wurde. F. ging nun so vor, daß in den Macerationen oder Decocten der Thyreoidea die Eiweiß- und Leimkörper mit essigsaurem Blei gefällt, vom Niederschlage abfiltrirt, das Filtrat durch Schwefelwasserstoff entbleit, vom Schwefelblei

abfiltrirt und zum Syrup eingeengt wurde. Der Syrup wurde nun mit Alkohol aufgenommen und man konnte durch Aether oder Aceton eine Substanz in guter Ausbeute abscheiden, welche gereinigt krystallisirte und eine Reihe von physikalischen und chemischen Eigenschaften zeigte, auf welche F. des Näheren eingeht. Die Elementaranalyse des essigsauren Salzes ergab: C = 36·64%, H = 5·56%, N = 20·5%, was zur empirischen Formel $C_7 H_{11} N_3 O_5$ führt. F. nennt diese nun rein dargestellte Substanz vorläufig Thyreo-Antitoxin. Basen dieser Zusammensetzung mit 3 N sind bis jetzt nur als Derivate des Guanidins und der Bernsteinsäure beschrieben worden. Es wird Sache weiteren Studiums sein, die Frage nach der Constitution dieser Substanz mit Sicherheit zur Entscheidung zu bringen.

Weitere Versuche hatten zum Zweck, die Identität dieser Substanz mit dem activen Princip der Thyreoidea auf experimentellem Wege festzustellen. (S. das off. Protokoll des „Wr. med. Club" vom 30. October 1895 in Nr. 45 der „Wr. Med. Presse".)

Durch seine Versuche hält F. den Nachweis für erbracht, daß die wirksame Substanz der Thyreoidea ein chemisch einheitlicher, in seinen chemischen Eigenschaften wohl definirter Körper ist, und glaubt, daß es gelingen wird, alle therapeutischen Eigenschaften der Schilddrüse aus den Eigenschaften dieses einen Körpers zu erklären. Es wäre damit auch das Mittel gegeben, statt der unzuverlässigen Schilddrüsenpräparate den chemisch reinen Körper, welcher geruchlos und von angenehmem Geschmacke ist, genau dosirt zu verabreichen und manche der Thyreoideasubstanz zugeschriebene Nebenwirkungen und Mißerfolge zu vermeiden. Ba.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Wissenschaftliche Versammlung vom 18. November 1895.

I. Neumann: Pathogenese der tertiären Syphilis mit Rücksicht auf deren Behandlung.

Vortr. erörtert zunächst die verschiedenen Ursachen, welche die Entstehung der tertiären Syphilis bedingen. Vor Allem sind es aus dem recenten Stadium zurückgebliebene Zellinfiltrate, welche durch chemische und mechanische Ursachen zur Proliferation angeregt werden und zur Bildung von tertiären Formen in Haut und Schleimhaut, den Knochen und den inneren Organen führen.

Weiters wird betont die Individualität der Kranken selbst, ihr precärer Ernährungszustand, etwa gleichzeitig bestehende constitutionelle oder sonstige Organerkrankungen (Tuberculose, Scrophulose, Morbus Brightii, Malaria, Diabetes). Ferner wirken Armuth, schlechte Nahrungs- und Wohnungsverhältnisse, endlich die Beschäftigung der Kranken nicht minder begünstigend auf die Entstehung der Syphilis. Culturell entwickelte Länder (Weltstädte, Industrie- und Verkehrscentra ausgenommen) zeigen weniger tertiäre Formen, während eine culturell zurückgebliebene, abergläubische Bevölkerung eine Malignität aufweist, welche an die Bösartigkeit der Zeiten des ersten Bekanntwerdens der Syphilis erinnert. Klimatische Verhältnisse scheinen im Allgemeinen von keinem besonderen Einflusse zu sein.

Der Vortr., der die Syphilis in den meisten Staaten Europas kennen gelernt hat, fand nur in der Intensität und Extensität Abweichungen, welche Divergenz jedoch auf andere Momente als auf klimatische zurückzuführen ist. Unwissenheit und Indolenz, namentlich Fehlen jeder ärztlichen Behandlung sind die häufigste Ursache der exorbitanten Bösartigkeit der tertiären Syphilis in Japan, Hinterindien, den Südsee-Inseln, Mexico u. s. w. Vortr. betont besonders den Einfluß der Behandlung der recenten Syphilis auf den Eintritt tertiärer Erscheinungen, führt die Statistik von 1048 Fällen tertiärer Syphilis an, die er verzeichnet hat bezüglich des Lebensalters, des Zeitpunktes des Auftretens tertiärer Erscheinungen nach der Infection, der Formen und der vorangegangenen Behandlung. Er hebt hervor, daß das dritte Jahr nach der Infection den größten Procentsatz der tertiären Syphilis aufweist, daß das 20.—40. Lebensjahr am meisten befallen wird und als das Wichtigste das häufige Auftreten tertiärer Syphilis bei den nicht Behandelten.

Weiters bespricht N. die Statistik anderer Beobachter und geht schließlich auf die von ihm geübte symptomatische Behandlung über.

Die nach Fournier chronisch-intermittirend Behandelten sind gegen tertiäre Syphilis nicht immun. Wir besitzen zur Zeit keine vergleichende Frequenzstatistik Tertiärer zwischen symptomatisch und chronisch Behandelten und können demnach nicht positive Zahlen anführen. Es gibt derzeit keine Behandlungsmethode, welche immer und in jedem Falle den Eintritt tertiärer Symptome verhindern würde.

Unzulässig ist es aber, wie bei der chronisch-intermittirenden Methode, die Menschen Jahre lang unterschiedslos mit Quecksilber und Jod zu behandeln.

Die Frage der tertiären Syphilis kann demnach nicht vom therapeutischen Standpunkt allein, sondern muß auf der Bahn einer fortschreitenden Erkenntniß des Syphilisprocesses mit Erfolg gelöst werden.

Als Resumé ergibt sich demnach:

1. Die Syphilis ist nicht schablonenmäßig präventiv oder chronisch-intermittirend, sondern symptomatisch, nach den für die Behandlung giltigen Principien, zu behandeln. Hiebei gelten folgende Grundsätze:

2. Der Primäraffect wird im Allgemeinen örtlich behandelt; bei excessiver Größe, ungewöhnlicher Härte, functionelle Störungen verursachender Localisation wird die Exstirpation vorgenommen, nicht in der Absicht, die constitutionellen Erscheinungen zu verhüten, sondern auf Grund der in der Chirurgie für die Exstirpation von Tumoren geltenden Indicationen.

3. Die Präventivcur, zumeist in Form von Einreibungen, wird angewendet: bei Phimose in Folge von indurativem Oedem des Präputium und beim Sitz des Primäraffectes in der Urethra, um die Stricturirung zu verhüten.

4. Die allgemeine Behandlung beginnt mit der ersten Eruption des Exanthems. Sie muß energisch und möglichst nachhaltig sein. Gegen Recidive gilt größte Sorgfalt in der Beseitigung derselben.

5. Eine Behandlung in der symptomenlosen Periode findet nur bei bestimmten Eventualitäten statt: vor Eintritt in die Ehe, bei Schwangerschaft oder an einem Manne, bei dessen Frau wiederholt Abortus, Früh- oder Todtgeburten stattgefunden, eventuell an der Frau selbst.

6. Die Aufgabe aller therapeutischen Eingriffe ist gründlichste Beseitigung aller Syphilissymptome, weil dadurch nach den Ergebnissen sämmtlicher Statistiken die Häufigkeit der tertiären Syphilis am wirksamsten herabgedrückt wird.

7. Es gibt zur Zeit kein Heilverfahren, welches den Eintritt tertiärer Sypilis immer zu verhindern vermag.

8. Gar nicht oder mangelhaft Behandelte liefern das größte Contingent tertiärer Syphilis.

Der chronisch-intermittirenden Behandlungsmethode ist durch die oben angeführte Statistik, dergemäß überhaupt nur 20% aller Syphilitischen tertiär werden, die Basis fast vollends entzogen. Uebrigens muß hervorgehoben werden, daß die nach der chronisch-intermittirenden Methode Behandelten vor der tertiären Lues nicht mehr gesichert sind, als die symptomatisch Behandelten.

Mraček stimmt den Ausführungen des Vortr. in Allem bei und constatirt mit Freuden, daß die Beobachtungen N.'s neuerdings die von der Wiener Schule stets geübte symptomatische Behandlung zu Ehren bringen. Dieselben zeigen ferner, daß noch immer eine umsichtig eingeleitete Einreibungscur als die beste Methode der Syphilisbehandlung betrachtet werden müsse. Die Heilbarkeit der Syphilis sei wohl durch die zuerst von Zeissl beobachtete Reinfectio syphilitica bewiesen. Die alte Wiener Schule habe gar keinen Grund, von ihrem Standpunkte in der Syphilisbehandlung abzuweichen; die neuen Forschungen haben nur dazu beigetragen, ihre Ansichten zu bestätigen und zu bestärken. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 13. November 1895.

Vorsitzender: Dr. Teleky.

Dr. Neurath demonstrirt 3 Kinder mit Hemiplegie nach Pertussis. Der erste Fall betrifft ein 18monatliches Kind mit linksseitiger Hemiplegie; das zweite Kind ist 2½ Jahre alt, hereditär belastet und erkrankte in der 6. Woche der Pertussis an Convulsionen mit nachfolgender Lähmung sämmtlicher Extremitäten. Gegenwärtig besteht noch Facialisparese und Reflexsteigerung an den

unteren Extremitäten. Bei dem dritten Kinde entwickelte sich im Anschlusse an den Keuchhusten eine linksseitige Hemiplegie; an der Herzspitze hört man ein systolisches Geräusch, über der Pulmonalis eine Accentuation des 2. Tones. Redner führt diese Lähmungen mit Wahrscheinlichkeit auf encephalitische Processe zurück, welche der acuten Encephalitis nach Influenza und anderen Infectionskrankheiten analog sind, und erinnert an eine einschlägige Beobachtung von REDLICH, der in einem Falle von Poliomyelitis das gleichzeitige Bestehen von Encephalitis anatomisch constatirte. Für die Annahme von Embolie oder Hämorrhagie bietet der Krankheitsverlauf keinen Anhaltspunkt.

Dr. H. WEISS demonstrirt einen 42jährigen Mann mit tetanieähnlichen Convulsionen der rechten oberen Extremität.

Pat. erlitt im Januar d. J. ein Trauma, welches die rechte Schulter traf. Seither klagt er über ein beständiges brennendes Gefühl in der rechten Achselhöhle, sowie in den hinteren Partien der Schulter. Zeitweilig, besonders wenn Pat. die Hand in kaltes Wasser bringt, oder wenn man die rechte Brusthälfte anbläst oder leicht streicht, treten Krämpfe in der Schultermusculatur auf, wobei der rechte Arm fest an den Stamm gepreßt wird; die Muskeln der rechten oberen und unteren Extremität sind im Anfalle etwas rigide. Es besteht Hyperästhesie in der Achselhöhle, Hypästhesie gegen Stich, Druck, Wärme und Kälte über dem Schulterblatt; keine Ataxie, die Sehnenreflexe sind erhalten, die Pupillen reagiren träge auf Licht.

Bei der Diagnose dieses Zustandes kommen in Betracht: Tabes cervicalis, Syringomyelie, Hysterie. Diese Affectionen schließt Redner aus, die Tabes namentlich wegen des Fehlens der Hauptsymptome, und entscheidet sich für die Annahme eines seltenen Falles von Tetanie.

Discussion.

Doc. Dr. Redlich, der den Fall auf der Klinik WAGNER gesehen hat, bemerkt, daß der Pat. anamnestisch das Auftreten der Schmerzen nach dem Charakter der lancinirenden Schmerzen beschrieben habe, welche derselbe auf eine Erkältung zurückführte. Ferner constatirte er damals reflectorische Pupillenstarre, leichte Retentio et incontinentia urinae. Es dürfte sich demnach um einen Fall von Tabes mit erhaltenen Sehnenreflexen handeln. Die Affection an der oberen Extremität scheint hievon unabhängig zu sein und auf eine cervicale circumscripte Syringomyelie hinzuweisen, doch könne man eine Hysterie hier nicht mit Sicherheit ausschließen.

Dr. Schlesinger weist darauf hin, daß man den überaus seltenen Zustand einer Tetanie nur dann annehmen dürfe, wenn gewisse unzweideutige Tetaniesymptome vorhanden sind. Eine derartige eigenthümliche Dissociation der Sensibilität, wie sie in dem vorliegenden Falle besteht, weise unbedingt auf eine Rückenmarkserkrankung — Spondylitis, Syringomyelie oder Hämatomyelie — hin. Außerdem würde man nicht fehlgehen, wenn man bei der durchaus uncharakteristischen Form der Krämpfe eine Hysterie annehme.

Dr. Weiß will eine, wenn auch träge Reaction der Pupillen gesehen haben. Die Schmerzen in den unteren Extremitäten trügen nach der Beschreibung des Pat. nicht den Charakter lancinirender Schmerzen. Uebrigens handle es sich nicht um die gewiß seltene halbseitige Tetanie, sondern um einen der Tetanie ähnlichen Zustand.

Dr. GALATTI berichtet über einen Fall von Oedem an beiden Unterschenkeln, welches mit einem masernähnlichen Exanthem einsetzte und von einer Lähmung der oberen rechten Extremität begleitet war. Diese Symptome traten bei einem an Darmstörungen leidenden Brustkinde auf. Nach den im medicinischen Club vorgetragenen Auseinandersetzungen Dr. BEER's über „Oedeme in praktischer Beziehung", meint R., daß es sich hier um Vergiftungserscheinungen, handelt, welche, von einer Darmstörung ausgehend, ein für das Auge sichtbares Oedem erzeugten, während die gleichzeitige Lähmung auf ein umschriebenes Oedem des Gehirnes zurückzuführen sein dürfte. Für diese Annahme spricht auch der Verlauf, nachdem die Heilung binnen 12 Tagen sich vollzog.

Die zweite casuistische Mittheilung bezieht sich auf ein 3jähr. Mädchen, welches eine scharlachähnliche Rachenerkrankung zeigte (ausgebreitete sulzige Beläge der ganzen Rachenschleimhäute mit reichlichem eiterigen Secret aus der Nase, himbeerrother Zunge) begleitet von einem merkwürdigen Ausschlag. Es waren linsenartige, erhabene, dunkelbraunrothe Knötchen von wachsähnlichem Glanze, welche den Stamm dicht besäeten. Der Ausschlag dauerte 6 Tage, dann trat eine Schuppung nur am Stamme auf; die Heilung der Rachenerkrankung erfolgte in 3 Wochen. Ob es sich hier um eine Scharlacherkrankung gehandelt hat, darüber kann Redner sich nicht aussprechen, da an den Extremitäten sich keine Schuppung bemerkbar machte, wie man bei der Scarlatina sine exanth. zu beobachten gewohnt ist. Das Exanthem selbst war kein Scharlachexanthem, sondern höchst wahrscheinlich eine zufällige Hauterkrankung.

Zur Illustration des Falles zeigte Redner die colorirte Zeichnung des Hautausschlages.

Wanderversammlung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Gehalten am 4. und 5. October 1895 in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

V.

FRIEDEL PICK (Prag): Ein Fall von hysterischer Parese combinirt mit einer durch organische Läsion bedingten Lähmung im Gebiete derselben Nerven.

Das vorgestellte 29 Jahre alte Mädchen fing vor etwa $^3/_4$ Jahren an, in der Nähe am rechten Auge schlecht und manchmal doppelt zu sehen. Ende Mai stellte sich rechtsseitige Ptosis ein. Dazu kamen noch Stirnkopfschmerzen und Schwindelgefühl. Bei ihrer Aufnahme auf die Klinik des Prof. PŘIBRAM fand sich neben der Ptose Parese des rechten Rectus superior und internus, weite und vollständig starre Pupille, geringe allgemeine Hypästhesie, hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung für Weiß und Farben. Steigerung der Patellarreflexe. Unter indifferenter Therapie, blos auf energisches Zureden besserten sich in kurzer Zeit sämmtliche Symptome, nur die Iridoplegie blieb in gleicher Weise bestehen. Mitte Juli entlassen, kehrte Pat. vor 14 Tagen wieder. Augenbefund der gleiche, das Gesichtsfeld wieder stärker eingeengt, rechte Pupille dauernd starr, bei Augenschluß Fallen nach rückwärts. Der rapid bessernde Einfluß einer rein suggestiven Therapie auf die Ptosis und Paresis des Rectus sup. und intern., sowie auf die Einengung des Gesichtsfeldes weise nach Redners Ansicht auf die functionelle Natur dieser Symptome hin. Für die Iridoplegie eine solche Natur der Läsion anzunehmen, erscheine nicht gut möglich, wenngleich Fälle von hysterischer Iridoplegie beschrieben wurden. Es handle sich also in diesem Falle wahrscheinlich um eine Combination hysterischer Paresen mit einer durch organische Läsion bedingten Lähmung im Gebiete derselben Nerven.

Derselbe berichtet ferner über einen Fall von Tabes mit Meningitis. Es handelt sich um ein 32jähr. Weib, welches durch längere Zeit typische tabische Symptome und dabei beiderseitige Stauungspapille gezeigt hat. Weder anamnestische noch klinische Anhaltspunkte für Lues. Bei der Section fand sich eine vom Lumbarmarke rasch an Ausdehnung abnehmende Hinterstrangsclerose und im Cervicalmarke eine zweite, minder intensive Degenerationszone symmetrisch in den mittleren Antheilen der BURDACH-schen Stränge; außerdem starke chronische Meningitis spinalis mit Einlagerung käsiger Massen und stellenweise Umschnürung des Rückenmarks mit einer die Meningen umfassenden Schwarte, welche möglicherweise zur Vernichtung der hinteren Nervenwurzeln im oberen Dorsalmarke und dadurch zur Degeneration der BURDACH-schen Stränge führte.

v. KRAFFT-EBING (Wien): Ueber transitorische Geistesstörung bei Migräne.

Angesichts der Thatsache, daß die Migräne eine Affection der Hirnrinde ist, muß die Möglichkeit einer Geistesstörung im Anschlusse an Migräne oder als Aequivalent derselben zugegeben werden. Obgleich es sich bei Migräne nur um eine herdartige Functionsstörung in sensiblen, sensoriellen und Vaguscentren handelt, so ist es doch ganz gut denkbar, daß unter gewissen Umständen die Herdaffection diffus wird und psychische Reiz- und Hemmungsphänomene vermittelt; diese Möglichkeit wird um so plausibler, als die Migränekranken durchwegs hereditär belastete Personen sind.

Diesem theoretischen Raisonnement entspricht keineswegs die Erfahrung, da psychische Störungen im Anschlusse an Migräne äußerst selten vorkommen, wobei naturgemäß jene Fälle abzurechnen sind, wo es sich um epileptische Aequivalente unter der Form der Hemicranie mit anschließender Psychose handelt. Einen Fall von transitorischer Geistesstörung im Anschlusse an Migräne hat Vortr. auf seiner Klinik beobachtet.

Ein 18 Jahre alter Lehrbursch wurde, auf der Straße umherirrend, von der Polizei gestellt. Auf der Klinik nennt er beständig nur seinen Taufnamen, sonst hat er Alles vergessen, selbst seinen Familiennamen. Er ist sehr ängstlich, glaubt sich in einer Kanzlei, vermuthet aus Oesterreich zu sein, kann seine Finger nicht zusammenzählen, versteht die einfachsten Fragen nicht, erkennt die gewöhnlichsten Geldstücke nicht, zuckt oft zusammen, hört sich von seiner Geliebten „August" rufen, schreibt ihr einen Brief, warum sie ihn fortwährend rufe. Somatisch keine hysterischen Stigmata. Nach 3 Tagen Lösung dieses Zustandes. Nur summarische Erinnerung für die wirklichen und delirirten Vorkommnisse der letzten Tage. Die Anamnese ergab, daß die Mutter des Pat. oft an Migräne leidet, und daß er als Kind oft Convulsionen gehabt und seit Kindheit oft an anfallsweise auftretenden, auf Stirn und beide Augen localisirten Kopfschmerzen gelitten habe, denen häufig Flimmerscotome vorausgingen. Niemals waren diese Anfälle mit Ueblichkeiten, Erbrechen, Parästhesien verbunden. Die Intensität derselben war immer gleich. Am Abend vor seiner Einbringung heftiger Anfall, dem wahrscheinlich das Delirium sofort folgte. Redner hält sich berechtigt, einen klinischen Zusammenhang zwischen Migräne und psychischem Insult annehmen zu können. Am naheliegendsten ist die Deutung im Sinne der Fortentwicklung einer umschriebenen Störung in den Functionen der Hirnrinde (Migräne) zu einer diffusen (Psychose) unter allerdings ausnahmsweise bestehenden Bedingungen. v. KRAFFT-EBING berichtet über einen zweiten, aber nicht von ihm selbst beobachteten Fall von Aufregungszustand im Anschlusse an Migräne. —z.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VII.

Ueber die Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode.

Pick (Prag) hatte ursprünglich auf einen Ausgleich gehofft; die Therapie ist hier auf dunkle Prämissen aufgebaut. Die Syphilisfälle verlaufen zu oft ohne Behandlung recht günstig, so daß es ihm für das Individuum nicht für schädlich erscheint, wenn man es eventuell gar nicht oder von Fall zu Fall behandelt. P. hält das Quecksilber einerseits für keineswegs gleichgiltig für den Organismus Andererseits wird auch nach langjähriger intermittirender Behandlung gar nichts für die Zukunft garantirt. Deshalb ist ja auch FOURNIER von Zeit zu Zeit um ein Jahr hinaufgegangen. Jetzt hält er bereits bei sechs Jahren. Kann er die Syphilis nach diesem langen Zeitraum einer Behandlung in allen seinen Fällen als geheilt ansehen? P. hält es auch für einen Fehler der Methode, daß sie ohne bestimmte Indication durchgeführt werden muß, und tritt aus allen diesen Gründen für die Beibehaltung der symptomatischen Behandlung ein, weil sie jedenfalls am wenigsten Schaden bringen kann.

Jadassohn wendet sich in Uebereinstimmung mit LANG, LESSER, WOLFF, KLOTZ, NEISSER (siehe Theil I) zunächst gegen die hypothetische Annahme FINGER's, die tertiäre Lues sei nicht mehr abhängig von dem organischen Virus, sondern von den Toxinen. Dagegen sprechen vor Allem die so zahlreich vorkommenden Uebergangsformen, ferner die Thatsache, daß tertiär Syphilitische Kinder mit virulenter Syphilis erzeugen, endlich das gleichzeitige Vorkommen von typisch secundären und typisch tertiären Producten. J. hält es für wahrscheinlicher, daß hier die Verschiedenheit in der Zahl der Mikroorganismen maßgebend sei für die Art der Efflorescenzen. Aehnlich wie es bei der Hauttuberculose eine miliare acute und chronische Form gibt, könne er auch bei der Lues an eine acute secundäre und chronisch tertiäre Form denken mit verschiedenem Grade der Contagiosität, verschiedenem Verlaufe (auch bei Lupus benöthige man z. B. große Stücke zur Inoculation auf Thiere). Durch die Annahme verschieden zahlreicher Mikroorganismen werde hingegen Alles leicht erklärt: das gleichzeitige Vorkommen von tertiären Früh- und Spätformen, die Uebertragung virulenter Formen bei bestehender tertiärer Lues, die Uebergangsformen etc. Das Vorkommen tertiärer Lues ohne vorangegangene secundäre Symptome bezweifelt J. sowohl bei der hereditären Lues, als auch bei den nach dem COLLES-schen Gesetze immun gewordenen Frauen.

Die Hypothese, daß die tertiäre Lues dennoch auf Mikroorganismen beruhe, wenn dieselben auch nur spärlich sind, hat praktische Bedeutung, vornehmlich im Eheconsens an tertiär Syphilitische und in der Nothwendigkeit einer mercuriellen Behandlung der letzteren. J. gibt ferner ein Resumé über eine von ihm mit Collegen RAFF ausgearbeitete Statistik, in der zum ersten Male der Versuch gemacht wurde, nicht retrospectiv nur die tertiär gewordenen Syphilitischen in Bezug auf die vorangegangene Behandlung zu prüfen, sondern eine größere Anzahl Syphilitischer vom Beginne ihrer Infection nach diesem Gesichtspunkt zu beobachten. Diese Statistik hat natürlich große Schwierigkeiten, ist aber von großer Bedeutung. Das Material gaben die Prostituirten Breslaus.

Es zeigten sich bei diesen auffallend viel unvermittelte Spätformen. Von 1253 Prostituirten aller Jahrgänge sind syphilitisch gefunden worden 850, davon waren mit frühen Symptomen behaftet 772, mit Früh- und Spätsymptomen 39, mit Spätsymptomen allein zufällig auch 39. Unter 850 syphilitischen Prostituirten sind demnach 9·18% tertiär. Dagegen waren unter 811 syphilitischen Prostituirten, deren Frühsymptome zur Cognition und damit zur Behandlung gekommen sind, nur 4·8% tertiäre Luesformen. Diese Differenz ist auf die Hg-Behandlung zurückzuführen.

Ferner ergab sich, daß unter 403 syphilitischen Prostituirten aller Jahrgänge, deren Lues gar nicht oder schlecht, mit höchstens einer Cur behandelt wurde, sich 58 = 14·3% tertiär gefunden, während unter 434, die ausgiebiger, meist mit zwei Curen behandelt worden waren, nur 20 = 4·6% tertiär waren. Das beweist doch mindestens einen zweifellosen Einfluß der Hg-Behandlung auf den Verlauf der Lues.

Jarisch bekennt sich als Gegner der FOURNIER-NEISSER'schen prolongirten Behandlung. Bezüglich der Statistik muß man noch weitere Erfahrungen sammeln. Was die mercurielle Behandlung in der Frühperiode (Präventiv-Cur) betrifft, so spricht die therapeutische Erfahrung eher gegen ihre Nützlichkeit, da die Symptome wohl hinausgeschoben, das klinische Bild unklarer wird, die späteren Symptome aber nicht aufgehoben oder gemildert werden. Die endemische Syphilis in uncultivirten Ländern ist ebenfalls kein Beweis, da hier die elenden hygienischen Verhältnisse ebenso an dem schweren Verlaufe Schuld tragen können als der Mangel an einer mercuriellen Behandlung. Das Wichtigste wäre vielleicht die tertiäre Uebertragung. Nun wissen wir durch die Untersuchungen NEUMANN's, daß in solchen Fällen meistens auch Veränderungen an den Genitalien vorhanden waren, welche an sich die mercurielle Behandlung erfordern. Die Quecksilbercuren, je länger sie prolongirt werden, desto mehr schwächen sie sich in ihrer Wirkung ab. Auch der Umstand, daß die Syphilitiker oft remanentes Quecksilber mit sich führen und dennoch darauf neue Recidiven erhalten, spricht gegen die Nützlichkeit dieser Behandlungsmethode.

Glück (Sarajevo) gelangt auf Grund zahlreicher Erfahrungen an circa 60 Spitalskranken seiner Abtheilung zu dem Schluß, daß die hochdosirten intramusculären Injectionen zweifellos einen Fortschritt in der Injectionsbehandlung der Syphilis bedeuten, indem sie als 5proc. Einspritzungen bei schweren Fällen secundärer Syphilis und in Form der progressiven, wechselnd starken 2—5proc. Injectionen, bei Ermöglichung strenger Individualisirung schwere wie leichte, frische wie recidivirende Erscheinungen zum Verschwinden bringen.

Besonders günstig erweist sich diese Behandlungsmethode auf Kehlkopfsyphilis, welche ohne Localbehandlung ausheilt.

Sehr wichtig ist die Betonung der hygienischen Verhältnisse bei der sogenannten endemischen Syphilis, welche ebensowohl durch die Anhäufung als auch Nichtbehandlung der Fälle sich ammassirt. G. ist für eine mäßige symptomatische und fallweise Behandlung und hat dabei keine Nervensymptome oder parasyphilitischen Erscheinungen beobachtet.

Havas (Budapest) tritt ebenfalls für die symptomatische Behandlung, jedoch nicht in der Frühperiode, sondern erst nach vollem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen ein.

Jodbehandlung findet er für wenig wirksam, dagegen billigt er abwechselnd eine mäßige Mercur- und roborirende Allgemeinbehandlung.

Barlow beklagt den Umstand, daß man von vornherein den individuellen Mercurgebrauch äußerst schwer fixiren könne. Was verstehe NEISSER unter einer intensiven Mercurialcur? Er (Redner) benütze entweder eine Einreibungscur von 30 Inunctionen grauer Salbe à 3—4 Grm. oder 10 Thymol-Quecksilberinjectionen à 0·05 und sei mit dieser Dosirung recht zufrieden. Im Uebrigen stehe er auf Grund seiner Erfahrungen ganz auf dem Boden der NEISSER'schen Grundsätze.

Finger widerlegt zunächst JADASSOHN in mehreren Punkten. Es besteht ein Widerspruch in dessen Anschauungen, insoferne JADASSOHN die milden secundären durch viele Mikroorganismen, die schweren tertiären Producte aber durch spärliche, abgeschwächte Mikroorganismen entstehen läßt, was mit dem klinischen Verlaufe nicht stimmt. Dagegen erklärt seine (FINGER's) Hypothese ebensowohl die Grenze wie die Uebergangsformen gleich gut, indem die Toxine die Gegenwart zahlreicher Mikroorganismen nicht ausschließen. F. hat sich von der Schädlichkeit einer vernünftig geleiteten chronisch intermittirenden Behandlung nicht überzeugen können und verweist auf die bekannten Versuche mit den 5 Prurigokranken, denen F. v. HEBRA seinerzeit 500·0 Grm. Ungt. cin. inungiren ließ, ohne daß dieselben damals oder später im Leben davon Schaden gelitten hätten. Bei der chronisch intermittirenden Behandlung werde gewiß nicht mehr verbraucht. Die Anhänger der symptomatischen Behandlung seien mit ihren Erfolgen ebenfalls nicht zufrieden. Warum sollten gerade Ehecandidaten (NEUMANN) oder Prostituirte (CASPARY) besser behandelt werden als andere Menschen. Wichtig sei schließlich noch die Frage der Excision des Primäraffectes. Nach demselben käme es gewöhnlich zu sehr verspäteten oder irregulären secundären Symptomen, oder die letzteren fehlen, bis erst die

tertiären als erste allgemeine Erscheinungen einsetzen. Das Individuum kommt so durch Nichtbehandlung im secundären Stadium zu Schaden.

Petersen (Petersburg) will in dieser Frage einen zuwartenden Standpunkt einnehmen, bis zur Aufklärung vieler noch unbestimmter Punkte, z. B. der Zeiträume für die Behandlung und anderer Punkte mehr.

Petrini de Galatz empfiehlt prolongirte Innunctionscuren im Sinne FOURNIER's, insbesondere vor dem Schlafengehen, da sie durch die Hg-Inhalation besonders gut wirken. Für eine chronische Krankheit, wie es die Syphilis sei, gehöre ebenso wie für die Tuberculose auch eine chronische Behandlung.

Touton erwähnt zunächst eines Falles von Reinfectio s. nach vorausgegangener zweifelloser schwerer Syphilis, die nur mit geringen Dosen von Hg behandelt worden war, als Beweis, daß diese Verabreichung besser wirke als heroische Curen.

Im Allgemeinen steht T. jedoch auf dem Standpunkte NEISSER's. Das zweifellose Herunterkommen im manchen Fällen von Syphilis unter der chronisch interm Behandlung lasse sich ja wieder leicht beheben (Luftveränderung, Bäder, roborirende Behandlung). Man dürfe es nicht erst auf den Ausbruch von Nervenerscheinungen, Tabes, Apoplexie, Hirnlues, ankommen lassen, um dann erst energisch zu behandeln, sondern dies lieber früher thun.

Herxheimer (Frankfurt a. M.) betont im Gegensatze zu NEISSER und PETRINI den Werth der Jodpräparate auch bei frühsyphilitischen Erscheinungen insbesondere dort, wo Hg nicht gewirkt habe.

Mracek (Wien) bekennt sich als strenger Mercurialist, jedoch im Sinne einer fallweisen symptomatischen Behandlung.

Philippson (Hamburg) demonstrirt ein neues Präparat als indifferente Salbengrundlage, V a s o g e n genannt. Dasselbe ist ein Kohlenwasserstoff, dessen vornehmliche Eigenschaften, seine Unzersetzlichkeit, rasche Aufnahme in die Haut, es zu einem sehr empfehlenswerthen Vehikel für allerlei Salben, z. B. Unguentum cinereum, Theersalben etc. machen.

Kaposi erklärt sich zunächst gegen jede zeitliche und örtliche Scheidung irgendwelcher syphilitischer Symptome in secundäre und tertiäre und hält aus diesem Grunde jegliche daraus folgende theoretische Deduction für nicht gerechtfertigt. Redner hält es für unzweckmäßig, Syphiliskranke anders als bei vorhandenen Symptomen zu behandeln. Abgesehen von den körperlichen Gefahren, die den Patienten durch die übermäßige Hg-Zufuhr, insbesondere auch für dessen Blutbereitung, Nervensystem etc. erwachsen — die große Zahl Nervenkranker unter den Syphilitikern in FOURNIER's Statistik gebe davon genügenden Beweis — sei der psychisch-moralische Schaden des Pat. bei dieser Behandlung nicht genug hoch zu bemessen. Der einmal von der Lues befallene Mensch, objectiv durch kein Symptom an seine Infection erinnert, komme dennoch nicht zum Genusse seines Lebens, da ihn die fortwährende Behandlung stets an seine Krankheit erinnere, ja ihn glauben mache, daß er noch krank sei, wo er es vielleicht gar nicht mehr ist, ihn schließlich zum Syphilophoben, Melancholiker, zum Geisteskranken machen und vor Allem abhalten, das zu thun, wozu er auf der Welt sei, nämlich eine Familie zu gründen.

Schwimmer empfiehlt im Gegensatze zu KAPOSI und vielen Anderen den Satz, daß das Hg zu Nervenkrankheiten disponire. Im Gegentheile habe er gefunden, daß die nicht behandelten Syphilitiker sehr oft von Nervenaffectionen, insbesondere im Frühstadium, befallen werden, welche Affectionen rasch und dauernd auf Hg-Gebrauch schwinden. Redner spricht sich sehr entschieden für die allgemeine Anwendung der Präventivbehandlung der Syphilis aus, von welcher er seit den 25 Jahren, als er sie übe, nur gute Erfolge gesehen habe. Den Vorwurf, daß diese Behandlung den weiteren Syphilisverlauf irregulär gestalte, weist Redner als ungerechtfertigt zurück.

Peričić (Sebenico) berichtet über seine Erfahrungen in der Syphilisbehandlung bei der Landbevölkerung Dalmatiens.

P. kommt beiläufig zu denselben Resultaten wie GLÜCK (siehe oben). Redner bestreitet das pandemische Vorkommen der Syphilis in Dalmatien. Es komme nur häufiger zu tertiären Erscheinungen, offenbar in Folge Mangels einer Frühbehandlung bei der Landbevölkerung. Knochen- und cutane Syphilis sei häufig, Nervensyphilis, Tabes, Paralyse etc. dagegen sehr selten.

Neisser (Schlußwort): Es sei bis jetzt von keinem Redner ein überzeugendes, beweisendes Moment gegen die chronisch intermittirende Methode der Syphilisbehandlung vorgebracht worden. Am meisten interessirt hatten ihn noch die Beobachtungen GLÜCK's und PERIČIĆ's aus den sog. Skerljevo-Ländern, z. B. das seltene Vorkommen von Nervenaffectionen auf syphilitischer Basis in diesen Ländern. Redner halte es nicht für nachtheilig, wenn ein Individuum auch ohne syphilitische Symptome behandelt werde. Den Vorwurf KAPOSI's gegen seine und JADASSOHN's Statistik müsse er zurückweisen. Im Gegentheile, diese Statistik beweise sehr viel. Redner erinnert an die seinerzeit von KAPOSI vertretene Anschauung, daß bei Lupus selten auch Tuberculose vorkomme, welche heute durch mehrere Statistiken widerlegt sei, in welchen circa 80% Lupus mit sonstiger Tuberculose vergesellschaftet sei. Das ethisch moralische Moment sei jedenfalls von Belang, doch könne dieses Moment insbesondere heute nicht mehr ausschlaggebend sein, wo das Publicum ohnedies über diese Verhältnisse sehr genau informirt sei. Was die Angewöhnung an das Hg, das sog. Pulververschießen betrifft, so könne man diesem durch entsprechende 2—3monatliche Pausen erfolgreich begegnen, ohne gegen das Princip seiner Behandlungsmethode zu verstoßen. Die von JARISCH und KAPOSI betonte Giftigkeit des Mercurs und Gefährlichkeit insbesondere nach subcutaner Anwendung beweise gewiß nichts gegen das in Rede stehende Princip, sondern nur gegen die unzweckmäßige Anwendung eines Mittels, die vermieden werden könne. Redner bleibe dementsprechend auch weiterhin im Principe bei der chronisch intermittirenden Behandlung der Syphilis.

C. ULLMANN (Wien).

Notizen.

Wien, 23. November 1895.

(Die Typhusmorbidität in Wien.) Der amtliche Bericht des Stadtphysicats über die Gesundheitsverhältnisse Wiens im October d. J. weist 62 Fälle von Abdominaltyphus auf, eine Zahl, die — für das mit Hochquellenwasser gesegnete Wien im Allgemeinen als hoch zu bezeichnen — von einem Theile der Publicistik als besorgnißerregend erklärt wurde. Wie Erkundigungen im Stadtphysicate ergaben, dessen Organe jeden Fall bezüglich seiner Provenienz, der hygienischen Verhältnisse der Wohnung, des Hauses etc. eingehend untersuchen, restringirt sich die Zahl der Wiener Fälle auf 51, da 11 Fälle Zugereiste betreffen (so waren von den 5 an Typhus erkrankten Personen des I. Bezirkes — Einwohnerzahl rund 67.000 — 2 aus Venedig, 1 aus Kremsier zugereist). Allein auch die Wiener Fälle sind nicht als „rein" zu bezeichnen, da zahlreiche Wiener Familien gegen Ende September oder Anfangs October aus Sommerfrischen der Umgebung Wiens und der Provinz in die Residenz zurückkehren, eine außerhalb Wiens erfolgte Infection daher erst in Wien selbst zu Tage tritt. Auch relativ kann von einer bedenklichen Zunahme der Typhusmorbidität in Wien keine Rede sein, da die Zahl der im October 1895 beobachteten Fälle die Durchschnittszahl der im Monate October des letzten Trienniums constatirten Typhuserkrankungen (64) nicht erreicht. Bemerkenswerth ist, daß ein besonderes Ueberwiegen der Typhusmorbidität in den neu einbezogenen Bezirken, welche zum großen Theile der Hochquellenleitung entbehren, beziehungsweise blos Auslaufbrunnen auf den Straßen besitzen, weder heuer, noch in den beiden letzten Jahren zu constatiren war. — Nicht ohne Interesse dürfte nachfolgende, die Typhusmorbidität Wiens (inclusive der Zugereisten, exclusive der Garnison) im Decennium 1885—1894 illustrirende Tabelle sein, zu welcher bemerkt werden möge, daß vom Jahre 1892 an auch die mit Wien vereinigten Vororte berücksichtigt sind:

Jahr	Typhusfälle	Auf 10.000 Einwohner berechnet
1885	246	3·49
1886	269	3·82
1887	253	3·59
1888	474	6·72
1889	336	4·40
1890	229	3·25
1891	215	3·05
1892	532	3·96
1893	487	3·85
1894	383	2·05

(Universitäts- und Personalnachrichten.) Der Director der n.-ö. Landes-Irrenanstalt in Ybbs, Dr. ADALBERT TILKOWSKY, unseren Lesern als ausgezeichneter Fachschriftsteller wohlbekannt, ist als Nachfolger GAUSTER's zum Director der Wiener Anstalt ernannt worden, deren Leitung er am 1. Jänner 1896 übernehmen wird. Der a. o. Professor an der Wiener Universität Dr. VICTOR R. v. HACKER ist zum ordentlichen Professor der Chirurgie an der Universität Innsbruck ernannt worden. — Reg.-R. Dr. JULIUS SPITZMÜLLER und Kais. R. Dr. FERD. POLLENDER wurden als Beisitz-Stellvertreter in das Schiedsgericht der Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt für Niederösterreich berufen. — Dem praktischen Arzte EDUARD GIESSMANN in Altenmarkt a. d. Triesting ist in Anerkennung seiner vieljährigen ersprießlichen Berufsthätigkeit das goldene Verdienstkreuz verliehen worden.

(Aerztekammern.) Der Unterrichtsminister hat mehrere Aerztekammern eingeladen, je einen Delegirten in die behufs Revision der medicinischen Studien- und Prüfungsordnung einzuberufende Enquête zu entsenden. Eine solche Einladung ist, wie wir erfahren, zunächst der Wiener und Brünner Kammer zugegangen.

(Diphtherie-Heilserum.) Mit Bewilligung der n.-ö. Statthalterei wird nunmehr nach Maßgabe des Vorrathes und der Production des Diphtherie-Heilserums in den staatlichen Anstalten für Gewinnung des Serums (Rudolfstiftung und Franz Josef-Spital in Wien) dasselbe fallweise und insbesondere bei epidemischem Vorherrschen von Diphtherie an einem Orte auch an praktische Aerzte und Apotheker zu dem Preise von 1 fl. 40 kr. pro dosi abgegeben. Die seitens der Aerzte an die Gewinnungs-Anstalt in

der Rudolfstiftung über deren Ersuchen zu erstattenden Meldungen über den therapeutischen Erfolg des von dem Institute abgegebenen Heilserums genießen die Portofreiheit.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) Die Witwen- und Waisen-Societät des Collegiums läßt die in ihrem Besitze befindlichen Häuser, I., Rothenthurmstraße Nr. 21 und 23, demoliren und an deren Stelle einen allen Anforderungen der Schönheit, Zweckmäßigkeit und Hygiene entsprechenden Neubau herstellen, welcher nach dem Gründer der Witwen- und Waisen-Societät, dem Leibarzte der Kaiserin Maria Theresia, „Van Swieten-Hof" genannt werden wird.

(Ueberwachung der Sodawasser-Erzeugung.) Wie die „Tropp. Ztg." berichtet, sind jüngst mehrere Personen nach dem Genusse von Sodawasser, welches aus einer schlesischen Fabrik bezogen wurde, unter Erscheinungen erkrankt, die auf eine stattgehabte Vergiftung hindeuten. Durch die sofort eingeleitete sanitätspolizeiliche Erhebung wurde sichergestellt, daß in Erzeugnissen dieser Fabrik, welche aus dem Jahre 1894 herrührten, ansehnliche Mengen von Arsen enthalten waren, und daß das den oben erwähnten Personen verabreichte Sodawasser aller Wahrscheinlichkeit nach aus jener Zeitperiode stammte. Die von den Sachverständigen im Chemiefache eingeleiteten Nachforschungen über die muthmaßliche Provenienz des Arsens führten darauf, daß dasselbe nur von der bei der Erzeugung des Sodawassers verwendeten, nachgewiesen stark arsenhältigen Schwefelsäure herrühren könne, weiter aber auch einer bei der Entwicklung der Kohlensäure unterlaufenen groben Fahrlässigkeit zuzuschreiben sei. Die schlesische Landesregierung hat in Folge dessen die Verwendung arsenhältiger Schwefelsäure bei der Erzeugung moussirender Getränke untersagt und die betreffenden Gewerbsleute unter Uebertragung der vollen Verantwortlichkeit angewiesen, sich vor der Gebrauchnahme der Schwefelsäure von dem arsenfreien Zustande derselben zu überzeugen. Die Amtsärzte wurden beauftragt, bei den vorzunehmenden Revisionen der Sodawasser-Erzeugungen die Befolgung dieser Anordnung zu überwachen, hiebei auch der Darstellungsweise des Sodawassers besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und überhaupt Alles zu beachten, was dem Fabrikate einen gesundheitsschädlichen Charakter verleihen kann.

(Cholera-Nachrichten.) In der Woche vom 12. bis 18. November wurden aus Galizien 19 Erkrankungen und 14 Todesfälle (gegen 28 Erkrankungen und 25 Todesfälle in der Vorwoche) an Cholera asiatica gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August dieses Jahres constatirten Erkrankungen beträgt 351, die Mortalität 66·6%.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Budapest die praktischen Aerzte Dr. Ludwig Heinrich, 84 Jahre, und Dr. Franz Jaro, 25 Jahre alt, ein Nestor und ein Jünger unseres Standes; in Braunschweig durch Selbstmord der Chefarzt der chirurgischen Abtheilung des dortigen Krankenhauses, Dr. Herm. Seidel, einstiger Assistent Volkmann's, im 41. Lebensjahre; in Jurjew (Dorpat) der a. o. Professor der Physiologie an dortiger Universität, Dr. W. N. Popow.

(Errata.) In Nr. 45 d. Bl., pag. 1704, Z. 23 v. u. lies statt „Ausspülung" Ausschälung, und Z. 21 v. u. statt „concluirt" enucleirt.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 25. November 1895, 7 Uhr Abends im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Dr. F. Kornfeld: Ueber die radicalen Behandlungsmethoden der Prostata-Hypertrophie.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 27. November 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Doc. Dr. E. Redlich: Zur Pathogenese der Syringomyelie (Demonstration).
2. Demonstrationen. (Angemeldet Dr. Oscar Reichel.)
3. Dr. I. Fischer: Schilddrüse und weiblicher Genitalapparat.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das November-December-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Heilung des Klumpfußes durch das modellirende Redressement."** Von **Prof. Dr. Adolf Lorenz** in Wien.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unsrer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Nr. 48. Sonntag den 1. December 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Complicationen.

II.*) Zur Therapie der periurethralen Abscesse und der Prostatitis blennorrhoica.

Von **Doc. Dr. S. Ehrmann** in Wien.

Wenn ich die obgenannten zwei Krankheitsformen gemeinsam abhandle, so geschieht es deshalb, weil sie gewisse gemeinsame Merkmale besitzen und von einem Gesichtspunkte aus betrachtet werden können.

Seit die Littre'schen Drüsen und Morgagni'schen Taschen der Urethra bekannt sind, war man geneigt, jene knötchenförmigen, schmerzhaften Anschwellungen an der Unterfläche der Harnröhre, welche hie und da im Verlaufe der Blennorrhoe auftreten, als Entzündungen dieser Drüschen zu deuten. Der Erste, welcher durch anatomische Untersuchungen auf die Bedeutung der Drüsen und der Morgagni'schen Taschen in dieser Hinsicht aufmerksam gemacht hat, war Singer („Zeitschr. der Gesellschaft der Aerzte", 1856). Ferner hat in der Zeit vor der Entdeckung des Gonococcus Belfield, ein Schüler von Chiari einen solchen Absceß untersucht und besonders die Morgagni'schen Taschen als Ausgangspunkte für Absceßbildung bei Blennorrhoe erkannt („Wiener Med. Wochenschr.", 1881). Nachdem Neisser den Gonococcus entdeckt und Wertheim die Züchtungsmethode desselben gefunden, war es verhältnißmäßig ein Leichtes, die näheren Vorgänge bei der Invasion der Morgagni'schen Taschen und Littre'schen Drüsen zu studiren. Und es kann nach den heute vorliegenden Untersuchungen von Jadassohn und Finger wohl kaum zweifelhaft sein, daß sie durch Invasion der Gonococcen sich entzünden, respective vereitern können. Ebenso zweifellos ist es aber, daß eine Reihe von Abscessen um die Urethra durch Entzündung solcher Drüsen allein nicht erklärt werden können. Während die eben angeführten Entzündungen der Littre'schen Drüsen sogenannte Pseudoabscesse (Eiterproductionen mit präformirten Höhlen) darstellen, kommt es besonders an zwei Stellen der Urethra sehr häufig zur Vereiterung des subcutanen und cutanen Bindegewebes, also zur Bildung von echten Zellgewebsabscessen. Die Orte, an welchen dies geschieht, sind das Frenulum und der Bulbus. Der Weg, welchen die Eiterung hiebei nimmt, ist ihr an beiden Stellen durch ein blutgefäßarmes, bindegewebiges Septum vorgezeichnet, welches, an der Urethralschleimhaut beginnend, durch das Corpus cavernosum hindurch bis an die Haut herantritt und an der einen Stelle auch außen als Frenulum sichtbar wird.

Die Entstehung dieses Septums datirt aus der embryonalen Epoche, in welcher die Urethra als eine offene Rinne an der Unterfläche des Genitalhügels von der Spitze desselben bis an die Cloake führt, welch letztere zu jener Zeit noch sowohl die Darmsecrete, als auch die Mündungen des Urogenital-Apparates aufnimmt und erst später durch eine Verwachsung in Mastdarm und Sinus urogenitalis, d. i. die männliche Urethra getheilt wird. Hiebei wachsen die Ränder der an der Unterfläche des Genitalhügels, id est Penisanlage gegeneinander und verschmelzen, so daß aus der Rinne ein Rohr wird. Die Spuren dieser Verwachsung zeigen sich noch beim Erwachsenen als Frenulum und in weiterer Fortsetzung nach rückwärts als Raphe Penis, Scroti et Perinei.

Die Blutgefäße des sich entwickelnden Corpus cavernosum urethrae dringen durch die Verwachsungsstelle von rechts nach links und umgekehrt durch; nur an zwei Stellen geschieht das nicht, und das ist eben die Frenulargegend und die Gegend des Bulbus, welcher ja zeitlebens durch ein Septum gespalten erscheint.

Wenn wir auch annehmen wollten, daß das Eindringen der Eiterungserreger — wollen wir vorläufig sagen — zunächst

*) Siehe „Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 8.

in LITTRÉ'sche Drüsen stattfindet, so könnte man dies nur für den Anfang annehmen, denn die Drüsen führen nicht tief in's Bindegewebe hinein. Im weiteren Fortschreiten muß entschieden das Bindegewebe selbst vereitern; es vereitert aber entschieden auch primär und ganz allein, weil eine Perforation der Harnröhrenschleimhaut durch periurethrale Abscesse des Frenulums und des Bulbus verhältnißmäßig selten nachzuweisen ist, während die Vereiterung und Perforation der Haut nahezu die Regel ist.

Noch im Jahre 1889, da ich über periurethrale Vereiterungen des Bindegewebes durch Gonococcen berichtete, hat NEISSER (Verhandlungen des I. Congresses der deutschen dermatologischen Gesellschaft) mir gegenüber den Standpunkt vertreten, daß Gonococcen im Bindegewebe nicht vorkommen. Mittlerweile ist das Vorkommen der Gonococcen im Bindegewebe durch das von WERTHEIM entdeckte Culturverfahren über allen Zweifel erhaben und wird von NEISSER sowohl als den meisten anderen Forschern zugegeben.

Die Frage, warum bei der Häufigkeit der Blennorrhoe Infectionen des Bindegewebes so verhältnißmäßig selten sind, ist zwar noch zu beantworten; über die Thatsache selbst aber kann wohl kein Zweifel herrschen.

Für die Entstehung der periurethralen Abscesse sind zweifellos Läsionen der Schleimhaut ein begünstigendes Moment und gerade der Bulbus und die Frenulargegend begünstigen das Entstehen oberflächlicher Epithelrisse, welche bei ungeschickt ausgeführten Injectionen entstehen können. Wenn man Injectionen unter hohem Druck in die Urethra macht, so sieht man, daß in der Gegend des Bulbus und des Frenulum die Urethra sich am meisten vorbaucht und auch am meisten gespannt ist. Das liegt nicht blos an der größeren Weite der Urethra an diesen Stellen, sondern auch darin, daß sie dem Seitendruck der Flüssigkeit den geringsten Widerstand entgegensetzen können, weil an diesen Stellen die Continuität des Corpus cavernosum unterbrochen ist, als auch deshalb, weil der Anprall der Flüssigkeit an diesen Stellen am heftigsten ist, und zwar, weil hinter dem Bulbus die Flüssigkeitssäule bei rascherE inspritzung sich an dem sich contrahirenden Musculus compressor urethrae bricht und, wenn nun weiter gewaltsam eingespritzt wird, eine rückläufige Bewegung macht und in dieser rückläufigen Bewegung wieder mit Gewalt an die Fossa navicularis anstößt. Hiedurch werden eben leicht Schleimhautläsionen gesetzt, welche dem Eindringen nicht blos der Gonococcen, sondern, wenn die Spritze oder die Hände des Injicirenden nicht rein sind, anderen Eiterungserregern, namentlich Staphylo- und Streptococcen, eine Pforte schaffen. Es gibt zweifellos periurethrale Gonococcen-Abscesse, als auch solche, die von anderen Coccenarten erregt werden.

Ich verweise diesbezüglich auf meine Bemerkungen in der Discussion über Gonorrhoe auf dem internationalen Dermatologen-Congreß in Wien.

Der Nachweis ist auch in der Weise sehr leicht zu liefern, daß man das Secret von periurethralen Abscessen auf Fleischpepton-Gelatine überträgt, auf welcher Gonococcen gar nicht gedeihen, während die anderen gewöhnlich vorkommenden pyogenen Coccen auf derselben leicht aufgehen. Man wird dabei die Erfahrung machen, daß die Uebertragung des Secretes auf die Gelatinplatten oder Eprouvetten in einigen Fällen, d. i. bei reinen Gonococcen-Abscessen, fruchtlos ist, in anderen jedoch gehen Staphylo- oder Streptococcen auf.

Wir sehen auch häufig periurethrale Abscesse oder periurethrale Infiltrate bei solchen Individuen, welche trotz bestehender acuter Gonorrhoe den Coitus ausführen. Daß die acut infiltrirte hyperämische Schleimhaut hiebei Continuitätstrennungen erleidet, lehren jene Fälle, bei welchen aus eben demselben Anlasse profuse Blutungen beobachtet werden.

Die Therapie der periurethralen Abscesse soll theils eine causale, theils eine symptomatische sein. Das erstere, wenn es möglich ist, den in die Tiefe gedrungenen Mikroorganismus zu zerstören oder in der Entfaltung seiner Thätigkeit zu hindern; das zweite, die hiedurch entstehenden subjectiven und objectiven Beschwerden zu beseitigen.

Die symptomatische Therapie hat die Aufgabe, die besonders bei der Erection und beim Harnen heftig werdenden Schmerzen zu beseitigen. Ich glaube, auf meine Erfahrungen gestützt, daß man dies am zweckmäßigsten erreicht: Erstens, indem man die Erectionen durch starke Dosen von Natrium bromatum besonders des Nachts herabsetzt und zweitens, indem man den durch die Harnröhre fließenden Harn möglichst diluirt macht, am besten wohl durch die schon von H. v. ZEISSL empfohlene Darreichung eines warmen Infuses von Herba herniariae glabrae und Herba chenopodii ambrosioid. Die causale Therapie wird bezwecken, wie oben erwähnt, ein gutes Antigonorrhoicum möglichst in die Tiefe wirken zu lassen und zur Resorption zu bringen. Nach meiner Erfahrung ist von allen Mitteln, die zu diesem Zwecke empfohlen wurden, das Ammonium sulpho-ichthyolicum am zweckdienlichsten. So lange die Infiltrate sich nur in der Umgebung der Urethra befinden, noch nicht tief gegen die Haut gegriffen haben, ist die Application in Form von Urethralstäbchen die einzige, von der man sich einigermaßen einen Erfolg versprechen kann. Ich verordne zu diesem Zwecke Urethralbougies aus Cacaobutter mit 0·02 Ammonium ichthyolicum pro bacillo; auch sehr verdünnte Irrigationen der Urethra sind von Vortheil, wenn die Entzündung der übrigen Schleimhaut nicht eine hochgradige ist. Wenn die Infiltration bis in die Haut übergegriffen hat, dann kann man durch die cutane Anwendung des Ichthyols in Verbindung mit Wärme Resorption des Infiltrates erzielen, eventuell die eiterige Schmelzung desselben und Perforation nach außen beschleunigen, ehe die Infiltration eine große Ausdehnung erreicht hat.

Die Methoden, die man hiebei anwenden kann, sind verschieden. Entweder in der Weise, wie v. SHLEN bei Furunkeln vorgeht: Einpinseln mit Ammonium sulpho-ichthyolicum, Glycerin, Aqua dest. aa., darüber eine dünne Wattelage mit Guttaperchapapier, Verband mit Mullbinde, oder auch Ichthyol mit Lanolin und Ung. simplex in derselben Weise.

Wenn es zur eiterigen Schmelzung gekommen ist, soll incidirt werden, sobald eine Spur von Fluctuation nachweisbar ist; zum Verbande ziehe ich in diesem Falle in Ichthyol getränkte Watte oder hydrophile Gaze dem Jodoform vor, schon deshalb, weil man durch Zusatz von Ol. Eucalypti und Ol. Citronellae aa. 2·5% auf Ichthyol berechnet, dessen Geruch vollständig verdecken kann, was bei Jodoform nicht gelingt. Hauptsächlich aber aus dem Grunde, weil das Jodoform wohl die Granulation, nicht aber die Resorption des Infiltrates befördert, während das Ichthyol in beiden Richtungen wirkt. In einem Falle, wo sich in einem größeren Infiltrate eine kleine Höhle gebildet hatte, habe ich den Eiter mit einer PRAVAZ'schen Spritze aspirirt und einige Tropfen einer 5% Ichthyollösung in die Höhle eingespritzt, dann verbunden; darauf erfolgte Heilung ohne weiteren Eingriff.

(Schluß folgt.)

Ueber eine weitere Reihe von Leberabscessen.

Von **Dr. Siegfried Schweiger,**
Stadtarzt und Leiter des städtischen Spitales in Travnik.

(Fortsetzung.)

Ich wende mich nun zur Beschreibung der von mir neuerlich beobachteten Leberabscesse und will im Anschlusse hieran einige Bemerkungen über Symptomatologie, Diagnose und Therapie machen.

Beobachtung XI. Mitte April 1895 wurde ich zu einem Pat. gerufen, welcher in einem zwei Wegstunden von der Stadt entfernten Dorfe wohnte. Nach Angabe der Angehörigen war derselbe

vor etwa 3 Monaten mit Schüttelfrösten erkrankt und klagte seit dieser Zeit über heftige Schmerzen in der rechten Schulter. Im Uebrigen sei er stark abgemagert, so daß sie meinten, es handle sich um Tuberculose. Mit Rücksicht auf den als quälend angegebenen Schulterschmerz vermuthete ich einen Leberabsceß und nahm daher auch meine Pravazspritze mit. Bei dem Pat. angelangt, konnte ich anamnestisch weder vorhergegangene Dysenterie, noch länger anhaltende Diarrhoen constatiren. Der 35jährige, kräftig gebaute Mann machte den Eindruck eines Phthisikers. Er hustete und klagte über stechende Schmerzen in der rechten Brustseite, sowie in der Schulter. Die Temperatur war 38·5, kein Icterus. Obere Dämpfungsgrenze der Leber beginnt vorne am oberen Rande der 6. Rippe, in der Seite an der 8. hinten ergibt sich im Verlaufe der Dämpfungslinie eine etwa 4 Cm. breite Höhendifferenz zwischen beiden Seiten. Die Dämpfungsgrenze bei der Athmung verschieblich, Athmung in den nicht gedämpften Partien normal. Der untere Leberrand ist deutlich fühlbar, die Leber jedoch nicht sonderlich vergrößert. Die Probepunction im 8. Intercostalraum zwischen den beiden Axillarlinien ergibt sofort Eiter, dagegen erweist sich eine solche im 7. Intercostalraume vorne negativ.

Der Pat. wurde in's Spital gebracht und am 17. April operirt, und zwar in der Weise, daß zunächst eine partielle Resection der 8. Rippe seitlich gemacht und ein dicker Troicar in den Leberabsceß, der ziemlich tief in der Lebersubstanz saß, eingestochen wurde. Es entleerten sich etwa 800 Ccm. Eiter. Der Troicar blieb bis zum 20. April liegen; an diesem Tage wurde die Oeffnung mittelst Paquelin erweitert und ein dicker Drain eingelegt. Der Zustand des Patienten zeigte nach der Operation nur eine geringe Besserung; es bestand ein rechtsseitiger Pneumothorax, der hochgradige Dyspnoe veranlaßte. Am 1. Juni wurde blutig verfärbter Eiter in größerer Menge ausgehustet. In den letzten Tagen bestanden profuse Diarrhoen. Unter allmäligem Verfall der Kräfte starb der Pat. am 2. Mai.

Die Obduction ergab eine etwa zwei faustgroße Absceßhöhle im seitlichen Antheile des rechten Leberlappens. Dieselbe zeigte deutliche Anzeichen einer beginnenden Schrumpfung. Der Absceß war mit einer ziemlich festen bindegewebigen Membran ausgekleidet, die Leber war an ihrer größten Convexität mit dem Zwerchfell und der Basis der rechten Lunge verwachsen und zeigte eine kleine Perforationsöffnung, die die Absceßhöhle mit dem Parenchym der Lunge vereinigte. Der ganze Blinddarm, das aufsteigende und Quercolon, waren von ausgebreiteten, mit unterminirten Rändern versehenen Geschwüren bedeckt, deren Basis mit einem eiterigen Schorfe bedeckt war. Neben diesen Geschwüren fanden sich ausgedehnte Schleimhautgeschwüre, sowie einzelne folliculäre Verschwärungen.

Dieser Fall ist in mehrfacher Beziehung bemerkenswerth. Zunächst war bei demselben das Symptom des Schulterschmerzes besonders ausgebildet.

Der Schulterschmerz ist bekanntlich ein vielen Leberaffectionen eigenthümliches Symptom und entsteht durch Irradiation auf dem Wege des Nervus phrenicus, der zum Theile die Leber innervirt und mit dem Nervus scapularis cutaneus aus dem 4. Cervical-Nervenpaar entspringt. Das Vorkommen des Schulterschmerzes bei Leberabsceß wird von den verschiedenen Beobachtern als recht häufig angegeben, so von Sachs in 70% der Fälle. Ich habe ihn bei meinen diesmaligen Beobachtungen 6mal vorgefunden.

Weiterhin war der beschriebene Fall bemerkenswerth durch den Umstand, daß anamnestisch kein Symptom vorhergegangener Ruhr zu erheben war und auch während meiner Beobachtung mit Ausnahme der durch 3 Tage vor dem Tode bestehenden Diarrhoe kein Symptom auf eine Darmerkrankung hinwies, die Obduction jedoch ausgedehnte dysenterische Geschwürsbildung im Darme ergab. Aehnliche Fälle sind in der Literatur mehrfach erwähnt und von Macleod-Neil ist dieser Umstand besonders hervorgehoben worden.

Endlich muß in diesem Falle noch als besonders auffallend bezeichnet werden, daß nach der bereits erfolgten künstlichen Eröffnung des Abscesses ein Durchbruch in die Lunge erfolgte.

Beobacht. XII. Anna M., 19 Jahre alt, aus der ehemaligen Militärgrenze stammend, hat vor 3 Jahren in Sarajevo 8 Wochen hindurch an Dysenterie gelitten und seit dieser Zeit wiederholt an Diarrhoen. Bis vor drei Wochen hatte sie angeblich keinerlei Beschwerden. Damals erkrankte sie mit Schmerzen im Magen, es bestand hartnäckiges Erbrechen und blutige Diarrhoen. Die Mitte November 1894 vorgenommene Untersuchung ergab: Die im 6. Monate schwangere Patientin ist abgemagert. In der Magengrube findet sich eine bis zum Nabel reichende, deutlich fluctuirende Schwellung, die von dem schwangeren Uterus deutlich abzugrenzen ist. Es bestehen blutige Diarrhoen, die rechte Schulter ist schmerzhaft. Die Probepunction der Geschwulst ergab Eiter und damit die Diagnose auf einen Absceß des linken Leberlappens. Bei der Operation erwies sich die Leber mit der Bauchwand verwachsen. Nach der Incision ergossen sich etwa 300 Ccm. Eiter. Die Secretion nahm in den nächsten Tagen ab; zeitweise war dieselbe rein gallig. 3 Wochen später kam es zur Frühgeburt eines 7monatlichen Fötus. 3 Tage nach der Geburt klagte Pat. über heftige Schmerzen in der Gegend des rechten Leberlappens. Daselbst fand sich jetzt ein deutlich fluctuirender Tumor unterhalb des rechten Rippenbogens, der nahezu bis an die Spina reichte. Dadurch wurde die Diagnose eines großen Abscesses im rechten Leberlappen ganz evident. Ein weiterer operativer Eingriff wurde jedoch nicht zugegeben. Die blutigen Diarrhoen dauerten an und unter allmäligem Verfall der Kräfte und Zeichen einer Amyloidose der drüsigen Organe starb die Pat. Die Obduction ergab in der sehr bedeutend vergrößerten Leber neben dem in Heilung begriffenen Absceß des linken Lappens 5 Abscesse im rechten, und zwar drei an der vorderen und seitlichen Convexität, zwei an der hinteren Fläche derselben. Der größte enthielt etwa ein Liter Eiter, die anderen waren orangen- bis walnußgroß. Der Darm zeigte dasselbe Bild, wie der früher beschriebene Fall.

Auffallend ist in diesem Falle, daß trotz der schweren Organerkrankung — es waren ja 6 Abscesse in der Leber — der Proceß doch solange ohne irgend welche Beschwerden verlief und erst das durch die peritoneale Reizung gesetzte Erbrechen die Pat. auf ihr Leiden aufmerksam machte. Es werden viele Fälle von Leberabsceß beschrieben, die während des Lebens keinerlei Symptome verursachten, oder die sich erst, nachdem sie in ein Nachbarorgan durchgebrochen waren, durch die Reizerscheinung in der Umgebung dem Pat. bemerkbar machten.

Auffallend ist ferner, daß das Leiden eine Frau betraf. Das weibliche Geschlecht wird erfahrungsgemäß so selten von dem Leiden befallen, daß man von einer Immunität desselben gegen Leberabsceß gesprochen hat. Nach Rouis finden sich unter 253 Personen mit Leberabsceß nur 8 Frauen und Sachs constatirte ein ähnliches Verhältniß. Unter meinen 18 Beobachtungen finden sich nur 2 Frauen.

Das Auftreten von multiplen Abscessen in der Leber nach Dysenterie gehört, wie ich bereits früher erwähnt habe, zu den Seltenheiten. Dieser Umstand wird vielfach als Beleg dafür angeführt, daß die Abscesse der Tropen, die doch weitaus häufiger in der Einzahl vorkommen, nicht auf embolischem Wege durch die Dysenterie veranlaßt seien, sondern durch idiopathische suppurative Hepatitis (Chvostek). Doch bemerkt dagegen Neil Macleod sehr richtig, daß ja das Vorkommen eines Abscesses nach Beckenvereiterung, wobei der embolische Ursprung sicherlich nicht geleugnet werden kann, durchaus keinem Widerspruche begegnet.

(Schluß folgt.)

Zur Priorität der Colopexie bei Mastdarmvorfällen.

Von **Dr. J. Bogdanik**, Director des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in Biala.

In der „Wiener Medizinischen Presse" (1895, Nr. 47) lese ich in einer Arbeit des Collegen IDZINSKI Folgendes: „Diese Operation (Colopexie), welche zuerst von HUTCHINSON angegeben wurde, wird in letzterer Zeit gerne geübt und gibt unter allen anderen Behandlungsmethoden des Prolapsus ani und recti die besten Erfolge, wovon ich mich persönlich zu überzeugen Gelegenheit hatte, da College BOGDANIK mir einige Kranke im Bialaer allgemeinen Krankenhause vorzustellen so freundlich war."

Da ich mir die Priorität der Colopexie bei Mastdarmvorfällen anzumaßen das Recht zu haben wähnte, wendete ich mich brieflich an den Collegen IDZINSKI, als ich den oben citirten Satz auch im „Przeglad lekarski" vom 2. Februar 1895 zu lesen bekam. Ich ersuchte den verehrten Collegen, mir die betreffende Arbeit HUTCHINSON's angeben zu wollen, damit ich von meinen vermeintlichen Ansprüchen auf die Priorität der Operation zurücktreten könnte. Collega IDZINSKI war so freundlich, mir am 4. Februar 1895 Folgendes zu antworten: „Eine Erwähnung über HUTCHINSON fand ich in HUETER's Handbuch für Chirurgie (6. Auflage vom Jahre 1890, II. Bd., 2. Th., pag. 252) ohne Quellenangabe, nämlich: In einem Falle von irreponiblem Prolapsus recti unternahm HUTCHINSON die Laparotomie und zog von der Bauchhöhle aus den invaginirten Dickdarm zurück, ein Verfahren, welches vor der Exstirpation vielleicht deshalb den Vorzug verdient, weil seine Gefahr geringer sein mag." In dem Briefe schreibt College IDZINSKI weiter, daß er in seiner Arbeit meine Priorität nicht bestreiten wollte, und erklärte sich bereit, dies im „Przeglad lekarski" zu veröffentlichen. Sein Anerbieten lehnte ich dankend ab, da es mir damals nur darum zu thun war, mich in dieser Angelegenheit zu informiren.

Nachdem aber College IDZINSKI seinen Satz 10 Monate später in der „Wiener Medizinischen Presse" wiederholte, muß ich erklären, daß ich bereits am 21. April 1894 am XIII. Congresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin einen Vortrag über die Colopexie hielt und diese Operation bereits am 10. Mai 1894 zum erstenmale ausführte. Einen Bericht darüber veröffentlichte ich in der „Wiener Medizinischen Presse", 1895, Nr. 12, und habe die diesbezügliche Literatur angeführt. HUTCHINSON's habe ich keine Erwähnung gethan, weil seiner auch kein anderer Autor erwähnte. Es würde mich sehr freuen, wenn ich die vom Collegen IDZINSKI nicht angeführte Arbeit HUTCHINSON's einsehen könnte, um eventuell meinen Irrthum gut machen zu können. Vorläufig muß ich jedoch auf die Bemerkung des Collegen IDZINSKI noch Folgendes antworten: HUTCHINSON soll nach HUETER in einem Falle von irreponiblem Prolapsus recti die Colopexie (?) vorgenommen haben. Dies scheint mir weder angezeigt, noch möglich. Ich betonte es schon in meiner Arbeit („Wiener Medizinische Presse", 1895, Nr. 12) und schrieb: „Die Colopexie ist nur in jenen Fällen nicht ausführbar, wo bei lange bestehendem, nicht reponirtem Vorfall die Serosen des Mastdarmes innig mit einander verwachsen sind; da wäre eine Lösung der Invagination unmöglich, und es bleibt die Mastdarmresection in ihrem guten Rechte."

Da ich schon von der Priorität der Colopexie schreibe, darf ich eine Arbeit nicht unerwähnt lassen, welche ich zu lesen bekam, als mein Artikel bereits unter der Presse war. Im „Centralblatt für Chirurgie" vom 26. Mai 1894 las ich ein Referat, nach welchem A. BOIFFIN (Nantes) wegen Mastdarmvorfall die Colopexie und Rectoperineorrhaphie vorgenommen hat. Nichtsdestoweniger waren mein Vortrag und auch meine erste Operation früheren Datums.

Revue.

Ueber subcutane Anwendung des Arsens, speciell bei Pseudoleukämie.

Literatur: 1. v. ZIEMSSEN (München): Zur Methode der subcutanen Anwendung des Arsens („D. Archiv f. klin. Med.", 56. Bd., 1. u. 2. Heft). — 2. M. KATZENSTEIN (Frankfurt a. M.): Heilung eines Falles von Pseudoleukämie (HODGKIN'sche Krankheit) durch subcutane Arseninjectionen (ibid.).

Die recht günstigen Erfolge, welche v. ZIEMSSEN (1) in einem Falle von Pseudoleukämie (s. u.), sowie in 2 Fällen von Lichen ruber von der subcutanen Arsenapplication sah, veranlaßten ihn, Versuche über die therapeutische Verwendbarkeit derartiger Injectionen in größerem Maßstabe anzustellen. Zunächst erwiesen sich die gangbaren Arsenpräparate für eine längere Injectionscur wegen ihrer Reizwirkung als unverwendbar. Dies gilt auch für den officinellen Liquor Kalii arsenicosi. Es galt daher, zunächst ein geeignetes Präparat herzustellen, was auch mit Unterstützung des Münchener städtischen Oberapothekers SPETH gelang. Dieser empfiehlt folgende Darstellung: 1 Grm. Acidum arsenicosum (am besten von der glasigen Form) wird mit 5 Ccm. Normalnatronlauge in einem Reagensglase gekocht, bis vollständige Lösung erfolgt; hierauf wird die Flüssigkeit in einen Meßkolben gespült, auf 100 Grm. verdünnt und filtrirt. Zum Gebrauch füllt man die Flüssigkeit in kleine Gläschen von 2 Ccm., welche, mit Wattepfropfen versehen, im Dampfstrom sterilisirt werden. Von dieser 1proc. Solutio Natrii arsenicosi wird nun in der Weise Gebrauch gemacht, daß mit einer Dosis von 0·25 anfangs 1mal täglich, nach einigen Tagen 2mal täglich begonnen wird und allmälig bis auf eine ganze Spritze 2mal täglich, also auf eine Tagesdosis von 0·02 Natrium arsenicosum gestiegen wird. Diese Tagesdosis entspricht der von dem deutschen Arzneibuch aufgestellten Maximal-Tagesdosis des Liquor Kalii arsenicosi. Diese großen Dosen, welche unter Umständen noch überschritten werden können, werden bei langsamem Anstieg meist gut vertragen und rufen insbesondere keine Störungen des Appetits hervor. Ueber den therapeutischen Werth der subcutanen Anwendung des Arsens in großen Dosen berichtet v. Z. vorläufig, daß die subcutane Einverleibung eine ungleich bedeutendere Wirkung hat, als die Einverleibung per os, hauptsächlich deshalb, weil man große Dosen, auf welche es bei schweren Fällen von Lichen ruber, Hautsklerem und anderen Hautkrankheiten, dann bei Pseudoleukämie u. A. ankommt, nur auf diesem Wege längere Zeit anwenden kann.

Der oben erwähnte von M. KATZENSTEIN (2) beobachtete Fall von Pseudoleukämie betraf einen 37jährigen Pat., bei welchem sich seit circa 2 Monaten Drüsenschwellungen am ganzen Körper eingestellt hatten, ohne irgend welche Symptome und ohne Schmerzen zu verursachen. Außerdem klagte Pat. seit mehreren Wochen über einen heftigen drückenden Schmerz unter dem linken Rippenbogen, über Schlaf- und Appetitlosigkeit und allgemeine Schwäche. Am stärksten waren die Inguinaldrüsen geschwellt (bis zu Faustgröße), dann folgten die Axillardrüsen (Hühnereigröße), die Cervical-, Cubitaldrüsen u. s. w. Daneben bestand diffuser Bronchialcatarrh und eine abnorme Vergrößerung der Milz, welche als bretthartе Resistenz zu fühlen war und fast bis in die Nabelgegend reichte. Die Blutuntersuchung ergab: 4,720.000 rothe, 12.200 weiße Blutkörperchen, keine Poikilocyten, keine kernhaltigen rothen Blutkörperchen; die mehrkernigen Leukocyten zum Theil eosinophil. An den inneren Organen wurde weiter nichts Abnormes gefunden. Urin war zucker- und eiweißfrei. Pat. litt an hartnäckigem Prurigo, anhaltendem, heftigen Nasenbluten und ödematöser Anschwellung der beiden Unterschenkel.

Diese Symptome, die progressive Anämie und Kachexie, verbunden mit einer allgemeinen geschwulstbildenden Erkrankung der lymphatischen Organe des Körpers bei fast normaler Blutbeschaffenheit ließen die Diagnose „Pseudoleukämie" als zweifellos richtig erscheinen.

Auf den Rath v. ZIEMSSEN's hin wurde nun in diesem Falle eine Arsentherapie eingeschlagen, welche etwa 6 Monate in Anspruch nahm. Sie hatte den Erfolg, daß nach dieser Zeit alle Erscheinungen der Krankheit verschwunden waren. Die Lymphdrüsenschwellungen,

der Milztumor, Kachexie und Schwäche waren vollständig geschwunden, das Aussehen des Kranken war geradezu ein blühendes geworden, das Körpergewicht hatte sich sehr vermehrt, subjectiv wie objectiv war volles Wohlbefinden eingetreten. Dieser Zustand besteht nun seit 5 Monaten völlig unverändert fort.

Die eingeschlagene Therapie bestand ausschließlich in subcutanen Injectionen von Solutio arsenicalis Fowl., welche in den Rücken, zu beiden Seiten der Wirbelsäule, gemacht wurden. Im Ganzen erhielt Pat. circa 100 Injectionen. Es wurde mit 0·1 Solut. ars. Fowl. pur. begonnen, welche Dosis anfangs jeden 3. Tag um 0·05 erhöht wurde. Bis Mitte Mai 1894 war K. bis zu einer ganzen Spritze (1·0) täglich gelangt, wobei etwa alle 2 Wochen eine mehrtägige Pause eintrat. Während dieser Zeit war die Milzdämpfung um ein Bedeutendes kleiner geworden, die Lymphdrüsen, welche anfangs sich sehr hart anfühlten, wurden weicher und beweglicher, das Allgemeinbefinden, das Aussehen, Appetit und Schlaf besserten sich von Tag zu Tag. Eine Erhöhung der Einzeldosis schien nun nicht mehr räthlich, hingegen wurde die Tagesdosis vermehrt. Am 28. Mai begann K. mit 2maliger Injection täglich (Morgens und Abends), gab anfangs 2mal 0·6 und konnte bereits am 8. Juni 1894 2mal täglich eine ganze PRAVAZ'sche Spritze (1·0) Solut. arsen. Fowl. pur. injiciren. Bei dieser Tagesgabe verblieb Pat. bis Ende Juni, zu welcher Zeit er als fast genesen zu betrachten war. Nunmehr wurde die Tages- und Einzelgabe allmälig verringert. Am 28. Juli 1894 wurde die letzte Injection gemacht, an welchem Tage Pat. als geheilt aus der Behandlung entlassen wurde. Seit dieser Zeit konnte andauernde, vollkommene Gesundheit constatirt werden. Neben der Arsentherapie hatte der Pat. wöchentlich 2 Bäder mit Kreuznacher Mutterlauge und ein römisch-irisches Bad bekommen.

Aetiologisch bot der Fall nur das eine Moment, daß Pat. vor 10 Jahren constitutionelle Syphilis durchgemacht hatte, welche zwei Jahre später recidivirte. Erwähnenswerth ist noch, daß während der Behandlung ein typischer einseitiger Herpes zoster und auch sonst herpesähnliche Hautefflorescenzen an anderen Stellen des Körpers aufgetreten waren; K. läßt es dahingestellt, ob diese Hautaffectionen als nebensächliche Erscheinungen, oder zur Allgemeinerkrankung gehörig, oder als Folgen des Medicaments zu betrachten sind. Bs.

Referate und literarische Anzeigen.

WILHELM HEYMANN (Berlin): Deformheilung und Erwerbsunfähigkeit.

Aus den Acten einer Berufsgenossenschaft aus den Jahren 1885—1888 berechnet H. („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", XLI), Heft 6, daß von 83 subcutanen Fracturen, die in ärztlicher Behandlung standen, 31 deform geheilt sind; davon wurden 13 in der Wohnung von einem Cassenarzte, 18 im Krankenhause behandelt.*) Es ist schon wiederholt den Aerzten die Schuld an diesem recht ungünstigen Verhältniß beigemessen worden (H. FISCHER). Betrachtet man die Art der deform geheilten Brüche, so findet man aber doch begünstigende Momente, und zwar einmal ungewöhnliche Neigung zu Dislocation (Schräg-, Spiral-, Torsions-, Doppelbrüche), andererseits die Nähe der Bruchstelle an einem Gelenk, durch welche schon geringe Deformität erhebliche Functionsstörung verursacht. In letzterer Hinsicht ergeben eine ungünstige Prognose ad integrum 1. die ausgeprägten Schiefbrüche im oberen Drittel und alle Fracturen im untersten Drittel des Oberarmes; 2. die Brüche beider Vorderarmknochen; 3. der Radiusbruch in der Epiphysengegend; 4. die Metacarpalbrüche, besonders die Schiefbrüche des Mittelhandknochens des Daumens; 5. die Oberschenkelbrüche mit Verschiebung (besonders Schrägbrüche im obersten und untersten Drittel); 6. Unterschenkelbrüche dicht am Kniegelenk; 7. die Schiefbrüche im unteren Drittel des Unterschenkels und 8. die Knöchelbrüche mit Dislocatio ad latus. Alle diese bedürfen besonderer Behandlungsmethoden: HOFMOHL's Extensionsbehandlung für Schrägbrüche des Oberarmes im oberen Drittel, bei Oberarmbrüchen im untersten Drittel Reposition in Narcose und Fixirung des im Ellbogen rechtwinklig gebogenen Armes durch einen sogleich in zwei Halbkapseln zu zerlegenden starren Verband nach BARDENHEUER, bei Bruch beider Vorderarmknochen fixer Verband bis über den rechtwinklig gebogenen Ellbogen hinaus in fast supinirter Stellung oder Extension in Supination, bei den bezeichneten Fracturen der unteren Extremität hauptsächlich Extensionsverbände u. s. f. Alles das läßt sich aber oft genug besonders auf dem Lande und in kleinen Städten aus äußeren Gründen schlecht durchführen; zuweilen kommen noch andere Hemmnisse dazu, wie Hämarthrose, Blutungen in die Sehnenscheiden hinein und späterhin zu frühe Belastung des noch weichen Callus. Da nun „die Behandlung wenigstens der subcutanen Fracturen zum täglichen Brote der praktischen Aerzte" gehört, so wäre es nothwendig und sehr dankenswerth, wenn die von einzelnen Kliniken empfohlenen, geistvollen, aber oft genug nur den klinischen Verhältnissen angepaßten Methoden den Bedürfnissen und Schwierigkeiten der gewöhnlichen ärztlichen Praxis angepaßt und aus der Fülle der vielen, zum Theil einander widersprechenden Empfehlungen der einzelnen Autoren feste Regeln ausgebildet würden. Gerade weil die Behandlungsmethoden selbst verbesserungsbedürftig sind, ist es nur theilweise berechtigt, die sogar häufige Deformheilung der Knochenbrüche und die daraus folgende Erwerbsbeschränkung den Aerzten zur Last zu legen. R. L.

*) Vgl. das Referat über HÄNEL's ähnliche Arbeit. „Wiener Med. Presse", 1894, Nr. 33, pag. 1254.

DJORITCH (Paris): Sudeurs d'urée en général et dans la maladie de BRIGHT en particulier.

Der Autor berichtet über eine Reihe noch nicht publicirter Fälle von „Harnstoffschweiß", welche auf der Klinik DIEULAFOY's zur Beobachtung kamen („Annales de dermat. et de syph.", 1895, Nr. 10). Die Harnstoffschweiße sind bedingt durch die Anwesenheit von Harnstoffkrystallen auf der Oberfläche der Haut. Sie finden sich, gemischt mit Epidermisschollen, in feinen Nadeln, in mehr minder großer Menge, oft mit Krystallen von Chlornatrium. Dem Auftreten der Krystalle geht oft der Ausbruch eines reichlichen, klebrigen, gelblichen, beim Berühren schlüpfrigen Schweißes voraus, wie dies einer Harnstoff enthaltenden Flüssigkeit entspricht. Die Harnstoffschweiße erscheinen zunächst im Gesichte, auf der Stirne, an den Schläfen, besonders an der Wurzel der Haare, am Halse, am oberen Theil der Brust und den entsprechenden Partien der Arme, selten am Rücken und am Abdomen, wo die Krystalle nur zerstreut vorkommen. In sehr seltenen Fällen bedecken sie den ganzen Körper, aber lassen stets die Handteller und die Sohlen frei. Die Krystalle verflüssigen sich vor oder in den letzten Stunden des Lebens und bilden eine klebrige gelbliche Flüssigkeit, so daß die Haut wie gefirnißt aussieht.

Die Ursache dieser Erscheinung ist eine mehr weniger vollständige Anurie oder eine mehrere Tage dauernde Urinretention, wodurch das Blut mit Harnstoff überladen wird. Sie wurde ausnahmsweise bei Darmverschluß, Scharlachnephritis, Phosphorvergiftung, acuter Myelitis und Uteruskrebs beobachtet. Am häufigsten ist sie bei Morbus Brighti, Choleratyphoid, eitriger Nephritis. Der Harnstoffschweiß bedeutet eine üble Prognose. Er kündigt den Tod innerhalb 3, 4, höchsten 5 Tagen an. Gewöhnlich erfolgt der Tod schon nach 48 Stunden. Nur in einem einzigen Falle, einer Scharlachnephritis bei einem 5jährigen Kinde, war der Harnstoffschweiß ein vorübergehendes Symptom. s—s.

Aus dem Institute für allgemeine Pathologie des Prof. Vincenzi an der k. Universität Sassari.

QUADU: Ein Fall von Meningitis cerebro-spinalis epidemica mit verschiedenen Localisationen.

G. P., 6jähriges Mädchen, litt im 2. Lebensjahre an linksseitigem Ohrenflusse. In der Nacht des 22. Februar d. J. erkrankte sie plötzlich mit Schüttelfrost, Kopfschmerz, Delirien, wiederholtem Erbrechen. Tags darauf Collaps, Schleimhäute und Extremitäten cyanotisch, Herztöne schwach, CHEYNE-STOKES'sche Respiration. Temperatur 39, Delirien, geringe Nackenstarre. Prof. VINCENZI diagnosticirte „Meningitis cerebro-spinalis epidemica", umsomehr, als

zu Zeit in Sassari ähnliche Krankheitsfälle vorkamen. — Aus dem Verlaufe ist das Auftreten von linksseitigem Ohrenfluß hervorzuheben. Das Trommelfell schmutzig weiß, im vorderen, unteren Abschnitte eine T-förmige Oeffnung (vielleicht schon seit der vor vier Jahren überstandenen Otitis? Ref.). Eine in das Ohr vorsichtig eingespritzte Borlösung regurgitirt durch die Tuba Eustachii.

In den folgenden Tagen Abnahme aller Symptome, remittirendes, dann intermittirendes Fieber bis 1. April. Genesung mit 22. April.

In diesem Fall war die Meningitis durch einen Absceß oberhalb des linken Kniegelenkes, leichte Arthritis im rechten Schultergelenke und linksseitige Otitis media complicirt.

Mikroskopische und bacterielle Untersuchungen ergaben Folgendes („La Riforma med.", 1895, 157, 158):

Im Eiter des Schenkelabscesses Phagocyten, eingekapselte und freie Diplococcen. Der Eiter erwies sich deletär bei einer Maus, unschädlich bei Kaninchen und Meerschweinchen; Culturen desselben auf verschiedenen Medien ergaben eiförmige oder runde Coccen zu 2, 4, auch kettenförmig aneinander gereiht, endlich typische Colonien von Diplococcus capsulatus.

Culturen aus dem Blute auf Fleischbrühe producirten Diplococcus lanceolatus, theilweise in Reihen angeordnet.

Auch im Ohreiter fanden sich Phagocyten und Diplococcen mit beträchtlichem Durchmesser, ferner Anhäufungen runder Coccen mit citronengelber Farbe. Plattenculturen der letzteren waren für Kaninchen und Meerschweinchen pathogen. Unter von der Einstichstelle aus fortschreitendem Oedem gingen die Thiere zu Grunde. Aus letzterem konnte der Staphylococcus cereus albus gezüchtet werden.

Bei der Obduction zweier durch Injectionen verendeter Mäuse fanden sich bei einer in den Glomerulis der Nieren Embolien verbildeter Diplococcen, bei der anderen granulös-fettige Entartung der Leberzellen, in den Nieren ebenfalls Diplococcen-Embolien.

Verf. ist der Ansicht, daß die Meningitis, sowie ihre Complicationen nur durch den Diplococcus FRÄNKEL hervorgerufen wurden, da der Staphylococcus nur in einem Präparate gefunden wurde und das Ohrsecret ganz geruchlos war, und sieht die Krankheit als „Septicaemia diplococcica" an. Die secundären Affectionen betrafen Organe minoris resistentiae; so hatte die Kranke schon im zweiten Lebensjahre einen Ohrenfluß, auch war sie wenige Tage vor Ausbruch der Meningitis auf das linke Knie gefallen.

Schon 1889 hat GABBI mit Diplococcenculturen Arthritis und Periarthritis experimentell erzeugt; andere Autoren beschrieben solche Fälle, die sich im Verlaufe einer Diplococcus-Pneumonie ausgebildet hatten.

In unserem Falle war die Periarthritis eine Folge der Meningitis.

Sp.

Ueber Hörübungen bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter. Von **Dr. Victor Urbantschitsch**, k. k. a. o. Professor für Ohrenheilkunde an der Universität und Vorstand der Abtheilung für Ohrenheilkunde an der allg. Poliklinik in Wien. Wien 1895, Urban und Schwarzenberg.

Jede wissenschaftliche Leistung, schon an sich erhaben, erfährt dennoch eine besondere Weihe, wenn sie der leidenden Menschheit zum Heile gereicht. Und daß dies letztere bei den von URBANTSCHITSCH eingeführten methodischen Hörübungen der Fall ist, wird wohl von Jedem unterschrieben werden, der Gelegenheit gehabt hat, von den nach dieser Methode erzielten, oft geradezu überraschenden Erfolgen sich persönlich zu überzeugen. Theoretische Bedenken vermögen die durch die Erfahrung gefestigte Thatsache nicht im Geringsten abzuschwächen, zumal unsere Untersuchungsmittel noch lange nicht so ausgebildet sind, daß wir mit ihrer Hilfe den Grad der Zerstörung des Hörapparates jedesmal am Lebenden sicherstellen könnten. Da aber die Dinge so liegen, geht hier gewiß probiren über studiren, und es ist noch immer humaner, in diesem oder jenem Falle eine große Mühe fruchtlos aufgewendet zu haben, als zehn andere Unglückliche, denen vielleicht zu helfen gewesen wäre, blos aus Angst vor einem Nichterfolge — von einem Mißerfolge kann ja da unter gar keinem Umstande die Rede sein — ihrem traurigen Loose zu überlassen.

Allerdings, eine Vorbedingung darf nicht mangeln: **Man muß mit ganzer Seele bei der Sache sein und sich stets vor Augen halten, daß ein hohes Ziel auch viel Arbeit erfordert. Wer in der leuchtenden Freude auf dem Antlitze des Taubstummen, wenn dieser die ersten Laute percipirt, keinen genügenden Lohn für seine Mühewaltung findet, dem fehlt überhaupt der innere Beruf zu solchem Unternehmen und er thut besser, sich gar nicht darin zu versuchen.**

Die methodischen Hörübungen müssen zwar unter ärztlicher Anleitung begonnen, können aber im Uebrigen von Jedermann, welcher über die nöthige Ausdauer und eine hinreichende Liebe zum Gegenstande verfügt, mit bestem Resultate ausgeführt werden. Besonders hiezu geeignet sind jedoch die Taubstummenlehrer, wie dies auch die in dem Döblinger Taubstummeninstitute erreichten Hörübungserfolge klar beweisen.

Wir sind überzeugt, daß Aerzte und Laien das U.'sche Buch mit gleich großem Interesse lesen und für die in demselben niedergelegten Ideen mit Begeisterung eintreten werden. EITELBERG.

Atlas des gesunden und kranken Nervensystems, nebst Grundriß der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben. Von **Dr. Christfried Jacob.** Mit einer Vorrede von **Professor Dr. A. v. Strümpell.** München, J. F. Lehmann.

Die bekannte Lehmann'sche Sammlung medicinischer Handatlanten bringt in ihrem neunten Band eine sehr reichhaltige Sammlung von ausgezeichneten Bildern über die normale und pathologische Anatomie des Centralnervensystems. Die Abbildungen des vorliegenden Atlas leisten Alles, was man von ihnen erwarten darf; sie geben die thatsächlichen Verhältnisse in deutlicher und anschaulicher Weise wieder und berücksichtigen in überraschender Vollständigkeit die in den letzten Jahren gemachten Fortschritte der mikroskopischen Neurologie. Jeder Arzt, der an der Hand dieser Abbildungen, welche fast durchwegs nach eigenen Präparaten gezeichnet wurden, und an der Hand der beigegebenen Erläuterungen die Anatomie des Nervensystems durchstudirt, kann leicht eine klare Uebersicht über den jetzigen Stand unsere Kenntnisse gewinnen. Von den 78 Tafeln des Werkes, deren jede mehrere Zeichnungen enthält, beschäftigen sich die ersten zehn Tafeln mit der Morphologie des Centralnervensystems, die nächsten 12 Tafeln mit der Entwicklung und dem Bau und Tafel 23—52 mit der topographischen Anatomie des Nervensystems. Die weiteren Abbildungen behandeln die pathologische Anatomie, und zwar bringen Tafel 53—68 die Erkrankungen des Gehirns und Tafel 69—78 die Erkrankungen des Rückenmarks und der peripherischen Nerven. Die Ausstattung des Werkes ist geradezu verblüffend; die Ausführung der zum Theile farbigen Abbildungen ist mustergiltig und dabei der Preis der Bücher erstaunlich niedrig; die Lehmann'sche Verlagshandlung hat sich durch die Herausgabe dieses Bilderwerkes ein Verdienst um die Verbreitung neuropathologischer Kenntnisse erworben. Fe.

Anleitung zur aseptischen Geburtshilfe. Von **Dr. Paul Strassmann**, Assistenzarzt an der geburtshilflichen und gynäkologischen Universitäts-Poliklinik der königl. Charité zu Berlin. Mit 21 Abbildungen. Berlin, S. Karger.

Während die Errungenschaften der Antisepsis und Asepsis die moderne Gynäkologie in eine zunehmend operative Richtung der Therapie lenkten und in dieser erhalten, äußert sich der ganz entgegengesetzte Einfluß derselben Factoren auf die Geburtshilfe.

Die „aseptische Geburtshilfe" scheut nicht nur vor allem operativen Eingreifen, sondern sogar vor der inneren Untersuchung zurück; nicht nur die Indicationen zu Operationen werden auf das Aeußerste restringirt, auch vaginale Irrigationen und Untersuchungen werden so viel als möglich vermieden.

Noch augenfälliger wird die große Verschiedenheit der Verhältnisse dieser beiden Schwesterdisciplinen mit Bezug auf die zu erzielende Asepsis dadurch ausgedrückt, daß ja der aggressive

Gynäkologe und der abstinirende Geburtshelfer sich in einer Person vereinigt finden.

Die Eigenart der Schwangerschafts- und Geburtsvorgänge, der geburtshilflichen Manipulationen und der gesammten Verhältnisse, unter welchen sich diese abspielen, bringen es mit sich, daß eine consequente Durchführung der Asepsis mit so besonderen Schwierigkeiten zu rechnen hat, und daß die Idee der Asepsis das Handeln des Geburtshelfers einschränken muß.

Dem Wunsche, eine Keimfreiheit der inneren Genitalien zu erzielen, stellen sich mannigfache Hindernisse entgegen. Die Organe sind verletzlicher als die äußere Haut und antiseptische Mittel werden von ihnen aus schneller resorbirt und in den Körper überführt. Intrauterine geburtshilfliche Operationen werden in einem Organe vorgenommen, das keine derbe epitheliale Decke besitzt, das näher dem Körperinneren liegt, und denen gewaltiger Reichthum an Blut- und Lymphgefäßen einen bequemen Weg für die Infectionserreger in das Beckenbindegewebe und Beckenbauchfell abgibt.

Mit Berücksichtigung aller dieser Verhältnisse werden die Regeln aufgestellt, nach welchen der Geburtsvorgang aseptisch zu leiten ist.

Eine Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre von den Kindbettfiebern und ein System der Kindbettfieber auf Grund der bisherigen bacteriologischen und klinischen Beobachtungen, sowie Ausführungen über Selbstreinigung der Geburtswege füllen die ersten Capitel des Buches. Dann wird in eingehender Weise die Asepsis der persönlichen Hilfeleistung, der bei der Geburt zu verwendenden Geräthe und der Kreissenden selbst erörtert. Weiterhin wird für die Einschränkung der inneren Untersuchung plaidirt und auf den Ersatz derselben durch sorgfältigere Ausbildung der äußeren Untersuchung hingewiesen. In gleicher Weise werden die inneren Eingriffe nach Möglichkeit zu vermeiden und Methoden auszubilden versucht, welche innere oder chirurgische Eingriffe in der Geburtshilfe umgehen.

An Stelle der Zangenextractionen wird die bimanuelle Expression des Kindes (KRISTELLER) in Narkose empfohlen und so die erstere oft durch diese zu substituiren bestrebt. Wo die Zange unvermeidlich, dort wird sie so früh abgenommen als möglich und der Kopf dann durch den sogenannten Hinterdammgriff exprimirt. Für Schief- und Steißlagen werden äußere Handgriffe angegeben und die Wendung selbst durch besondere Betonung der combinirten Handgriffe mehr zu einer überwiegenden Leistung der außen fungirenden Hand gebracht. Mit diesen Bestrebungen erfahren consequenter Weise auch die Indicationen für operative Maßnahmen überhaupt eine sehr strenge Sichtung. Sie werden genau präcisirt und durch ausführlichere Erörterungen motivirt.

Jedenfalls ist das Studium dieses Büchleins dem in der geburtshilflichen Praxis thätigen Arzte sehr zu empfehlen, um ihn vertraut zu machen mit dem Gedankengange der Asepsis. Hat er diesen in sich aufgenommen, so wird sich in seinem geburtshilflichen Handeln gewiß Manches ändern zum Heile seiner Pfleglinge, auch wenn er in selbstständigem Urtheile nicht alle Vorschläge acceptirt.

C. BREUS.

Feuilleton.

Billroth's Briefe.

Seine Freunde und auch Diejenigen, welche BILLROTH zwar nicht nahe standen, aber ihn stets bewundern und verehren mußten, sahen und anerkannten in ihm vor Allem die bedeutende Individualität. Natürliche Anlage, Lebensgang, Leistungen und Erfolge hoben ihn hoch empor über die öde Fläche des Gewöhnlichen und Alltäglichen. Seine Zeitgenossen wußten dies, die Sammlung seiner Briefe [1]) beweist es von Neuem.

BILLROTH's Briefe, die der Zeit von seinem 20. Lebensjahre bis an die Neige seines Daseins entstammen, sind Streiflichter, die das innerste Wesen des Menschen BILLROTH, das rastlose Streben des Gelehrten und Lehrers, das edle Fühlen des Schöngeistes für Augenblicke beleuchten. Sie sind in ihrer Gänze interessant genug. Gleichwohl drängt uns die Neugierde in erster Linie den Briefen jener Epoche zu, da BILLROTH zum ersten Male auf österreichischem, auf Wiener Boden festen Fuß faßt. Nicht ohne Zagen nimmt BILLROTH seine Berufung nach Wien zur Kenntniß, als ihm ARLT, PITHA und BRÜCKE zugleich depeschiren, daß ihn das Professorencollegium als Nachfolger von SCHUH gewählt habe. „Was wird das Ministerium dazu sagen? ein protestantischer Preuße! Es wirbelt mir etwas im Kopfe bei dem Gedanken, in der Weltstadt Wien zu arbeiten", schreibt er am 18. März 1867 an seinen Freund HIS in Basel. Und mehr als 2 Jahre später findet sich in einem Briefe folgende Aeußerung: „Wir stehen hier ganz außer Deutschland, „mehr geistig innerlich oppositionell, als politisch. Seit wir ungarisch-„czechische Provinz sind und der Deutsche in Oesterreich nur ge-„duldet ist, hört leider jeder Wechselverkehr auf. Daß ich hieher-„gekommen bin, wird immer noch als Wunder und besonderes Un-„glück betrachtet, wenigstens von den Stocköstorreichern; und im „Professoren-Collegium ist sofort Alles einig in der Opposition, wenn „ich einen Antrag stelle."

Am 11. October 1867 hielt BILLROTH, der damals Achtunddreißigjährige, seine erste Vorlesung in Wien. Und schon damals beginnt die Klage über die Unzulänglichkeit der klinischen Einrichtungen, die immer und immer wieder kehrt. Aeußerlich geht es ihm gut. „Meine Praxis," schreibt er am 7. Juni 1868 an ESMARCH in Kiel, „ist angenehm, weil sie lucrativ ist, und der Zeitaufwand „doch etwas einbringt. Was will das aber sagen hier in Wien, wo „die Luft selbst versteuert ist? Mein Gehalt deckt gerade meine „Wohnung; das Leben ist enorm theuer hier, doch im Ganzen an-„genehm und behaglich. Wenn ich es nur erst dahin gebracht habe, „womit meine Collegen hier immer angefangen haben, nichts wissen-„schaftlich zu arbeiten, nur für meine Person zu sorgen, die Amts-„geschäfte und Klinik nothdürftig nebenbei zu erledigen, die „Schweinewirthschaft im Krankenhause gehen zu lassen, wie seit „100 Jahren — dann könnte ich ganz glücklich sein, dann wäre „ich erst ein echter Wiener geworden. — Vorläufig bin ich hier „Allen ein Greuel! Mein Vertrauen steht allein auf der Jugend, „die bildungsfähig ist und mir folgt. Ich lese in diesem Semester „ein Publicum über Geschwülste vor 400 Zuhörern; in meiner Klinik „hatte ich im vorigen Semester 250 inscribirte Zuhörer! Wie die „etwas sehen sollen, das weiß ich freilich nicht; praktisch kann da „nicht viel gelernt werden. 1200 Mediciner in Wien, damit rühmt „man sich! Eigentlich ist es ein Scandal, weil es ein Beweis ist, „wie miserabel alle Provinzialuniversitäten sind, wenn ich Prag und „Pest ausnehme."

„Dennoch bringt mir das Collegienhonorar hier kaum mehr „als in Zürich, weil gar nicht oder miserabel schlecht bezahlt wird. „Die Professoren sind daher für ihre Existenz auf die Privatpraxis „angewiesen, und das ist von heillosen Folgen, zumal bei einer „Nation von Egoisten und sorglosen Epicuräern ohne Ehrgeiz und „ohne Idealismus. Ich habe schon viele Illusionen über meine „Mission in diesem Lande zu Grabe getragen. Wenn ich nur meine „klinische Stellung in Betreff Einrichtung der Krankenzimmer und „Material etwas gebessert und geordnet habe, werde ich das Uebrige „wohl gehen lassen. Denn der Einzelne vermag hier zu wenig, „und selbst wenn er sich für die Sache opfern wollte, würde es „nichts nützen."

Einige Zeit später (9. Januar 1869) schreibt BILLROTH an ESMARCH aus Anlaß einer in Schwebe befindlichen Berufungsfrage (BILLROTH war nach dem Abgange JÜNGKEN's von der medicinischen Facultät in Berlin primo loco für die Professur der chir. Klinik in der Charité vorgeschlagen worden):

„. . . . Warum mir die Berliner Facultät die Ehre angethan „hat, mich primo loco vorzuschlagen, weiß ich heute noch nicht, „doch weiß ich sicher, daß jedes Mitglied der Facultät wußte, daß „BARDELEBEN schon ernannt war. Der ganze Schwindel ist hier „von meinen Preßjuden ohne mein Zuthun getrieben worden. Der „Gedanke, ich könnte doch möglicherweise gehen, verletzte die „Eitelkeit der hiesigen Behörden in solchem Maße, daß man mich

[1]) „Briefe von THEODOR BILLROTH", gesammelt von Dr. GEORG FISCHER. Hannover und Leipzig 1895, Hahn'sche Buchhandlung.

„nach meinen Wünschen fragte und — ich griff natürlich zu. „Nachdem ich mich ein Jahr durchgeärgert hatte, nahm ich die „Gelegenheit wahr, Alles zu erlangen, was an Verbesserungen meiner „Klinik unter den gegebenen Verhältnissen möglich war. Mein Ge-„halt hat sich zu 4000 Gulden gesteigert und so wüßte ich nun „eigentlich nicht, was besser werden sollte in meiner menschlichen „Stellung. Ich bin hier nun wohl an güldenen Ketten in Wien ge-„fesselt. — Meine Widersacher sind inzwischen verstummt. Im „ersten Semester hatte ich rasendes Unglück; die außergewöhnlichsten „Dinge häuften sich bei den Operirten. Jetzt hat es zum Glück „umgeschlagen; ich habe 4 Ovariotomien gemacht, alle mit glück-„lichem Erfolge. Meine Klinik hat nun 90 Betten, in großen, gut „ventilirten, hellen Sälen, dazu drei kleine Zimmer zu ein und „zwei Betten; das Ambulatorium meiner Klinik habe ich 1868 fast „auf 2000 Nummern gebracht. Ich habe zwei gute Assistenten und „acht gute Unterassistenten (sog. Operationszöglinge). — Meine „Privatpraxis kann sich nicht mit der von LANGENBECK und WILMS „messen; doch hat sie im Jahre 1868 etwas über 14.000 Gulden „eingebracht, ohne daß ich mich dabei eigentlich besonders ange-„strengt hätte. Kurz Alles geht weit besser, als ich es verdient „habe — und wenn ich weniger in's Theater, Concerte, Bälle ginge, „so könnte ich auch mehr arbeiten. Doch genießen muß ich das „Leben aus vollen Zügen, sonst arbeite ich auch nichts Rechtes. — „Willst Du nun wohl glauben, daß ich trotz dieser glänzenden „Außenseite (die viel glänzender scheint, als sie ist, da ich z. B. „im vorigen Jahre 20.000 Gulden verbraucht habe und dabei wohl „comfortabel, doch ohne allen Aufwand und ohne Ostentation ge-„lebt habe) — mich zuweilen, ja immer mehr in kleinere Kreise „zurücksehne? Nicht als wenn ich hier überbürdet wäre, o nein. „Wenn ich hübsch solide lebe, habe ich überreichlich Zeit — sondern „weil ich bis jetzt fast keine Menschen finde. Wir sind nun „fünf Vierteljahre hier, und doch sind BRÜCKE's die einzigen „Menschen, mit denen wir etwas verkehren. Um Menschen zu „finden, die einem behagen, dazu müßte man auf's Suchen gehen! „Wo soll man sie hier finden? . . . . . Doch selbst wenn ich allein „Männerkreise aufsuchen wollte, die mir anregende Unter-„haltung bieten, ich würde sie vergebens suchen. Von Verkehr mit „Collegen anderer Facultäten ist gar keine Rede; ich kenne kaum „Namen. OPPOLZER, SKODA, ROKITANSKY sind Leute, den Siebzigern „nahe, langweilig zum Sterben! Wie muntere flotte Stunden haben „wir in der Schweiz verlebt! Das hatte ich mir hier wohl anders „gedacht! . . . . ."

(Schluß folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— AHRENS berichtet in „BRUNS' Beitr. z. klin. Chir." (XIV, 1) über einen Fall von **Fettembolie nach forcirter Streckung beider Kniegelenke.** Der Fall betraf eine 53jähr. Frau mit Ankylose beider Kniegelenke in rechtwinkeliger Fixation. Dieselbe war zum großen Theil durch allmälige Extension corrigirt worden. Hierauf wurden die Kniegelenke unter Aethernarkose vollständig gestreckt, wozu eine nur geringe Kraft nöthig war. 2 Tage später wurde die Pat. somnolent und starb am nächsten Tage. Die Section zeigte eine ausgedehnte Fettembolie der Lunge. An den Enden der Knochen, welche das Gelenk gebildet hatten, und welche sich im Zustand vorgeschrittener Osteoporosis befanden, fanden sich frische Depressionsbrüche. Zwei analoge Fälle wurden aus Halle und Marburg berichtet. Die forcirte Streckung ist somit nicht so gefahrlos, als gewöhnlich angenommen wird. Sie ist nur geeignet für frische Fälle, in welchen nur geringe Kraftanwendung nothwendig ist, und ist contraindicirt in chronischen Fällen, welche einer Fettdegeneration des Knochen- und Muskelgewebes verdächtig sind.

— HEUSNER in Barmen gibt ein **Mittel gegen Hyperhydrosis** an, welches nach seiner Erfahrung für allgemeine Schweiße fast immer, bei localen Schweißen in der Regel zur Beseitigung, resp. Besserung genügt („D. med. Woch.", 1895, Nr. 44). Das Mittel besteht in einer Auflösung von Perubalsam (1%), Acidum formicicum (5%) und Chloralhydrat (5%) in Alkohol. Es wird bei örtlichen Schweißen mittelst befeuchteten Wattebausches, bei allgemeiner Hyperhidrosis mittelst eines Zerstäubers angewendet. Bei hartnäckigeren localen Schweißen läßt man unter Umständen den Gehalt der einzelnen Bestandtheile verdoppeln oder fügt, wodurch eine noch stärkere Wirkung erzielt wird, 1% Trichloressigsäure hinzu. Die 1—2proc. alkoholische Lösung der Trichloressigsäure würde sich übrigens vortrefflich zum Gebrauche gegen die Fußschweiße bei der Armee eignen. Bei den allgemeinen Schweißen der Phthisiker und anderer Kranker ist es fast immer gelungen, durch täglich 1—2malige Bestäubung die Hyperhidrosis zu hemmen, und zwar in der Regel allein durch die schwache Lösung von Ameisensäure (5%) und Perubalsam (1%) ohne andere Zuthaten. Auch bei localen Schweißen genügt diese Lösung öfters. In den meisten Fällen von Fuß-, Hand- und Achselschweißen muß man jedoch noch das Chloral in der angegebenen Dosis hinzunehmen.

— Folgendes Verfahren empfiehlt VARIOT („Bull. méd.", 1895, Nr. 81) zur **Entfernung von Tätowirungen der Haut**: Man bepinselt mit einer concentrirten Tanninlösung die tätowirten Partien, macht dann mit Nadeln, ähnlich wie man sich ihrer beim Tätowiren bedient, zahlreiche, dicht neben einander stehende Stiche in die Hautstellen, die man entfärben will, fährt dann kräftig mit dem Lapisstift über die Stelle und läßt die concentrirte Lösung des Silbersalzes einige Augenblicke auf die Haut einwirken, bis sich die Stiche schwarz abheben. Hierauf wird die Haut abgetrocknet und in den nächsten 3 Tagen mehrere Male täglich mit Tanninpuder bestreut. In den ersten zwei der Sitzung folgenden Tagen macht sich eine leichte entzündliche Reaction geltend, in den nächsten Tagen bildet sich eine Art schwarzer Kruste, welche sehr fest haftet und vom 3. oder 4. Tage an gänzlich unempfindlich ist. Nach 14 bis 15 Tagen löst sich diese Kruste von selbst ab. Darunter hat sich eine röthliche oberflächliche Narbe gebildet, welche nach einigen Monaten kaum mehr sichtbar ist. Bei größeren Tätowirungen empfiehlt es sich, schrittweise vorzugehen und in einer Sitzung nicht mehr als eine zwei Silberfrancs große Stelle zu behandeln.

— HAYEM in Paris empfiehlt die **Behandlung der Pneumonie mit Inhalationen von Amylnitrit in hohen Dosen,** nachdem er sich überzeugt hat, daß 60, 80, ja 100 Tropfen inhalirt werden können, ohne unangenehme Symptome hervorzurufen. Er läßt 15 Tropfen Amylnitrit auf eine Compresse gießen und einathmen; wenn diese verdampft sind, werden neuerdings 15 Tropfen aufgegossen, was mehrere Male, bis zu 100 Tropfen, wiederholt wird; doch ist es in der Regel nicht nöthig, so weit zu gehen. In gewöhnlichen Fällen genügt eine einzige Inhalation täglich, in schweren Fällen läßt man Morgens und Abends inhaliren. Diese Behandlung wird während des ganzen Verlaufes der Krankheit und auch noch 2—3 Tage nach vollständiger Entfieberung durchgeführt. Der damit erzielte Erfolg zeigt sich zunächst in der verminderten Dyspnoe, der leichteren Expectoration und in einer Besserung der physikalischen Phänomene. Den günstigen Einfluß des Amylnitrit leitet H. aus dessen Einwirkung auf die Blutcirculation in den Lungen ab. Er berichtet („Bull. méd.", 1895, 13. October) über 75 Fälle, welche er so behandelt hatte. Darunter waren 16 Todesfälle, nämlich 9 Alkoholiker, ein Kranker mit eitriger Meningitis, ein Greis von 79 Jahren, ein Kranker mit infectiöser Endocarditis, eine Wöchnerin, ein Kranker mit Pericarditis und endlich ein Kranker, welcher fast sterbend in's Spital gebracht wurde; in einem Falle wurde keine Section gemacht. Im Ganzen glaubt H., der Behandlung mit Amylnitrit einen wirklichen Nutzen zuschreiben zu können; sie hat ihm bisher die besten Resultate gegeben.

— DUFAU in Paris hat eine für die Application auf oberflächliche kleine Hautwunden und Excoriationen bestimmte Mixtur **Adhaesol** getauft. Dasselbe hat folgende Zusammensetzung:

Rp. Resin. copal. . . . . 35·0
Resin. benzoes.
Balsam. tolut.
Naphthol . . . . aa. 3·0
Aether. sulf. . . . . 100·0
Ol. aeth. thym. . . . . 2·0
S. Zum äußerl. Gebrauch.

Diese Flüssigkeit erzeugt auf der Haut rasch ein feines Häutchen, welches durch die Anwesenheit des Naphthols aseptisch ist.

— Folgende **unblutige Behandlung der adenoiden Vegetationen**, welche sehr einfach ist und von jedem praktischen Arzt ausgeführt werden kann, empfiehlt Dr. MARAGE („Poitou méd.“, Juni 1895): Man hält wässerige Lösungen von Resorcin vorräthig, deren Concentration zwischen 50 und 100% schwankt. Hydrophile Gaze, welche auf einem Aetzmittelträger von entsprechender Krümmung montirt ist, wird mit dieser Lösung getränkt und die Vegetationen damit betupft, entweder vom Munde aus oder, nach vorausgegangener Cocainisirung, durch die Nase. Die touchirten Partien bedecken sich mit einer weißlichen Kruste, der Schmerz ist gleich Null, eine entzündliche Reaction erfolgt nicht. Das Kind kann unmittelbar nach dem Eingriff essen und trinken; es sind keine speciellen Vorsichtsmaßregeln zu treffen. In 6—10 Sitzungen, jeden 2. oder 3. Tag vorgenommen, verschwinden die Symptome und der Kranke ist völlig geheilt. Diese Methode, welche jede Gefahr ausschließt, leistet dem Arzt dort, wo er die Operation nicht ausführen kann oder will, gute Dienste. Sie ist umso werthvoller, je jünger das Kind ist.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Sitzung vom 29. November 1895.

ALBERT: Ueber Scoliose.

Vortr. greift auf die Untersuchungen NICOLADONI's über die seitliche Asymmetrie des scoliotischen Wirbels zurück. So geistreich dessen Studien über diesen Gegenstand zu nennen seien, so können sie heute doch nicht mehr zu Recht bestehen. Man habe an der scoliotischen Wirbelsäule die Rotation (die Drehung des einen Wirbelkörpers gegen den andern) und die Torsion (die Windung im Gefüge des Wirbelkörpers) beschrieben. Von letzterer behauptete NICOLADONI, daß sie weiter nichts sei, als der optische Ausdruck eines asymmetrischen Wachsthums. Dem gegenüber zeigte LORENZ, daß es sich bei der Torsion um keine optische Täuschung handle, sondern daß dieselbe bedingt sei durch eine Abknickung der Bogenwurzeln. Schon frühere Beobachter haben darauf hingewiesen, daß man die Torsion des Gefüges an gewissen Wirbeln, welche man Schrägwirbel nennt, und deren sich 2, höchstens 3 zwischen den Krümmungen einer scoliotischen Wirbelsäule eingeschaltet finden, nachweisen könne. Aber auch die Rotation im Sinne ROKITANSKY's sei vorhanden; dies beweise das Verhalten der Wirbelgelenke, deren Flächen eine entsprechende Erweiterung erfahren. Mit Hilfe der Photographie ist es dem Vortr. gelungen, den Grad der Rotation zu messen, den Winkel ziffermäßig zu bestimmen. Was also an der scoliotischen Wirbelsäule zu sehen ist, das ist: 1. Die wirkliche Drehung der einzelnen Wirbel gegeneinander; 2. die Knickung der Bogen gegenüber den Körpern; 3. die Torsion des Gefüges der Compacta in einzelnen Wirbeln. Interessant ist nun, wie sich diese einzelnen Momente an dem einzelnen Wirbel verschieden betheiligen. A. hat darüber genaue Messungen und Untersuchungen angestellt, worüber zu berichten er sich noch vorbehält. Er ist durch dieselben zu einer Anschauung gelangt, welche an diejenige anknüpft, die HERMANN MEYER schon vor 30 Jahren zum Ausdrucke brachte: Die Körper und Bögen der scoliotischen Wirbelsäule verhalten sich wie ein langer und ein kurzer Metallstab, die aneinander geschweißt sind. Schließlich spricht der Vortr. noch über die Gesetzmäßigkeit in der Deformität der einzelnen Wirbel, wobei er die Eintheilung KOCHER's in Keilwirbel, Schrägwirbel und Uebergangswirbel verwirft und nur die beiden ersten Kategorien gelten lassen will.

Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. November 1895.

Vorsitzender: Prof. OBERSTEINER.

Dr. H. WEISS bemerkt zu dem in der letzten Sitzung demonstrirten Falle, daß auch von Prof. REUSS das Vorhandensein einer trägen Pupillenreaction constatirt wurde. Auch habe es sich neuerdings gezeigt, daß die Krämpfe rein reflectorisch auslösbar sind; die Annahme einer Tabes und Syringomyelie sei unhaltbar.

Doc. Dr. Kohn hat im Jahre 1861 einen durch einen Hundebiß verletzten Mann gesehen, der durch den beim Oeffnen der Thüre erzeugten Luftstrom die heftigsten Schlingkrämpfe bekam. Der Fall endete letal. Die Untersuchung des Vagus ergab ein negatives Resultat.

Dr. KORNFELD demonstrirt das cystoskopische Bild einer Ureterensondirung.

Dr. EMIL EISENSCHITZ zeigt das anatomische Präparat eines Falles von Carcinoma ventriculi auf dem Boden eines alten, vernarbten Ulcus, bei dem der klinische Befund, sowie die chemische Untersuchung des Mageninhaltes für Ulcus und gegen Carcinom sprachen. Es fand sich nämlich bei wiederholter Untersuchung des Erbrochenen und des nach dem BOAS'schen Probefrühstück ausgeheberten Magensaftes freie Salzsäure, während Milchsäure und Milchsäurebacillen fehlten. Stenosenbeschwerden, häufige Hämatemesis, sowie Unmöglichkeit der Ernährung per os wegen des hartnäckigen Erbrechens bildeten die Indication zur Vornahme der Gastroenterostomie, welcher die trotz rectaler Ernährung sehr herabgekommene Pat. erlag. Derartige Fälle sprechen nicht gegen die BOAS'sche Ansicht von der Specifität der Milchsäurebildung beim Carcinom, da BOAS selbst darauf hinwies, daß nur der positive Nachweis der Milchsäure für Carcinom, das Fehlen derselben nicht gegen Carcinom spreche. ROSENHEIM wies bereits darauf hin, daß oft bei Carcinom ex ulcere der chemische Befund des Ulcus persistirt, während allerdings auch oft im späteren Verlaufe dieser Fälle die Salzsäure schwindet und Milchsäurebildung, sowie Anwesenheit von Milchsäurebacillen nachweisbar wird.

Dr. Teleky: Die gegenwärtig allgemein acceptirte Lehre von BOAS, daß der Nachweis von Milchsäure entscheiden für Carcinom spricht, scheint neuerdings wieder in's Schwanken zu kommen. Erst vor Kurzem hat EWALD unter 8 Fällen von perniciöser Anämie bei 7 Milchsäure im Magen nachgewiesen, wo von einem Carcinom keine Rede war. Dr. TELEKY glaubt, daß der Befund von Milchsäure für die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom nicht entscheidend sei.

Dr. Singer nimmt gegen die letztere Ansicht Stellung und betont die entscheidende Bedeutung des wiederholten positiven Nachweises der Milchsäure für die Differentialdiagnose zwischen chron. Ulcus und Carcinom.

Hierauf hält **Prof. v. BASCH** den zweiten Theil seines in der vorigen Sitzung begonnenen Vortrages: **Ueber Angiorhigos.**

(Wird in diesem Blatte in extenso publicirt.)

Discussion über den Vortrag des Prof. v. BASCH.

Docent Dr. Herz wendet ein, daß das Sphygmomanometer nur die Druckmaxima angebe, welche von dem mittleren Drucke, mit dem man rechnen müsse, besonders in pathologischen Fällen sehr verschieden seien. Der Schluß aus der Erhöhung dieser Maxima auf einen erhöhten Widerstand in der Peripherie sei deshalb nicht gerechtfertigt, weil dieselbe auch durch raschere Herzcontractionen, sowie durch jede Verringerung der Dehnbarkeit der central von dem untersuchten Gefäße liegenden größeren Arterien hervorgerufen werden könne. Ferner opponirt H. gegen die Einengung der Diagnose der „Arteriosclerose“ im Sinne des Vortr.

Dr. Teleky kann die Zustände von zeitweiliger Contraction der Gefäße, resp. von zeitweise auftretender, vermehrter Spannung nicht als krankhafte Gefäßveränderung erklären. Eine Erkrankung der Gefäße, ohne daß eine solche anatomisch nachzuweisen wäre, vermag er nicht anzuerkennen. Man könne aus den klinischen Symptomen: aus der Härte, der Schlängelung der Gefäße, sowie aus den klingenden Tönen im Zusammenhalt mit den subjectiven Erscheinungen wohl auf eine Arteriosclerose schließen, ohne daß Eiweiß im Harn nothwendig zur Erscheinung komme; ebensowenig hält T. den Nachweis eines Klappenfehlers, insbesondere einer Aorteninsufficienz für die Stellung der Diagnose Arteriosclerosis nothwendig. Asthma cardiale trete bei Individuen auf, bei welchen weder Eiweiß im Harne, noch eine Aorteninsufficienz nachweisbar sei, ja T. sah solche Patienten in einem Anfalle von cardialem Asthma sterben, bei welchen er wohl eine Arteriosclerose diagnosticiren, aber Eiweiß nur in minimalsten Spuren, eine Aorteninsufficienz aber nicht nachweisen konnte.

Prof. v. Basch erwidert in seinem Schlußworte zunächst auf die Bemerkungen von Dr. Herz, daß es sich in der That bei der sphygmomanometrischen Messung um die Bestimmung der Druckmaxima handle, wie er dies schon längst gelehrt habe. Bezüglich des Widerstandes in den Gefäßen lehre die Blutdruckmessung mittelst des Sphygmomanometers gerade dasselbe, was der Manometer im Thierversuche lehrt. Denn beide Methoden sind in Bezug auf ihren physikalischen Werth mit einander identisch. Mit dem Manometer mißt man den Seitendruck der Gefäßwand, indem man einen bestimmten Flächenabschnitt derselben mit einer Quecksilbersäule direct communiciren läßt, mit dem Sphygmomanometer mißt man den Seitendruck, indem man den Druck mißt, der nöthig ist, die Arterienwand zu entspannen. Daß man in der Discussion des Blutdrucks die von der Herzarbeit ausgehenden Bedingungen mit berücksichtigen muß, ist selbstverständlich und hat Prof. v. Basch dies in seinem ersten Vortrage ausdrücklich erwähnt. Die Vorstellung von Dr. Herz, daß durch jede Verringerung der Dehnbarkeit der central von dem untersuchten Gefäße liegenden größeren Arterien ein erhöhter Widerstand in der Peripherie hervorgerufen werde, ist dem Vortr. unverständlich und kann derselbe auf diese Frage aus diesem Grunde nicht eingehen. Was die Einengung der Diagnose Arteriosclerose betrifft, so ist das Geschmacksache. Wer ein Freund der Einschränkung zu Gunsten der Wahrheit ist, wird sich mit dieser Einschränkung befreunden, wer sich mit der Wahrscheinlichkeit zufrieden gibt, dem ist die Einschränkung selbstverständlich unbequem.

Herrn Dr. Teleky gegenüber bemerkt Prof. v. Basch, daß ja krankhafte Veränderungen auch bei scheinbar Gesunden bestehen, und daß man nicht blos Jene als krank bezeichnen kann, die den Arzt aufsuchen oder ihn holen lassen. Die klinische Forschung hat sich schon mit allen krankhaften Veränderungen, d. i. solchen, die sie als Abweichung von der Norm erkennt, zu beschäftigen. Eine prophylaktische Behandlung wäre ohne derartige Bemühungen und der dadurch gewonnenen Einsicht undenkbar. Wenn Dr. Teleky meint, daß man Arteriosclerose viel leichter diagnosticiren könne, so steht er hier auf dem sogenannten praktischen Standpunkt. Diesen Standpunkt vertritt der Vortr. insoferne nicht, als er eine Trennung von Theorie und Praxis nicht zugibt. Die Urtheile, die man in der Praxis fällt, sollen der strengen Kritik gegenüber ebenso Stand halten, wie die in der exacten Wissenschaft. Dr. Teleky kann sich eine krankhafte Veränderung der Gefäße ohne nachweisbare anatomische Veränderung nicht vorstellen. Dem Vortr. kommt eine derartige Vorstellung nicht schwer, denn ihm scheinen physikalische Vorstellungen ebenso sicher, als anatomische.

Wanderversammlung
des
Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Gehalten am 4. und 5. October 1895 in Prag.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VI.

Anton (Graz): **Ueber Störung des Orientirungsvermögens.**

Eine 56jährige Frau erkrankte an schweren Sehstörungen, wobei die Pupillarreactionen prompt erhalten blieben und der Augenspiegelbefund ganz normal war. Bei gut erhaltenem Verständniß der Worte war die Erinnerung an die Sprachbilder der Worte sehr erschwert, so daß Pat. einen vorgelegten Gegenstand erst nach langer Betastung benennen konnte. Nach einiger Zeit trat vollständige Erblindung ein, wobei es aber sehr auffallend war, daß die Kranke ihre Blindheit gar nicht beachtete, daß sie sich derselben, wie aus wiederholten Prüfungen hervorging, gar nicht bewußt war. Eine andere Krankheitserscheinung war der Mangel an räumlicher Orientirung, so daß Pat. außer Stande war, sich über die Lage der Gegenstände in der gewöhnlichen Umgebung klar zu werden oder eine Richtung zu bestimmen. Auch die Bestimmung des Ortes und der Richtung der Gehörseindrücke, sowie die Unterscheidung von rechts und links war schwer beeinträchtigt. Schmerz- und Tastempfindungen wurden gut localisirt, Muskelgefühl war nicht alterirt.

Bei der Obduction fanden sich symmetrische Herde an der convexen Oberfläche des Occipitalgehirnes, welche die Mitte der II. und den unteren Theil der I. Occipitalwindung betrafen. Der Herd im linken Occipitallappen drang weit in die Marksubstanz hinein und bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, daß die Verbindungen der Rinde des Hinterhauptes mit anderen Gehirntheilen größtentheils unterbrochen und ein Theil jener Bahnen, welche die Occipitalmündungen mit einander verbinden, insbesondere das senkrechte Occipitalbündel zerstört waren. Am rechten Gehirne war die Marksubstanz des Occipitallappens oberhalb des Ventrikeldaches durch einen ähnlichen Herd wie links erweicht. Die Rinde war an beiden Gehirnen relativ besser erhalten.

Nach diesem Befunde war die schließlich totale Erblindung nicht auf die Läsion der Rinde, sondern auf die Unterbrechung der Projectionsbahnen des Hinterhauptlappens zu beziehen. Die nachgewiesene Degeneration der Associationsbahnen war wohl auch die Ursache, daß sich Pat. ihrer Blindheit nicht bewußt war. Der Orientirungsmangel solcher central Erblindeter ist weit größer, als bei Erblindung durch periphere Processe.

Die Orientirung kann durch mehrere specifische Sinnesempfindungen, durch Tast- und Muskelgefühle, durch das Gehör und die Bogengänge ermöglicht werden. Dem Gesichtssinn, besser gesagt, dem Blicke kommt indeß der bedeutendste, wenn auch nicht der alleinige Antheil an dem Orientirungsvermögen zu. So kommt z. B. bei Bestimmung der Richtung vorwiegend das Bewegungsgefühl in Betracht.

Redner resumirt seine Auffassung vom Orientirungsvermögen dahin, daß die Raumvorstellungen und die Orientirung nicht das Ergebniß e i n e r specifischen Sinnesthätigkeit seien, sondern daß die Empfindung des Räumlichen erst durch centrale Verknüpfung einzelner Sinnesreize auf associativem Wege zu Stande kommt, und daß erst durch diese Verknüpfungen den einfachen Sinneswahrnehmungen das Attribut des „Räumlichen" zukomme. Diese Vorstellung gehört nicht einem Sinnesgebiete allein zu, sondern stellt den Accord der einzelnen specifischen Sinnesenergie dar.

Sachs (Breslau): Das Erlöschen der Erinnerung an die Gesichtswahrnehmungen kann, abgesehen von functionellen Störungen, auf zwei Wegen zu Stande kommen. Entweder ist die der Lichtwahrnehmung dienende Rindenpartie vollkommen zerstört, oder sie ist in ihren associativen Verbindungen mit anderen Rindenpartien vollkommen abgeschnitten. Centrale Blindheit mit Erhaltensein der Erinnerung an Licht ist auf subcorticale Erkrankungen zu beziehen. Das allmälige gänzliche Verlöschen der Lichtwahrnehmung kann nicht auf die Folgen secundärer Degeneration bezogen werden. Diese ist nur der äußerlich sichtbar werdende Ausdruck für die Zerstörung der Nervenfaser. Was degenerirt, war im Momente der Läsion schon außer Thätigkeit gesetzt. Es dürfte sich in solchen Fällen um ein allmäliges Weiterschreiten der ursprünglichen Affection auf bisher davon verschont gebliebene Gebiete handeln.

Münzer (Prag): **Beiträge zum Aufbau des Centralnervensystems.**

Die nach einseitiger Gehirnzerstörung bei Kaninchen und Hunden im gekreuzten Rückenmarksseitenstrange nachweisbare Pyramidendegeneration ist, wie von mehreren Forschern nachgewiesen wurde, viel geringer als nach Durchschneidung des Rückenmarks. Diese Differenz ist nach den von Münzer und Wiener angestellten, vom Vortr. ausführlich mitgetheilten Versuchen darin begründet, daß im Rückenmarksseitenstrange neben der Großhirnbahn noch andere, aus tiefer gelegenen Theilen stammende, abwärts degenerirende Fasern enthalten sind. Bezüglich des Ursprungs dieser Fasern, ob aus Hirntheilen, namentlich Zwischen- und Mittelhirn, oder aus dem Rückenmarksgrau, lehrten weitere Versuche, daß sie aus dem Rückenmarksgrau entspringen.

Ob nebst diesen angeführten Faserzügen auch noch aus dem Zwischen- und Mittelhirn Fasern entspringen, welche in den Rückenmarksseitenstrang eintreten, läßt Redner trotz des negativen Resultates zweier Versuche unentschieden.

Die angestellten Versuche wurden auch benützt, um die aus dem Mittelhirn entspringenden Fasern festzustellen. Zerstört man einer Taube das Corpus bigeminum, so findet man neben einer Reihe degenerirter commissuraler Fasern noch folgende drei Faserzüge degenerirend: a) die absteigende Trigeminuswurzel, deren Fasern dicht medial vom Perlia'schen Kerne liegen; b) einen Faserzug, der, den dorsalen Theil der Brücke durchquerend, auf die Gegenseite hinüberkreuzt und hier, dicht neben dem hinteren Längsbündel liegend, sich caudalwärts wendet, um allmälig zu verschwinden; c) einen Faserzug, der nach dem Austritte aus dem Corpus bigeminum sich sofort ventralwärts wendet und sich im Grau der Brücke verliert. Dieselben Faserzüge findet man auch beim Kaninchen nach Verletzung des vorderen Vierhügels zerfallend. (Präparate werden demonstrirt.)

Sigmund Mayer (Prag): **Ueber Hemmung und Wiederherstellung des Blutstromes im Kopfe.**

Bekanntlich gehen Thiere nach Abklemmung der vier zum Gehirn aufsteigenden Arterien an Lungenödem zu Grunde, dessen Ursachen einerseits im behinderten Abfluß des Blutes aus dem linken

Herzen in Folge des mechanischen Verschlusses der vier Arterien und Reizung des vasoconstrictorischen Nervencentrums, andererseits im reichlichen Nachrücken von Blut nach dem rechten Herzen durch die starken Bauchmuskelkrämpfe zu suchen sind. Läßt man die Abklemmung der Hirnarterien auf ein Gehirn wirken, welches durch vorherige Behinderung der normalen Athmung (Athmen aus einem kleinen abgeschlossenen Luftraum) nur zu einer sehr abgeschwächten Thätigkeit befähigt ist, so gelingt es, die Ausschaltung des Gehirns aus dem Blutstrome ohne Auftreten von Lungenödem zu bewerkstelligen, und später, natürlich unter fortgesetzter künstlicher Respiration des Versuchsthieres den Blutstrom wieder freizugeben und die geschwundenen Reactionen wieder herzustellen. (Demonstration des Versuches.)

v. Sölder (Wien): **Ueber Perseveration.**

Bei Gehirnaffectionen verschiedener Art kommt es zuweilen zu einer Störung im formalen Ablauf cerebraler Leistungen, die sich als Neigung kundgibt, eine eben vollzogene Function unmittelbar oder kurz darauf, auch an ganz unpassender Stelle zu wiederholen. Bei Aphasischen lange gekannt als sinnlose Wiederholung eines gerade ausgesprochenen oder gehörten Wortes, wurde diese Störung von Hughlings-Jackson auch bei nichtsprachlichen motorischen Leistungen beschrieben, dann 1862 von Pick als cerebrales Ermüdungsphänomen von allgemeiner Bedeutung erkannt und von Neisser als „Perseveration" bezeichnet. Redner betont, daß dieses Symptom nicht nur bei organischen Hirnerkrankungen (Herderkrankungen mit Aphasie, Paralyse, senile Demenz), sondern auch bei functionellen Störungen, insbesondere bei Erschöpfungskrankheiten mit Verwirrtheit vorkommen und eine hervorragende Rolle im klinischen Bilde, besonders in den sprachlichen Aeußerungen spielen könne. Redner illustrirt durch einzelne Beispiele die Ausprägung dieses Symptoms auf sprachlichem, motorischem Gebiete und demonstrirt die charakteristische Schriftstörung (Wiederholung einzelner Buchstaben). Er hält die Perseveration für ein Zeichen cerebraler Erschöpfung, das, localisirt oder allgemein, im Gefolge organischer oder functioneller Gehirnerkrankungen auftreten kann. Eine gleichwerthige, nur quantitativ verschiedene Störung ist eine bestimmte Art des Sichversprechens bei Gesunden. Perseveration kommt nach Ansicht des Vortr. zu Stande durch starkes Hervortreten oder durch Erschöpfung intensiver und andauernder Nachbilder nach perceptiv oder associativ gemachten Vorstellungen bei gleichzeitigem Wegfall der Correctur.

Chiari (Prag): **Demonstration mikroskopischer Präparate von Meningitis tuberculosa.**

Die Präparate zeigen die regelmäßig bei Mening. tuberc. nachweisbare, von innen her beginnende tuberculöse Arteriitis. Daraus, wie aus der Thatsache, daß durch Injection von Tuberkelbacillenculturen in die Carotis eines Kaninchens Miliartuberculose der inneren Meningen erzeugt werden kann, ist das Entstehen von Mening. tuberculosa auf den Import des tuberculösen Virus durch die Arterien zurückzuführen.

Ferner demonstrirt Chiari Präparate von Tuberculose des Rückenmarkes (zufälliger Befund bei der Section), von idiopathischer spinaler Pachymeningitis tuberc., von umfangreicher tuberculöser Cavernenbildung in der Medulla oblongata.

Schließlich spricht Chiari über die Veränderungen des Kleinhirns, des Pons und der Medulla oblongata in Folge von congenitaler Hydrocephalie des Großhirns, welche in 4 Typen auftreten können: 1. Verlängerung der Tonsillen und der medialsten Theile der Lobi inferiores des Kleinhirns zu zapfenförmigen Fortsätzen, welche die Medulla oblongata in den Wirbelcanal begleiten. 2. Verlagerung des Unterwurmes, des Pons in den Wirbelcanal. 3. Einlagerung fast des ganzen, selbst hydrocephalischen Kleinhirns in eine Spina bifida cervicalis. 4. Einlagerung von Theilen des hypoplastischen Kleinhirns in den Wirbelcanal. Unter 63 Fällen von congenitaler Hydrocephalie wurde 14mal der 1. Typus, 7mal der 2., 1mal der 3., 2mal der 4. Typus angetroffen.

A. Pick (Prag): **Ueber spinale Degeneration bei Hirnaffection.**

Vortr. konnte in mehreren Fällen die von Meyer (Innsbruck) zuerst gefundene Thatsache bestätigen, daß sich bei Gehirntumoren mitunter Degeneration an den intraspinalen Fortsetzungen der hinteren Wurzeln sich findet, und war in der Lage, die von Meyer aufgestellte Ansicht, daß es sich dabei um auf den Wirbelcanal fortgesetzte Wirkungen des Hirndruckes handle, zu stützen. Bei einer Frau in den Dreißiger-Jahren hatte sich binnen relativ kurzer Zeit ein Krankheitsbild entwickelt, das vorwiegend Hirndrucksymptome darbot und wegen der schließlich constatirten Stauungspapille auf einen Hirntumor bezogen wurde. Bei der Section fand sich weder ein Tumor, noch irgend eine andere Herderkrankung; es handelte sich vielmehr um einen jener seltenen und dunklen Fälle, welche als acute, resp. subacute Hirnhypertrophie (Hirnschwellung) beschrieben werden. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab Degeneration an den intraspinalen Fortsetzungen der hinteren Nervenwurzeln.

Da nun in diesem Falle weder von Intoxication, noch auch von hochgradigen Inanitionserscheinungen (Theorie von Dinkler) die Rede sein konnte, so spricht es mit Entschiedenheit dafür, daß diese intraspinalen Befunde bei cerebralen Affectionen als Wirkungen des auf den Spinalcanal fortgesetzten Hirndruckes zu deuten sind. —z.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

VIII.

Justus (Budapest): **Ueber durch Syphilis bedingte Blutveränderungen in Hinsicht auf ihre therapeutische und diagnostische Bedeutung** (mit Demonstration von Tabellen und Blutpräparaten).

Redner referirt über gewisse regelmäßige Veränderungen des Hämoglobingehaltes des Blutes syphilitischer gegenüber den nicht syphilitischen Individuen, die sich nur dann finden, wenn syphilitische Symptome irgend eines Stadiums vorhanden sind. Der Einfluß der Quecksilberbehandlung — Injectionscur, intravenöse Injection — auf das Blut des syphilitischen Individuums sei schon, je nach der Application, wenige Stunden oder Minuten durch die Veränderungen der Blutkörperchen, bezw. ihres Hämoglobingehaltes nachweisbar. Der Abfall des Hämoglobingehaltes sei keine directe Wirkung des Quecksilbers an sich, sondern die Folge der Abschwächung der Widerstandskraft der rothen Blutkörperchen durch das Syphilisgift. (Näheres siehe seinerzeit in den Congreßverhandlungen.)

Schwimmer (Budapest): **Beiträge zum Capitel der Zungenerkrankungen.** (Mit Demonstration von colorirten Abbildungen.)

Vortr. demonstrirt unter erläuternden Bemerkungen die Abbildungen einiger seltener, nach der Natur gemalter Affectionen der Zunge und Lippen, so verschiedene Formen und Stadien von Leucoplakia lingualis und buccalis, Erythema mucosae bullosum, Pemphigus, Argyrosis mucosae oris nach oftmaligen, vom Pat. selbst vorgenommenen Lapisätzungen, Lingua variegata und andere Krankheitsformen.

Finger, Ghon, Schlagenhaufer (Wien): **Demonstration mikroskopischer Präparate eines Falles von Endocarditis gonorrhoica und Prostatitis follicularis.**

Finger demonstrirt: A. Histologische Präparate von gonorrhoischer Endocarditis und hebt hervor, daß der Gonococcus sich in der Vegetation derselben in drei charakteristischen Formen vorfindet: a) endocellulär dort, wo der Gonococcus mit zahlreichen Leukocyten in Contact kommt; b) in großen, dem Abklatsch einer Reincultur vergleichbaren Haufen in den großen Hohlräumen der Vegetation; auffällig und charakteristisch ist in diesen besonders das zahlreiche Vorkommen von Involutionsformen; c) in langen, einreihigen asymmetrischen Marschlinien, analog wie zwischen Epithelzellen in den dünnen Spalträumen der Vegetation.

B. Weiters demonstrirt F. anatomische und histologische Präparate der von ihm zuerst beschriebenen Prostatitis follicularis, die die Annahme, daß dieselbe sich als Eiterretention in eine Drüse (Pseudoabsceß) darstellt, bestätigen.

Touton betont die Wichtigkeit der regelmäßigen Untersuchung der Prostata bei hartnäckiger chronischer Gonorrhoe und erweist dieselbe auf Grund einzelner casuistischer Mittheilungen seiner Privatpraxis.

BUSCHKE (Breslau): **Zur Pathogenese venerischer Bubonen.**

B. wendet sich zunächst auf Grund seiner eigenen Untersuchungen, Impfungen und Erfahrungen mehrjähriger Dienstzeit auf chirurgischen Abtheilungen gegen die Theorie FINGER's über die Aetiologie des venerischen Geschwüres, des Ulcus molle, welches nach diesem Autor durch jederlei Eitererreger erzeugt werden kann. Diesbezügliche Impfungen mit Eiter, Secreten verschiedensten Ursprungs, Culturen von Streptococcen und Staphylococcen, Stäbchen aus Ulcus molle blieben stets insofern negativ, als B. dadurch kein Ulcus molle erzielen konnte, sondern nur rasch heilende Pusteln erhielt. Dagegen hatte B. in 21 Fällen von Ulcus molle jedesmal den DUCREY'schen Streptobacillus im Eiter nachgewiesen und rein gezüchtet. Nur in einem einzigen Falle von klinisch typischem Ulcus molle fand B. Streptococcen und keine Streptobacillen. Und dieser Fall war nicht inoculabel und heilte auch spontan. Demnach hält B. den DUCREY-KREFTING-UNNA'schen Streptobacillus für die Ursache des venerischen Geschwüres.

Dieser findet sich auch in den das Ulcus molle begleitenden Bubonen in dem Eiter und mitten im Drüsenparenchym.

Andere Eitererreger fand B. niemals in seinen untersuchten Bubofällen, was insoferne merkwürdig ist, als sich ja im primären Ulcus molle nebst den Streptobacillen meist noch andere Mikroorganismen finden. Aber die Thatsache steht fest. In 9 von 36 untersuchten Bubonen fand sich im Eiter, resp. Dornengewebe der DUCREY'sche Bacillus und in allen diesen Fällen war der Drüseneiter auch sofort nach der Eröffnung inoculabel, die Wunde wird schankrös und enthält im Geschwüreiter ebenfalls Bacillen. Es gibt Fälle, wo das Secret der eröffneten Bubonen nicht gleich, sondern erst nach mehreren Tagen schankrös wird, was darauf zurückzuführen ist, daß die im Eiter vorhandenen Bacillen abgestorben waren und erst die aus der Tiefe des noch nicht zerfallenen Drüsengewebes nachrückenden virulent sind und inoculablen Eiter geben und das Schankröswerden der Wunde veranlassen. Durch passende Behandlung wird das Schankröswerden leicht vermieden. In einzelnen Fällen avirulenter Bubonen fand B. ebenfalls Bacillen, in anderen, der Mehrzahl allerdings, war der Eiter und das Gewebe frei. Seine Untersuchungen über diese Bubonenart sind übrigens noch nicht abgeschlossen. (Demonstration von Eiter und Drüsenparenchym mit DUCREY'schen Bacillen aus Bubonen.)

Finger erinnert, daß er in seinem Referate am Römischen Congreß dafür eingetreten sei, daß das Ulcus molle durch mehrere Virus erzeugt werde, unter denen sich auch der DUCREY'sche Bacillus befinde. DUCREY trat für denselben als ausschließlichen Erreger des Ulcus molle ein. Dasjenige aber, was controvers erscheine, sei die Definition des Ulcus molle. Die Wiener Schule hat den Begriff des Ulcus molle stets weiter gefaßt, HEBRA, KAPOSI, ZEISSL sprechen neben dem typischen auch vom atypischen Ulcus molle. SIGMUND ersetzte den klinisch zu sehr präjudicirenden Begriff des Ulcus molle durch den der venerischen Helcose und so kam man schließlich dazu, jedes sub coitu entstandene, nicht von Consecutivis gefolgte Geschwür als Ulcus molle zu bezeichnen, falls dessen Eiter sich bei der Probeimpfung inoculabel erwies. Der positive Erfolg der Impfung war ja nur ein Beweis, daß das Geschwür sich auch sub vite inoculabel erweisen würde. Da nun aber der Eiter verschiedenster Provenienz sich bei Experimenten inoculabel erwies, schlossen manche Autoren, auch FINGER, daß auch Eiter verschiedener Provenienz, sub coitu übertragen, ein Ulcus molle erzeugen könne. Die neueren bacteriologischen Untersuchungen beschäftigen sich ausschließlich mit dem typischen Ulcus molle. Für dieses ist der Streptobacillus als Erreger erwiesen, alle Autoren aber geben zu, daß es daneben noch andere, durch anderes Virus erzeugte, sub coitu übertragbare Geschwürsprocesse gebe, die, wie BUSCHKE nachwies, dem typischen Ulcus molle selbst sehr ähnlich werden können. Die negativen Resultate von BUSCHKE's Impfungen, Sklerosen, Papeleiter etc. möchte FINGER auf die dabei verwandten antiseptischen Cautelen zurückführen. Erweist sich doch auch das Ulcus molle, unter solchen Cautelen geimpft, nur sehr beschränkt autoinoculabel. Er fordert zur Wiederholung dieser Impfungen ohne Cautelen und zu bacteriologischer Untersuchung der so erzielten Resultate auf.

Raff (Breslau) hat 40 Bubonen auf der Abtheilung Dr. JADASSOHN's untersucht. In 22 Fällen von Bubo bei Ulcus molle ergab die Autoinoculation sowie die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung (Agarplatten) negative Resultate. Nur in 2 Fällen verhielt sich das Ergebniß der experimentellen Untersuchung so wie bei BUSCHKE. Während demnach BUSCHKE 25%, hatte R. nur 8% schankröse Bubonen. Die Ursache dieser Differenz ist bisher nicht erklärbar.

RILLE (Wien): **Zur Aetiologie der Bubonen.**

Nach einem historischen Excurs über die Bubonen-Frage und Erörterung des jetzigen Standes gibt R. eine Statistik der Anzahl Haftungen nach Impfungen mit Buboeiter. Unter 2117 Inoculationen, von 22 Autoren vorgenommen, befinden sich 609 Haftungen, also 28%. R. hatte unter 100 Impfungen 9 Haftungen stets in der Inoculationszeit des venerischen Geschwüres, also nach 24 bis 48 Stunden. Darunter war ein positiver Fall bei einer Drüsenvereiterung, die 14 Tage nach Abheilung des primären Geschwüres aufgetreten war. Die Provenienz des Eiters, ob aus dem Innern der Drüse oder dem periadenitischen Gewebe, ob aus einem eben eröffneten oder einem vor mehreren Tagen eröffneten Geschwür, hatte auf das Impfergebniß keinen entscheidenden Einfluß. Im Eiter, der nicht inoculabel war, vermißte R. auch jegliche Bacterien, wogegen sich der DUCREY'sche Bacillus stets im inoculabeln Eiter, sowie in den aus ihm hervorgegangenen Impfpusteln und Geschwüren vorfand. Manchmal fanden sich mit diesem noch Doppelcoccen, vielleicht die „Satelliten" DUBREUILH's und LASNET's. DUCREY'sche Bacillen fand R. auch in einem incidirten Buboimpfgeschwür, sowie in excochleirten Drüsenpartikeln. In nicht virulentem Buboeiter konnte R. blos ab und zu Staphylococcus pyogenes aureus und albus als zufällige Verunreinigung, niemals andere Mikroorganismen nachweisen.

Es läßt sich nach R.'s Erfahrung von vornherein nicht voraussagen, ob ein incidirter, eiteriger Bubo im speciellen Einzelfalle bacillenhältigen Eiter führe oder nicht, bezw. ob er schankrös werde oder nicht.

VEIEL (Cannstatt): **Ueber Airol.**

V. berichtet über ein neues, als Jodoformersatz gebrauchtes Jodpräparat, Airol benannt. Dasselbe, von einigen Schweizer Aerzten angewendet und empfohlen, sei eine Jod-Wismuth-Gallussäure-Verbindung (Wismuthoxyjodidgallat). Es stelle ein leichtes, grasgrünes, geruchloses, in Wasser, Weingeist, Glycerin unlösliches Pulver dar, das sich auf Wunden offenbar unter Jodabgabe gelb färbe. Auf Unterschenkelgeschwüre, besonders bei vorhandenen Eczemen, bei eingewachsenem Nagel und anderen Hautaffectionen habe sich dasselbe als schmerzstillendes, reinigendes Wundmittel bewährt. V. empfiehlt dasselbe wegen seiner Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit statt des Jodoforms.

C. ULLMANN (Wien): **Seltener Fall multipler erweichter Hautgummen** (mit Demonstration histologischer Präparate und Photogrammen).

Vortr. kam durch Ausschließung in einem Falle von zahlreichen, tiefsitzenden, in Erweichung begriffenen Hautinfiltraten bei einer älteren Frau zur Diagnose Syphilis, obwohl die einzelnen Erscheinungen, kolbige Verdickungen der Endphalangen, abscessartige Beulen in der Haut des Halses, der Oberarme und Beine, endlich ein haselnußgroßer Tumor, von der Schleimhaut des Nasenseptums ausgehend, keineswegs als typisch für die Syphilis bezeichnet werden konnten. Die Richtigkeit der Diagnose erhellte indeß mit Sicherheit aus dem negativen bacteriologischen und positiven, für Syphilis charakteristischen histologischen Befunde des Erweichungsinhaltes und eines excidirten Knotens, sowie aus dem Erfolge der antiluetischen Therapie.

C. ULLMANN.

Aus den Abtheilungen der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

IX.

Abtheilung für Chirurgie.

NEUBER (Kiel): **Zur Behandlung starrwandiger Höhlenwunden.**

In einer historischen Uebersicht geht der Vortr. aus von der alten Methode der Tamponade und erwähnt als Nachtheile derselben langwierige Heilung, großen Eiterverlust, schlechte Narbenbildung, öfters zurückbleibende Fisteln. Nach Einführung der antiseptischen Wundbehandlung lag es nahe, bessere Methoden auch für starrwandige Höhlenwunden zu finden. Die Richtung, in der diese Versuche sich zu bewegen hatten, wurde angedeutet durch die günstigen Erfahrungen LISTER's, LESSER, VOLKMANN's u. A. mit der hohen Organisationsfähigkeit des Blutes. Demnach versuchte N.

bereits 1879 auch Knochenhöhlen durch Anfüllung mit Blut und **Bedeckung** mit der seitlich mobilisirten Haut zur primären Heilung **zu bringen**. Von 44 derart behandelten Fällen heilten nur 7 primär, **19mal** wurde die Heilung durch circumscripte Eiterung verzögert **und** 18mal vereiterte das ganze Coagulum. Die Ursache dieser Mißerfolge mußte in der ungenügenden Asepsis der Knochenwandungen liegen, und trotz vieler Versuche gelang es leider nicht, in dieser Hinsicht eine genügende Sicherheit zu gewinnen. Nur für oberflächliche Knochendefecte hat sich das Verfahren der Bluttamponade und Hautüberdachung dauernd bewährt, bei tieferen Höhlen dagegen ging N. zur Implantationsmethode über. Einige Jahre später beschrieb SCHEDE ein ähnliches Verfahren unter der Bezeichnung der Wundbehandlung unter dem feuchten Blutschorf; die günstigen Berichte SCHEDE's konnte N. trotz wiederholter Versuche nicht bestätigen. Vortr. beschreibt sodann die Einstülpungsmethode oder Implantationsmethode an der Hand einiger Skizzen. Nach Entfernung der parostalen Schwielen, der Todtenlade und des Sequesters wird die mobilisirte Haut in die Knochenversenkung eingelegt und in dieser Lage durch Nägel, Nadeln oder Heftpflasterstreifen fixirt. Je nach Ausdehnung und Tiefe der Höhle müssen Schnittführung und Lappenbildung verschieden sein. Zwei seitlich herangezogene Lappen genügen für gleichmäßig sich absenkende Höhlen, bei steil abfallenden Rändern dagegen sind Lappenbildungen erforderlich. Die Resultate waren günstig, die später bleibenden Narben nicht zu tief eingezogen, weil durch Gewebsneubildung und Knochenregeneration die eingelegten Hautlappen allmälig wieder in ihr früheres Niveau gedrängt wurden.

Im Laufe des letzten Jahrzehntes versuchte man schnellere Heilungen durch Einpflanzen kleiner Knochentheile (MAC EWEN), decalcinirter Knochenspäne (MIDDELDORPF-SENN) zu erreichen. Andere Chirurgen ließen Schwämme, Kork, Gummi etc. einheilen und neuerdings sind Versuche mit Knochenplombirung von DREESMANN, MAYER und SONNENBURG gemacht.

Zur Anfüllung starrwandiger Knochenhöhlen würden, nach Ansicht des Vortr., sich am besten Knochenstückchen von demselben Individuum eignen, doch spielen diese mit Ausnahme der seltenen Fälle, wo sie sich unter günstigen Verhältnissen einmal activ an der Knochenregeneration betheiligen, gewöhnlich nur die Rolle von Fremdkörpern, die zwar zur Ossification anregen, aber auch oft ausgestoßen werden. Einheilungen von Fettstückchen von einer anderen Stelle desselben Individuums mißglückten gewöhnlich. Auch bei der SENN'schen Methode wurden die eingelegten Knochenstückchen später oft ausgestoßen, aber als jodoformirtes Gerüst des Gerinnsels schützten sie letzteres vor dem Zerfall, und N. bemühte sich nunmehr, eine gleichmäßige Jodoformirung des Gerinnsels auf andere Weise zu erreichen. Nach vergeblichen Versuchen mit Einstreuen von Jodoform wurden die Höhlen mit Jodoformglycerin ausgegossen, aber der größte Theil des Jodoforms sank zu Boden, im darüber stehenden Blut blieb nur wenig. Nach vergeblichen Versuchen mit Gummi-, Zucker-, Gelatine- und Leimlösungen gelang es, in einer 5proc. Stärkelösung das Jodoform dauernd und gleichmäßig zu vertheilen. 10 Grm. Weizenstärke werden mit wenig kaltem Wasser angerührt, darüber 200 Grm. einer kochend heißen 2proc. Carbollösung gegossen, sodann 10 Grm. Jodoform hinzugesetzt. Nach dem Erkalten hat man eine gleichmäßig gelbe, gallertige Masse, die sich schon bei Zimmertemperatur verflüssigt. Diese Mischung hält sich wochenlang, wird mit der Zeit etwas dünnflüssiger, erstarrt aber immer wieder in der Kälte. Aufbewahrung im Dunkelraum wünschenswerth, weil unter der Einwirkung des Tageslichtes sich alsbald Jodreaction an der Gefäßwand zeigt. Seit Anwendung dieser Jodoformstärke wurden gute Erfolge mit der Ueberdachungsmethode erzielt, auf 22 Fälle 18 primäre Heilungen.

Hinsichtlich der Technik wird empfohlen, die Operation in zwei Acten auszuführen. I. Act: Hautschnitte, Ausräumung, Bildung möglichst flacher Mulden, Reinigung, provisorische Anfüllung der Wunde mit Jodoformgaze. II. Act: Patient wird nach Säuberung der Wundumgebung auf einen anderen, mit frischen Decken und Servietten versehenen Operationstisch gelegt. Operateur und Assistenten reinigen sich inzwischen die Hände, wie vor einer neuen Operation; die für Anlegung der Naht erforderlichen Instrumente sind frisch gekocht.

Ueber die Anwendbarkeit der verschiedenen Methoden äußert sich der Vortr. wie folgt:

1. Ueberdachungsverfahren mit Blutanfüllung bei kleinen tiefen Knochenhöhlen mit steil abfallenden Rändern, sowie bei großen tiefen Knochenhöhlen mit gleichmäßig sich absenkenden Rändern.

2. Einstülpungsverfahren bei großen, tiefen Höhlen mit einseitig oder allseitig steil abfallenden Wandungen.

3. Bei Entfernung eines nicht vollkommen gelösten Sequesters droht die Gefahr einer Fractur, sowie ungenügender Knochenneubildung. Um den nöthigen Halt und Reiz zu bieten, legt N. in solchen Fällen nach Ausräumung der Höhle einen mit Jodoformgaze umwickelten Holzstab in den Knochendefect und näht darüber die Wunde bis auf einen offen bleibenden mittleren Spalt. Nach 2 bis 3 Wochen ist die Knochenregeneration gewöhnlich hinreichend, alsdann wird der Holzstab in der Mitte durchgeschnitten und stückweise entfernt. Die danach verbleibende Knochenhöhle füllt sich mit Blut, und wenn man den offen gebliebenen mittleren Wundabschnitt durch die Naht schließt, erfolgt meist primäre Heilung.

LANDERER (Stuttgart): **Ueber Osteoplastik.**

L. hat im Jahre 1892 bei einem 8jährigen Mädchen eine Fingerdiaphyse, die durch Eiterung verloren gegangen war, durch ein zurechtgeschnittenes, macerirtes, monatelang in Jodoformäther aufbewahrtes Stück Hundeknochen (Rindensubstanz) ersetzt. Der Fremdkörper ist eingeheilt, es hat sich eine neue Diaphyse gebildet; beide Gelenke sind beweglich. Mit demselben guten Erfolg wurde eine durch Osteomyelitis verloren gegangene Diaphyse einer Clavicula bei einem 18jährigen Mädchen ersetzt. Vor 2 Monaten hat er einen circa 25 Cm. großen, durch schweren complicirten Schädelbruch entstandenen Defect im Scheitelbein ersetzt durch Einpflanzung von ausgeglühten kleinen Stückchen Hundeknochen in die Granulationen. Dieselben sind glatt eingeheilt und haben zur Ossification Anlaß gegeben.

L. erwähnt die einschlägigen experimentellen Veröffentlichungen BARTH's und weist auf die theoretische Bedeutung dieser Beobachtungen, namentlich auch für die Einheilung von Sequestern hin.

Discussion.

Kümmel hat die von ihm früher implantirten Knochenspäne stets resorbirt gefunden.

Aus italienischen medicinischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Lancisianische Gesellschaft der Spitäler Roms.

GERONZI referirt über periphere Facialislähmung als Folge subacuter nicht purulenter Otitis.

SCAFI: Vorstellung eines Kranken mit wahrer Anchylose des rechten Kiefergelenkes; Trauma vor 7 Jahren. Nach Resection des Condylus zeigte sich Fractur des Halses unter demselben. Heilung per primam. Die Kiefer können über 4 Cm. weit geöffnet werden.

Kön. medic. Akademie in Turin.

BATTISTINI: Ueber Ferratin.

Das im Handel vorkommende Präparat entspricht nicht den von MARFORI und SCHMIEDEBERG angegebenen Eigenschaften, kann mit BUNGE's Hämatogen nicht verglichen werden.

FERRIA: Lineare Elektrolyse bei Harnröhrenverengerungen.

Nach Vortr. begrenzte Anwendung im Vergleich zur Urethrotomie, denn Fälle, welche eine Stromstärke von mehr als 20 M.-A. bei Dauer von 4 Minuten erfordern, können Verletzungen und neuerliche Stenosen erleiden.

CARBONE: Ueber den Inhalt einer Echinococcus-Cyste.

Nach der Punction toxische Symptome, nach der Operation war die Flüssigkeit nicht toxisch, keine Ptomaïne, keine Bernsteinsäure, viel Eiweiß und 0·5‰ Harnstoff enthaltend.

PES: Pseudomembranöse Conjunctivitis.

In Folge Nachweises des Diphtheriebacillus in mehreren, des Staphylococcus pseudo-aureus in einem Falle hält Vortr. bei Schwierigkeit einer raschen bacteriologischen Diagnose und wo Gefahr im Verzuge, für angezeigt, das diphtherische Heilserum neben localer Behandlung anzuwenden.

GRADENIGO: Rhinolith.

In der rechten Nasenhöhle, welche seit 10 Jahren durch massenhafte Granulationen verschlossen war, fand sich ein Stein. Derselbe wog 0·645 Grm. Im Centrum ein incrustirter Kirschenkern; die Oberfläche bestand aus phosphorsaurer und kohlensaurer Magnesia. Spuren von Eisen.

MANGIANTI: Numerische locale Variationen der Blutkörperchen in Folge localer Temperaturdifferenzen.

Die Versuche mit localen Bädern bis 50° einerseits und bis 0° anderseits ergaben: 1. Hyperglobulie während der Gefäßcontraction durch die Kälte, 2. der Vermehrung der rothen Blutkörperchen entspricht nicht immer die Steigerung des Hämoglobingehaltes.

Bozzolo bestätigt diese auch von ihm, WINTERNITZ u. A. gemachten Befunde und meint, daß sowohl bei Erweiterung als Verengerung der Blutbahn in einem bestimmten Bezirke die festen Bestandtheile des Blutes vermehrt werden.

MOSSO: Ueber Aspirationen in Höhenluft.

Sowohl der Druck des Sauerstoffs, als der Kohlensäure ist vermindert. „In großer Höhe brennt der menschliche Körper ohne Rauch, nämlich ohne Kohlensäure." M. nennt diesen Zustand Acapnea.

GALEAZZI: Einfluß des Shocks auf Infectionskrankheiten.

Meerschweinchen wurden in kalter Umgebung aseptisch laparotomirt und diese, sowie Controlthiere mit Carbunkel, Bacterium coli und Diphtheriebacillen, inficirt. Die Vergiftungserscheinungen waren bei den Controlthieren ausgesprochener; Verf. nimmt eine verminderte Empfänglichkeit durch den Shock an, welche er mit BROWN-SÉQUARD in der Hemmung des Stoffwechsels zu begründen sucht. Auch der Strychnintetanus erscheint beim Thiere im Shock viel später. Sp.

Notizen.

Wien, 30. November 1895.

Zur Frage des Frauenstudiums.

Ce que femme veut, Dieu le veut.

Die sociale Bewegung zu Gunsten der Frauen hat in den letzten Tagen einige unleugbare Erfolge erzielt. Und es sind Erfolge, welche zweifelsohne und vielleicht in erster Linie den ärztlichen Interessenkreis tangiren. Wir haben nicht nöthig, heute neuerdings auf die Relationen zwischen Frauenemancipation und ärztlichen Standesinteressen zurückzukommen. Unseren Standpunkt in dieser Sache haben wir wiederholt und nachdrücklich präcisirt. Gleichwohl ergreifen wir das Wort nochmals in einem Augenblicke, da von sehr autoritativer Seite, nämlich seitens der freisinnigen Regierung unseres Schwesterstaates, eine Entscheidung von principieller Wichtigkeit und noch nicht zu übersehender Tragweite vorliegt. In Ungarn soll den Frauen schon in kürzester Zeit der Zutritt zum Studium der Medicin, der Pharmacie und der Philosophie freigegeben werden, sie sollen sich zu Aerzten, Apothekern und Mittelschulprofessoren heranbilden und diese Berufe auch von Staatswegen ausüben können. Allerdings wäre zunächst die Zulassung zum Hochschulstudium noch von Fall zu Fall an die Entscheidung des Unterrichtsministers gebunden. In der halbamtlichen Mittheilung heisst es dann weiter, die kaiserliche Entschließung werde schon binnen kürzester Zeit verlautbart werden, worauf der ungarische Unterrichtsminister die Modalitäten der Zulassung noch besonders regeln werde. Es solle somit hervorragend begabten Frauen der Eintritt in einige freie akademische Berufe ermöglicht werden, ohne jedoch die bei der generellen Zulassung unvermeidliche Entwicklung von akademischem Frauenproletariat zu fördern. Wir zweifeln, daß diese von electiven Absichten erfüllte Enunciation den Schwärmern für Frauenrecht und Gleichberechtigung sehr zu Gesichte stehen werde.

Fast gleichzeitig war die Frauenfrage im österreichischen Parlamente Gegenstand einer bemerkenswerthen Debatte. In einer dieswöchentlichen Sitzung des Budget-Ausschusses empfahl Abg. Dr. BEER nach längerer Rede folgende 3 Resolutionen zur Annahme:

„1. Die Regierung wird aufgefordert, die Organisation höherer Mädchenschulen in Angriff zu nehmen;

2. jenen Mädchen, welche ein Maturitäts-Zeugniß an einem von der Regierung bezeichneten Gymnasium erworben haben, die Zulassung zu den Vorlesungen an der philosophischen und medicinischen Facultät zu gewähren;

3. jenen, welche ihre Studien an einer medicinischen Facultät einer ausländischen Universität bereits zurückgelegt haben, die Ablegung der strengen Prüfungen behufs Erwerbung des Doctorgrades zu ermöglichen."

Auch die Abg. Dr. HEROLD, Dr. PIENTAK und Dr. KAIZL setzten sich lebhaft für das Frauenstudium ein und gingen mit ihren Forderungen zum Theil noch über die Anträge der Referenten, die schließlich angenommen wurden, hinaus. Der Unterrichtsminister stellte sich dieser Fluth von Wünschen gegenüber auf den durch die bestehenden Verhältnisse gebotenen Standpunkt weiser Zurückhaltung. Die nächste und auch höchste Aufgabe der Unterrichtsverwaltung müsse es bleiben, die Frauen zu Erzieherinnen ihrer eigenen Kinder zu erziehen. Bei der Lösung des socialen Problems der Frauenfrage könne es sich nicht so sehr um die Concurrenz der Frauen in den von Männern bereits besetzten oder übersetzten Berufszweigen, sondern um die Erschließung neuer Berufszweige handeln. Die jetzige Einrichtung der Gymnasien, für Knaben und Jünglinge berechnet, passe für Mädchen nicht. Es könne von der Unterrichtsverwaltung nicht verlangt werden, organisatorische Einrichtungen zu treffen, die, wie das Gymnasium, der eigentlichen Natur des weiblichen Geschlechtes zuwiderlaufen. Anders stehe es mit den einzelnen Fällen, in welchen sich Mädchen der Maturitätsprüfung mit Erfolg unterziehen; hier werde es Sache der Unterrichtsverwaltung sein, die Frage der Einrichtung dieser Maturitätsprüfungen auf eine bestimmtere Basis zu stellen, als es gegenwärtig der Fall sei. Was die Universitäten anlange, so sei die Zahl der Candidatinnen derzeit noch zu gering, um besondere organisatorische Einrichtungen jetzt schon zu rechtfertigen. Die Frage bezüglich der Nostrificirung ausländischer Diplome, bezw. der Venia practicandi, versprach der Minister einer neuen und billigen Regelung zu unterziehen.

Es ist kein Zweifel, die Frauenfrage ist mächtig in Fluß gerathen, und nicht blos das, sie nähert sich auch, wenigstens was das Universitätsstudium anbelangt, sichtlich ihrem Ziele. Wir sind uns darüber klar, daß wir und Niemand im Stande sein wird, diese mächtige Bewegung zu hemmen. Sie findet ihre Berechtigung und Nothwendigkeit in der socialen Entwicklung der Culturstaaten. Ob sie auch nützlich, den Frauen nützlich sein wird, das liegt im Schoße der Zukunft. Wir glauben es nicht und müssen es auch heute bezüglich der weiblichen Aerzte negiren. Wir möchten da nicht dem Verdachte erliegen, daß wir bei Besprechung der Frage des Frauenstudiums in denselben Fehler verfallen, welchen die Verfechter der Frauenemancipation stets begehen, wenn sie auf diesen Punkt zu sprechen kommen: stets fallen sie vorerst auf die Medicin. Dieser Fehler hätte nie begangen werden sollen, dann wäre die so zutreffende Broschüre ALBERT's niemals so arg mißverstanden worden. Heute deckt sich ja thatsächlich fast der Gedanke an den weiblichen Hochschüler mit dem des weiblichen Arztes, und dennoch wird es keinem Einsichtigen und Objectiven zweifelhaft sein, daß im Allgemeinen die Frau für keinen Beruf ungeeigneter ist, als für den des vollwerthigen Arztes. Was heute die Gedanken beherrscht, das, fürchten wir, wird später die Richtschnur für die Praxis sein. Das Mädchen, das sich berufen fühlt — und eine Frau fühlt sich gar leicht und zu gar Manchem berufen — wird eben in erster Linie Medicin studiren, und wenn sie dazu noch so ungeeignet wäre und wenn darüber noch so viele Existenzen zu Grunde gehen und einer neuen Species von Proletariat anheimfallen würden. Wenn diese vorgefaßte Meinung, die Frau eigne sich vor Allem zum Arzte, leider nun einmal besteht, sollte sich der Staat wenigstens nicht von derselben leiten lassen. Und der Staat könnte dies dadurch bethätigen, daß er das gesammte Hochschulstudium den Frauen freigibt. Diesen Gedanken vertritt auch der Referent

des Comités, welches von der Wiener Aerztekammer zum Studium der Frage weiblicher Aerzte eingesetzt wurde. Die vom Referenten (Dr. SVETLIN) dem Plenum zur Annahme vorgelegten Schlußsätze, welche dem Abgeordnetenhause in Form einer Petition zugehen sollen, lauten:

1. Das h. Haus möge bei einer Discussion der Frage über die Zulassung der Frauen zum medicinischen Studium die Aerztekammern anhören.

2. Es möge zur geneigten Kenntniß nehmen, daß die Wiener Aerztekammer in genauer Einsicht in die Beschwerden und Anforderungen des ärztlichen Berufes die Frauen als weniger geeignet zur Ausübung der ärztlichen Praxis erklärt.

3. Es möge in richtiger Würdigung des objectiven Standpunktes der Wiener Kammer niemals auf Zulassung der Frauen zum medicinischen Studium allein eingehen, sondern den Mädchengymnasiastinnen die Pforten aller Facultäten und Hochschulen eröffnen.

4. Es möge den Zutritt zu den Hochschulen von der Absolvirung eines dem Knabengymnasium ganz äqualen Mädchengymnasiums und von der Ablegung der Maturitätsprüfung in Oesterreich abhängig machen.

Man wird zugeben, daß darin eine logische und radicale Lösung der Frage des weiblichen Hochschulstudiums liegt. Die Frauenfrage gleicht heute einem schäumenden Wildbach, der früher oder später alle Dämme, die sich ihm entgegenbauen, durchbrechen wird. Und da scheint es uns doch klug, die nöthigen Vorbereitungen für diesen Augenblick zu treffen, den tosenden Fluthen ein breites Bett zu graben, in welchem sie gar bald zur Ruhe kommen dürften; wir meinen die Freigebung des Hochschulunterrichtes im Allgemeinen, selbstredend unter denselben Bedingungen, wie sie derzeit für die männliche Jugend gelten.

(Aus dem Abgeordnetenhause.) Mit der gewohnten Regelmäßigkeit kehrte auch in diesem Jahre die Besprechung einer Reihe von Facultätsinteressen im Budgetausschusse wider und mit nicht minder gewohnter Regelmäßigkeit bekamen wir — seitens des Referenten Dr. BEER — eine Liste leider nur zu berechtigter Wünsche und Beschwerden und seitens des Unterrichtsministers Versprechungen und Pläne für die Zukunft zu hören. In der That gehen aber die Dinge einen bedauerlich schleppenden Gang. Mit Recht betonte Dr. BEER, daß die Bautenfrage in Wien und Prag um keinen Schritt weiter gelangt sei. In Wien sei die Frage bezüglich der klinischen Institute schon seit 5 Jahren Gegenstand von Erwägungen; aber durch Projecte allein — Alsercaserne, Irrenhausgründe, Ottakring — würden die geradezu abscheulichen Zustände an den Kliniken nicht abgeändert werden. Die Baufrage müsse endlich definitiv gelöst werden. Nicht minder wichtig sei der Bau eines physiologischen Institutes; auch dem schon vor mehreren Jahren vom Professoren-Collegium gefaßten Entschluß wegen Errichtung einer zweiten Lehrkanzel für Physiologie sollte Rechnung getragen werden. Auch der Bau eines physikalischen Institutes sei ein Ding der Nothwendigkeit. Diesen Ausführungen gegenüber machte der Unterrichtsminister insoferne werthvolle Mittheilungen, als sie eine ernstliche Inangriffnahme der Sache in Aussicht stellten, so daß deren endliche Erledigung in doch nicht allzuferner Zukunft zu erwarten ist. Bezüglich der Neubauten vertritt der Minister die Anschauung, daß die klinischen Institute jedenfalls in der Gegend, in welcher sie sich gegenwärtig befinden, künftig unterzubringen sein werden, und es bestehe nicht die Absicht, das sogenannte Ottakringer Project weiter zu verfolgen. Der Minister erklärte, es sei die bestimmte Absicht der Unterrichtsverwaltung, im kommenden Jahre in dieser Frage unter Berücksichtigung der vorgebrachten Wünsche einen entscheidenden Schritt zu thun. Was die Errichtung des physiologischen Institutes und eine Reihe anderer theoretischer Institute auf der Area der alten Gewehrfabrik betreffe, so stehe die Einbringung eines Gesetzentwurfes bevor, wonach eine Summe von 900.000 Gulden für diese Zwecke in Anspruch genommen werden soll. Für die Prager czechische Facultät hatte der Abgeordnete Herold eine Reihe von Wünschen vorzubringen; auch forderte dieser Redner die Zulassung der medicinischen Hospitantinnen an der böhmischen Universität. Der Unterrichtsminister erwiderte auf diese Ausführungen, daß die Unterrichtsverwaltung betreffs der endlichen Beschaffung der erforderlichen Räume für Institute an beiden Prager Universitäten, insbesonders an der böhmischen Universität, Alles aufbieten werde, um die Bauaction zu beschleunigen. Bezüglich der Zulassung von Hospitantinnen zum Universitätsstudium bemerkte der Minister, daß in dieser Hinsicht für alle Universitäten gleiche Vorschriften gelten. Nach denselben sei es dem Ermessen der Docenten anheimgestellt, Hospitantinnen zuzulassen oder nicht.

(Wiener Aerztekammer.) In ihrer dieswöchentlichen Plenarversammlung beschäftigte sich die Kammer mit den actuellen Fragen der Zulassung der Frauen zum Studium der Medicin und der bevorstehenden Revision der medicinischen Studien- und Prüfungsordnung, über welche Gegenstände längere Discussionen geführt wurden, ohne daß die Kammer concrete Beschlüsse gefaßt hätte. Zum Delegirten der Kammer in die vom Unterrichtsministerium einzuberufende Enquête wurde der Präsident Dr. HEIM gewählt. Schließlich gelangte ein Erlaß der n.-ö. Statthalterei zur Verhandlung, in welchem auf die unzureichende Berichterstattung der praktischen Aerzte über die von denselben vorgenommenen Schutzpocken-Impfungen hingewiesen und die Kammer zur Mitwirkung in dieser Richtung eingeladen wird. Die Kammer beschloß, der Statthalterei zu empfehlen, Veranlassung zu treffen, daß den Aerzten in Hinkunft die Impfjournale zugesendet und dieselben um Rücksendung an die Behörden nach Jahresschluß ersucht werden, wogegen hiefür die Portofreiheit zugesichert werden möge.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) In der dieswöchentlichen wissenschaftlichen Versammlung hielt Dr. F. KORNFELD einen Vortrag unter dem Titel „Ueber die radicalen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie". Da dem Redner, wie er selbst eingangs bemerkte, keinerlei persönliche Erfahrungen auf dem Gebiete der modernen operativen Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, beschränkte er sich darauf, einerseits Bekanntes auf diesem Gebiete zu besprechen, andererseits über die hauptsächlich von Amerikanern, Engländern und Franzosen in neuester Zeit geübten Operationen (Castration, Unterbindung des Samenstranges), über welche in diesen Blättern bereits des Oefteren und ausführlich berichtet wurde, zu referiren. Dem Vortr. scheint der prompte Erfolg dieser Methoden noch nicht einwandsfrei bewiesen, ja er hält den Werth der Castration für die Schrumpfung der Prostata dann für illusorisch, wenn, wie im Senium, die nutritive Abhängigkeit, welche zwischen Hoden und Prostata besteht, aufgehört hat. Dem gegenüber konnte Prof. ENGLISCH, der zu dem Vortrage das Wort ergriff, auf Grund eigener Beobachtungen den neuen Operationsbestrebungen und speciell der beiderseitigen Excision des Samenstranges ein günstiges Prognostikon stellen.

(Die Frequenz an den Hochschulen.) Gelegentlich der Besprechung des Capitels „Hochschulen" im Budget-Ausschusse constatirte der Unterrichtsminister Baron GAUTSCH die nicht uninteressante Thatsache, daß die Gesammtzahl der Universitätshörer, wenn man die ordentlichen Hörer in Betracht zieht, eine Verminderung um 59 Hörer an sämmtlichen Universitäten erfahren habe. Auffallend sei der ziemlich merkliche Rückgang an sämmtlichen medicinischen Facultäten. Läßt man die Erhöhung in Folge der Errichtung der Lemberger Facultät außer Betracht, so ergibt sich eine Minderfrequenz von 296 ordentlichen Hörern an den medicinischen Facultäten.

(Universitäts-Nachricht.) Der a. o. Professor Dr. JOSEF NEVINNY ist zum ordentlichen Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der Universität Innsbruck ernannt worden.

(Aus London) schreibt man uns: Obwohl die Mortalität an Diphtherie in der letzten Woche eine geringe Abnahme aufweist, muß dieselbe doch noch immer als excessiv hoch bezeichnet werden. Die Zahl der Todesfälle, welche in den vorausgegangenen 3 Wochen 61, resp. 72 und 75, betragen hatte, fiel in der Woche bis zum 16. November auf 61. Die Mortalität in den letzten 5 Wochen betrug durchschnittlich 65, eine Zahl, welche in der gleichen Periode seit Ende 1893 nicht erreicht wurde. Von den 61 Todesfällen der letzten Woche betrafen 44 Kinder unter 5 Jahren, die übrigen 17 Personen zwischen 5 und 20 Jahren. Der Krankenstand an Diphtherie war am 16. November in den Metropolitan Asylums Hospitals und im Londoner Fever Hospital 678; der Zuwachs der letzten Woche betrug 104. — Uebrigens ist es nicht die Diphtherie allein, welche in London mit ungewohnter Heftigkeit wüthet. Auch die Influenza hat wieder ihren Einzug gehalten und in den ersten 15 Tagen des Monats November zählte man 17 Todesfälle

an Influenza. Englische Blätter wissen zu erzählen, daß die Influenza auch unter den Thieren zahlreiche Opfer heischt. Hunde, Katzen und Pferde sollen besonders betroffen sein. Statistiker wollen herausgebracht haben, daß von 100 Katzen gegenwärtig 24 an Influenza zu Grunde gehen. Auffallend ist übrigens auch die hohe Sterblichkeit an Krankheiten der Respirationsorgane. Sie betrug in der letzten Woche 477 Todesfälle und überschritt den Durchschnitt der correspondirenden Woche in den vorausgegangenen 10 Jahren um 55.

(Cholera.) In der Woche vom 19. bis 25. d. M. wurden aus Galizien 28 Erkrankungen und 11 Todesfälle (gegen 19 Erkrankungen und 14 Todesfälle in der Vorwoche) an Cholera asiatica gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August d. J. constatirten Cholera-Erkrankungen beträgt 379, die Mortalität 64·6 Procent.

(Ludwig Teichmann) ist in Krakau am 25. d. M. im 72. Lebensjahre gestorben. In Lublin geboren, hatte er seine Studien in Deutschland absolvirt, wurde 1859 Privatdocent für Anatomie und Physiologie in Göttingen, 1861 als außerordentlicher Professor der pathologischen Anatomie nach Krakau berufen, woselbst er bis vor zwei Jahren, da er sein 70. Lebensjahr vollendet hatte, wirkte, nachdem er im Jahre 1868 zum ordentlichen Professor der descriptiven und vergleichenden Anatomie ernannt worden war. Das prächtige neue Anatomiegebäude in Krakau verdankt seine Erbauung in erster Linie der kräftigen Initiative Teichmann's. Wissenschaftlich hat sich Teichmann durch eine Reihe gehaltvoller Abhandlungen bethätigt. Mit der jagellonischen Universität trauert die polnische Akademie der Wissenschaften, welche ihren Vicepräsidenten verloren hat. Sein Andenken sei geehrt!

(Statistik.) Vom 17. bis inclusive 23. November 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6434 Personen behandelt Hievon wurden 1264 entlassen; 148 sind gestorben (10·55% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 94, egyptischer Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 11, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 126, Scharlach 110, Masern 410, Keuchhusten 62, Wundrothlauf 35, Wochenbettfieber 6, Parot. epid. 1, Influenza 2, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 532 Personen gestorben (— 27 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Prag der Privatdocent der Zahnheilkunde Dr. Heinrich Schmid, ein allgemein geachteter und auch wissenschaftlich hervorragender College, 46 Jahre alt; in Reichenberg der praktische Arzt Dr. Michael Altar im 55. Lebensjahre; in Kasan der bekannte Ophthalmologe Dr. Tepljašin.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung
Montag den 2. December 1895, 7 Uhr Abends
im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Dr. G. Kolischer: Diagnose und Therapie der Erkrankungen der weiblichen Blase. (Demonstration, eventuell Discussion.)

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 4. December 1895, 7 Uhr Abends,
im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. I. Fischer: Schilddrüse und weiblicher Genitalapparat.

Offene Correspondenz der Redaction und Administration.

Herrn Dr. P. in Triest. Nein.
Nr. 49 in S. Versuchen Sie eine 2—3proc. Cupr. sulf.- oder rothe Präcipitatsalbe.
Herrn Dr. A. R. in St. Petersburg. Ihre Anfrage wird in vorliegender Nummer eingehend beantwortet.
„ Dr. K. K. in Arad. Vor zwei Jahren gestorben.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect über **„die Verwendung des Europhen in der venereologischen Praxis"** von **Docent Dr. Kopp** in München. Wir empfehlen die Beilage der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse"** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik":** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Therapie der Gegenwart":** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung

ANZEIGEN.

Nr. 49. Sonntag den 8. December 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in **Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. R. v. Jaksch in Prag.

Ueber alimentäre Glycosurie bei Graviden.

Von **Dr. Fried. Lanz**, Externarzt.

Arbeiten aus unserer Klinik von Bloch [1]) und Strasser [2]) haben gezeigt, daß bei einer Reihe organischer und functioneller Nervenkrankheiten das Vermögen des Organismus, eingeführten Traubenzucker zu assimiliren, herabgesetzt erscheint, so daß von 100 Grm. eingeführter Glycose ein mehr weniger großer Bruchtheil durch den Harn ausgeschieden wird.

In Fortsetzung dieser Versuchsreihe war es wiederholt versucht worden, bei Kranken mit Chorea und Syringomyelie Glycosurie zu erzeugen; jedesmal schlugen diese Versuche fehl.[3]) Umso auffallender war es, daß bei 2 Frauen mit Chorea und Syringomyelie von 100 Grm. eingeführten Traubenzucker ein relativ großer Bruchtheil (siehe Fall 1 u. 2) durch den Harn zur Ausscheidung gelangte.

Nach den Erfahrungen, die diesbezüglich an der Klinik bisher gesammelt waren, konnte diese auffallende Erscheinung nicht durch das bestehende Nervenleiden erklärt werden.

Prof. R. v. Jaksch bezog dies direct auf die bei beiden Frauen bestehende Gravidität und ertheilte mir den Auftrag, durch eine Reihe von Versuchen festzustellen, ob die Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Traubenzucker bei Graviden ein häufiges Vorkommniß sei.

Prof. v. Rosthorn, der mir das Material seiner geburtshilflichen Klinik freundlichst zur Verfügung stellte, danke ich hiefür bestens. Die Versuche stellte ich in folgender Weise an: Unmittelbar nach Entleerung der Blase mittelst Katheter reichte ich 100 Grm. chemisch reinen Traubenzucker in Thee mit Cognac und entleerte die Blase mit Katheter nach 2. 4 und 6 Stunden. Die so gewonnenen 4 Portionen, im Folgenden mit a (diese Portion untersuchte ich, um sicher zu sein, daß nicht ein Fall von Glycosurie vorliege), b, c und d bezeichnet, prüfte ich nach genauer Feststellung von Menge und specifischem Gewicht nach Trommer (I), Nylander (II), mit der Phenylhydrazin- (III) und mit der Gährungsprobe (IV) auf Zucker und bestimmte den Procent-Gehalt polarimetrisch mit Decimeterrohr (V)[4]). Doch bemerke ich, daß die polarimetrische Bestimmung des Zuckergehaltes, trotz des ausgezeichneten Instrumentes, über welches unsere Klinik verfügt, nicht Anspruch auf absolute Genauigkeit erheben kann, schon deswegen nicht, weil die Linksdrehung des Harnes bei jeder Bestimmung fehlt; es sind somit die polarimetrisch gefundenen Zahlen zu klein. Bei zuckerfreiem Harne fand ich eine Linksdrehung von 0·02°—0·06°; ich führe dieselbe hier nicht an, da sie mit dem Zwecke der Arbeit nicht im Zusammenhang steht.

Die angestellten Versuche sind folgende:

1. Versuch. K. M., 38 Jahre, 4. Gravidität, 9. Monat. Klinische Diagnose: Syringomyelia cervicalis. a)[5]) 300 Ccm. von der Dichte 1·011 enthält keinen Zucker; b) 210 Ccm. von der Dichte 1·021; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: um 4·46° entspricht 2·78% Zucker; daher gelangten 5·838 Grm. zur Ausscheidung; c) 500 Ccm. von der Dichte 1·006; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: 0·198° entspricht 0·377%, somit 1·885 Grm.; es wurden von 100 Grm. genossenen Zucker 7·723 Grm.[6]) in 4 Stunden ausgeschieden.

[1]) G. Bloch, „Zeitschr. f. klin. Medicin", 1892, Sonderabdruck.

[2]) A. Strasser, „Wiener Med. Presse", 1894, Sonderabdruck.

[3]) R. v. Jaksch, „Prager med. Wochenschr.", 1895, Nr. 20, pag. 281.

[4]) Genaueres siehe: R. v. Jaksch, Klinische Diagnostik, pag. 327—341. 3. Aufl., Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg.

[5]) a) ist die Portion vor Einnahme des Zuckers, b) die 2 Stunden, c) die 4 Stunden, d) die 6 Stunden später entleerte Harnmenge; es wurden bei jeder Portion alle 5 Proben gemacht, und führe ich dieselben, wo kein Zucker zu finden war, der Kürze halber nicht speciell an.

[6]) Diese Zahl gibt, wie die analogen Zahlen im Folgenden, gleichzeitig die Procente des ausgeschiedenen Zuckers an.

2. V. B. K., 19 Jahre, 1. Gravidität, 4. Monat. a) 500 Ccm. von der Dichte 1·020; enthält keinen Zucker; b) 350 Ccm. von der Dichte 1·007; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: 0·28° entspricht 0·53% = 1·855 Grm.; c) 300 Ccm. von der Dichte 1·006 ist zuckerfrei.

3. V. H. A., 29 Jahre, 2. Schwangerschaft, 10. Monat. a) 100 Ccm. von der Dichte 1·010 ist zuckerfrei; b) 98 Ccm. von der Dichte 1·030; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: um 1·15° entspricht 2·19% = 2·1462 Grm.; c) 92 Ccm. von der Dichte 1·025; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: 0·395° entspricht 0·75% = 0·69 Grm.; die Gesammtausscheidung beträgt 2·8362 Grm.

4. V. H. M., 23 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 170 Ccm. von der Dichte 1·020 ist zuckerfrei; b) 200 Ccm. von der Dichte 1·008; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: 4·8045° entspricht 9·151% = 18·302 Grm.; c) 72 Ccm. von der Dichte 1·022; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: 0·685° entspricht 1·30% = 0·936 Grm.; d) 52 Ccm. von der Dichte 1·018; I. pos., II. pos. III. pos., IV. pos. V. RD.: 0·30° entspricht 0·57% = 0·2964 Grm.; die Gesammtausscheidung beträgt 19·5444 Grm.

5. V. P. J., 23 Jahre, 2. Schwangerschaft, 8. Monat. a) 150 Ccm. von der Dichte 1·020; b) 73 Ccm. von der Dichte 1·025; c) 150 Ccm. von der Dichte 1·020; d) 450 Ccm. von der Dichte 1·008; alle Portionen sind zuckerfrei.

6. V. U. M., 28 Jahre, 1. Schwangerschaft am Anfange des 9. Monates. a) 70 Ccm. von der Dichte 1·025 ist zuckerfrei; b) 110 Ccm. von der Dichte 1·020; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: um 0·119° entspricht 0·22% = 0·242 Grm.; c) 100 Ccm. von der Dichte 1·018 und d) 40 Ccm. von der Dichte 1·005 enthalten keinen Zucker.

7. V. B. R., 23 Jahre, 2. Schwangerschaft, 8. Monat. a) 150 Ccm. von der Dichte 1·020 enthält keinen Zucker; b) 21 Ccm.; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. konnte ebenso wie die Dichte wegen der geringen Harnmenge nicht bestimmt werden. c) 88 Ccm. von der Dichte 1·113; I. neg., II. neg., III. pos., IV. pos. V. optisch inactiv; d) 125 Ccm. von der Dichte 1·020 ist zuckerfrei.

8. V. H. M., 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 46 Ccm. von der Dichte 1·021 enthält keinen Zucker; b) 130 Ccm. von der Dichte 1·022; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD.: 0·06° entspricht 0·11% = 0·143 Grm. Zucker; c) 75 Ccm. von der Dichte 1·018 und d) 85 Ccm. von der Dichte 1·018 enthalten keinen Zucker.

9. V. P. M., 37 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat. a) 100 Ccm. von der Dichte 1·028 ist zuckerfrei; b) 88 Ccm. von der Dichte 1·032; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos, V. RD. um 1·475° entspricht 2·81% = 2·4728 Grm. Zucker; c) 105 Ccm. von der Dichte 1·030 und d) 140 Ccm. von der Dichte 1·016 enthalten keinen Zucker.

10. V. W. Th., 24 Jahre, 2. Schwangerschaft im 2. Monat. a) 42; b) 33; c) 35; d) 26; es ließ sich bei keiner Portion eine Spur Zuckers nachweisen; wegen der geringen Harnmengen fiel die Bestimmung der Dichte und die Polarisation aus.

11. V. H. A., 20 Jahre, 1. Schwangerschaft am Ende des 8. Monates. a) 100 Ccm., Dichte 1·018; b) 125 Ccm., Dichte 1·015; c) 120 Ccm., Dichte 1·012; d) 95 Ccm., Dichte 1·020; in keiner Portion Zucker nachzuweisen.

12. V. C. A., 33 Jahre, 2. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 54 Ccm. und b) 42 Ccm. sind zuckerfrei; c) 52 Ccm. I. pos., II. pos., III. pos.; IV. pos. V. RD. um 0·37° entspricht 0·70% = 0·364 Grm. Zucker; d) 55 Ccm. I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD. um 0·22° entspricht 0·42% = 0·231 Grm. Zucker. Es wurden somit 0·595 Grm. Traubenzucker ausgeschieden.

13. V. M. B., 23 Jahre, 1. Schwangerschaft in der 2. Hälfte des 7. Monates. a) 90 Ccm. von der Dichte 1·025 ist zuckerfrei; b) 21 Ccm. III. pos. V. RD. um 1·44° entspricht 2·74% = 0·575 Grm. Zucker; c) 57 Ccm. I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD. um 0·48° entspricht 0·914% = 0·521 Grm.; d) 98 Ccm. von der Dichte 1·026; I. neg., II. neg., III. pos., IV. pos. V. RD. um 0·038 entspricht 0·072% = 0·071 Grm. Zucker; die Gesammtausscheidung beträgt 1·167 Grm. Traubenzucker.

Bei den folgenden 5 Versuchen konnte ich in keiner Portion und durch keine Probe Zucker nachweisen.

14. V. J. M., 34 Jahre, 4. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 500 Ccm. Dichte 1·011; b) 156 Ccm. 1·012 Dichte; c) 165 Ccm. 1·018 Dichte; d) 115 Ccm. 1·014 Dichte.

15. V. G. A., 21 Jahre, 1. Schwangerschaft im Anfang des 9. Monates. a) 100 Ccm. 1·015 Dichte; b) 160 Ccm. 1·012 Dichte; c) 57 Ccm.; d) 350 Ccm. 1·010 Dichte.

16. V. K. M., 20 J., 2. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 85 Ccm., 1·018 Dichte; b) 200 Ccm., 1·010 Dichte; c) 54 Ccm.; d) 27 Ccm.

17. V. Sch. A., 23 J., 1. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 230 Ccm., 1·013 Dichte; b) 245 Ccm., 1·012 Dichte; c) 200 Ccm., 1·011 Dichte; d) 155 Ccm., 1·019 Dichte.

18. V. S. A., 22 Jahre, 2. Schwangerschaft Ende des 7. Monates. a) 50 Ccm.; b) 300 Ccm., 1·015 Dichte; c) 100 Ccm., 1·009 Dichte; d) 110 Ccm., 1·018 Dichte.

19. V. K. A., 24 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 50 Ccm. ist zuckerfrei; b) 100 Ccm. von der Dichte 1·025, bei I. und II. schwache Reduction, III. pos., IV. pos. V. minimale LD.; c) 54 Ccm. I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. optisch inactiv; d) 90 Ccm. von der Dichte 1·030; I. neg., II. neg., III. pos., IV. pos. V. geringe LD.

20. V. B. M., 21 J., 3. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 95 Ccm. von der Dichte 1·015 enthält keinen Zucker; b) 130 Ccm. von der Dichte 1·020, I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD. 0·294° entspricht 0·56% = 0·728 Grm. Zucker; c) 182 Ccm. von der Dichte 1·019; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos. V. RD. um 0·09° entspricht 0·17% = 0·309 Grm. Zucker; d) 110 Ccm. von der Dichte 1·015 enthält keinen Zucker: die Gesammtausscheidung beträgt 1·037 Grm. Traubenzucker.

21. V. L. A., 20 Jahre. 1. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 70 Ccm. von der Dichte 1·019 enthält keinen Zucker; b) 95 Ccm. von der Dichte 1·020; I. neg., II. neg., III. pos., IV. neg. V. geringe LD. c) die Blase war leer; d) 115 Ccm. von der Dichte 1·015; I. neg., II. neg., III. pos., IV. neg. V. geringe LD.

22. V. St. M., 24 Jahre, 2. Schwangerschaft am Ende des 8. Monates. a) 230 Ccm. von der Dichte 1·010 ist zuckerfrei; b) 125 Ccm. von der Dichte 1·016; I. neg., II. neg., III. pos., IV. pos. V. optisch inactiv; c) 205, Ccm. von der Dichte 1·010; I. neg., II. neg., III. pos., IV. pos. V. optisch inactiv; d) 130 Ccm. von der Dichte 1·018 ist zuckerfrei.

23. V. H. A., 23 Jahre, 1. Schwangerschaft am Anfang des 10. Monates; in keiner Portion Zucker nachweisbar; die Harnmengen sind: a) 110 Ccm. mit der Dichte 1·022; b) 82 Ccm., 1·022 Dichte; c) 57 Ccm., 1·023 Dichte; d) 49 Ccm.

24. V. Sch. C., 16 J., 1. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 65 Ccm. enthält keinen Zucker; b) 60 Ccm. enthält keinen Zucker; c) 78 Ccm. von der Dichte 1·922; I. neg., II. neg., III. pos. IV. pos., V. geringe LD.; d) 65 Ccm. von der Dichte 1·015 enthält keinen Zucker.

Bei den nächsten 2 Versuchen fand ich in keiner Portion und durch keine Probe Zucker; ich führe die Zahlen ganz kurz an:

25. V. B. M., 20 J., 3. Schwangerschaft, 9. Monat. a) 105 Ccm.; b) 43 Ccm.; c) 63 Ccm.; d) 62 Ccm.

26. V. B. A., 26 J., 2. Schwangerschaft, 10. Monat. a) 130 Ccm.; b) 130 Ccm.; c) 140 Ccm.; d) 350 Ccm.

27. V. K. A., 23 J., 2. Schwangerschaft, 10. Monat. a) 120 Ccm. von der Dichte 1·025 enthält keinen Zucker, b) 96 Ccm. von der Dichte 1·027 enthält keinen Zucker; c) 74 Ccm. von der Dichte 1·027; I. neg., II. neg., III. pos., IV. pos., V. optisch inactiv; d) 90 Ccm. von der Dichte 1·022 ist zuckerfrei.

28. V. D. A., 22 J., 1. Schwangerschaft, 10. Monat. a) 45 Ccm. enthält keinen Zucker; b) 215 Ccm. von der Dichte 1·010; I. neg., II. neg., III. pos., IV. pos., V. optisch inactiv; c) und d) mit je 200 Ccm. und der Dichte 1·015 enthalten keinen Zucker.

29. V. J. A., 22 J., 1. Schwangerschaft, 10. Monat. a) 100 Ccm. von der Dichte 1·010 ist zuckerfrei; b) 130 Ccm. von der Dichte 1·016; I. neg., II. neg., III. pos., IV. neg. V. geringe LD.; c) und d) mit je 200 Ccm. und der Dichte 1·015 und 1·012 sind zuckerfrei.

30. V. H. A., 16 J., 1. Schwangerschaft, 10. Monat. a) 94 Ccm. von der Dichte 1·020 enthält keinen Zucker; b) 85 Ccm. von der

Dichte 1·020; I. pos., II. pos., III. pos., IV. pos., V. RD. 0·066° entspricht 0·123 = 0·10455 Grm. Zucker; in c) 75 Ccm. von der Dichte 1·015 sind nur durch III. Spuren, in d) 190 Ccm. mit der Dichte 1·012 gar kein Zucker nachweisbar.

In den untersuchten 30 Fällen fand ich in 19 Fällen, also nahezu zwei Drittel, Zucker im Harne, und zwar Traubenzucker, nicht Milchzucker, in welch letzterem Falle die Gährungsprobe hätte ausfallen müssen. Zudem hatte Prof. R. v. Jaksch wiederholt durch andere differentialdiagnostische Methoden, über welche in seiner demnächst erscheinenden 4. Auflage der Klinischen Diagnostik Genaueres angegeben ist, nachgewiesen, daß es sich wirklich um Trauben-, nicht Milchzucker handelt, so daß diesbezüglich kein Zweifel bestehen kann. Die innerhalb 6 Stunden ausgeschiedene Menge schwankt beträchtlich; in 8 Fällen konnte ich nur durch III. und IV. Spuren nachweisen, in 11 Fällen konnte ich den Procentgehalt polarimetrisch bestimmen und fand ich als höchste Zahl 29·588 Grm. beim 4. V. Nur bei K. M. 1. V. fand ich noch 7·71 Grm., sonst immer weniger als 3 Grm.

Aus diesen Versuchen geht nun hervor, daß die Assimilationsgrenze für Traubenzucker während der Gravidität bedeutend herabgesetzt ist.

Nach der Entbindung scheint dies wieder zu schwinden; wenigstens konnte ich bei K. M. 4. V. 17 Tage nach der normalen Entbindung von 100 Grm. eingeführter Glykose auch nicht eine Spur im Harne wieder finden. Sonst hatte ich nicht wieder Gelegenheit, dies zu verfolgen. Zu welcher Zeit der Gravidität die Herabsetzung der Assimilationsfähigkeit für Traubenzucker beginnt, konnte ich, da ich nicht Gelegenheit hatte, bei Frauen, die in den ersten Monaten der Schwangerschaft standen, Versuche anzustellen, nicht feststellen; im 4. Monate besteht sie, wie der 2. V. zeigt.

Aufgefallen ist mir, daß von 14 Frauen, die im 9. Lunarmond der Gravidität standen, nur 5, und von 7 Frauen im 10. Schwangerschaftsmonate nur 2, die 100 Grm. gereichten Traubenzucker vollständig assimilirten, während von 8 Frauen, die im 7. und 8. Schwangerschaftsmonate standen, 4 die gleich große Menge assimilirten. Es legt mir diese Beobachtung den Gedanken nahe, daß die Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Traubenzucker im mütterlichen Organismus bis zur Reife der Frucht zunimmt. Bunge [7]) hat klargelegt, daß der Organismus der schwangeren Frau aus der Nahrung Eisen aufspeichert und dann nicht mehr im Stande ist, gereichtes Eisen aufzunehmen; ähnlich dürfte es sich auch bei der Darreichung von Glykose verhalten.

Bezüglich der Verwerthung der alimentären Glykosurie zur Diagnostik der Gravidität glaube ich, wie R. v. Jaksch [8]) beim Congresse für interne Medicin, 1895, mitgetheilt hat, annehmen zu dürfen, daß dieser für die Frau ganz harmlose Versuch in zweifelhaften Fällen, wenn sich andere Momente, welche den positiven Ausfall bedingen könnten, ausschließen lassen, die Diagnose Gravidität unterstützt; doch wird dies wohl selten nöthig sein.

Meinem Lehrer, Prof. Dr. R. v. Jaksch, danke ich auf's Wärmste für den Auftrag zu dieser Untersuchung und Publication.

[7]) Bunge Verhandl. des Congresses f. innere Med., 13, pag. 140, 1895.
[8]) R. v. Jaksch, ebenda, pag. 536.

Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Complicationen.

II. Zur Therapie der periurethralen Abscesse und der Prostatitis blennorrhoica.

Von Doc. Dr. S. Ehrmann in Wien.

(Schluß.)

Das im ersten Abschnitte über die periurethralen Abscesse der Pars cavernosa urethrae Gesagte gilt mutatis mutandis von der Pars prostatica. Nur, daß wir es hier statt mit einer Gruppe zerstreut mündender Drüsen mit einem compacten, in eine einzige gemeinsame Höhle, den Sinus prostaticus, mündenden Drüsenkörper zu thun haben.

Wir müssen bei der Erkrankung der Prostata zweierlei Formen unterscheiden: Erstens jene Form, bei welcher nur eine Erkrankung des Drüsenepithels vorhanden ist, höchstwahrscheinlich in Folge der Verbreitung des gonorrhoischen Processes auf die Tubuli der Drüsen, welche mit der Erkrankung der Littré'schen Drüsen, der Pars cavernosa analog sind und zweitens eine Erkrankung des faserigen Zwischengewebes zwischen Drüsentubuli, welche entweder direct von dem submucösen Bindegewebe des prostatischen Theiles der gonorrhoisch erkrankten Urethra sich auf das Bindegewebe der Prostata fortsetzt, oder, wo die Erkrankung zunächst das Drüsenepithel betrifft und sich dann erst auf das Schutzgewebe verbreitet. Zwischen beiden Formen mögen wohl Combinationen und Uebergänge stattfinden. Klinisch lassen sich die beiden Formen wohl nur durch das Ueberwiegen der Symptome der einen oder der anderen von einander trennen.

Bei der ersten Form, der reinen Prostataadenitis wird wohl selten eine Infection aller in den Sinus prostaticus mündenden (etwa 20 an der Zahl betragenden) Ausführungsgänge der Prostatadrüsen stattfinden und von den inficirten Ausführungsgängen kann eventuell nur ein Theil der vielen Abzweigungen weiter inficirt werden. Es erkranken viel häufiger einzelne Gruppen derselben. Die Prostata ist dann nur an jenen Stellen, die diesen Drüsentheilen entsprechen, schmerzhaft, geschwellt, succulenter. Ja es kann vorkommen, daß man bei der Untersuchung per Rectum einzelne direct unter der die Prostata nach außen bekleidenden bindegewebigen Hülle befindliche geschwellte Endkolben oder Gruppen derselben durch die Mastdarmschleimhaut als einzelne hirse- bis hanfkorngroße schmerzhafte Knötchen durchfühlen kann. In anderen Fällen ist der eine oder andere Lappen etwas vorgewölbt und bei Berührung schmerzhaft.

Bei der zweiten Form ist die ganze Prostata mehr oder weniger vergrößert, schmerzhaft. Die anderen Symptome sind nur manchmal charakteristisch; so pflegt die zweite Portion des Harns bei der Prostataadenitis stärker getrübt zu sein, als die erste. Der Unterschied ist jedoch nur dann wahrzunehmen, wenn die Secretion in der Urethra nicht so profus ist, daß nicht auch der erste Harn so stark getrübt ist, daß die Differenz bei den Harnportionen dadurch verwischt wird. In diesem Falle empfiehlt es sich, in drei Portionen harnen zu lassen, dann wird die erste und letzte trüb, die zweite weniger trüb sein.

Der Tenesmus zu Ende des Harnlassens ist wohl bei beiden Formen vorhanden, scheint aber intensiver zu sein bei der interstitiellen Prostatitis. Zu diesen Formen gesellt sich eine dritte Form, die suppurative, bei welcher es zu einer echten Absceßbildung kommt. Daß die Eiterung hiebei nicht auf die vom Epithel bekleideten Höhlen beschränkt bleibt, sondern sich auch auf das Bindegewebe erstreckt und zu einer Vereiterung des Bindegewebes führt, das lehren jene Formen, bei welchen Eiter sich in Zellgeweben zwischen Mastdarm und Prostataschleimhaut ansammelt (Periprostatitis), wenn auch für viele Fälle zugegeben werden mag, daß das Epithel der Drüsentubuli das ursprünglich erkrankte war.

Die therapeutischen Maßnahmen, welche bei den zwei ersten Formen der Prostatitis, nämlich bei der parenchymatösen und der Prostataadenitis, zu ergreifen sind, wären folgende: Erstens vollkommene Ruhe des Patienten, da bei der Bewegung mit der Musculatur des Hüftgelenkes auch eine Contraction der übrigen Beckenmuskeln stattfindet, wodurch die Prostata immerwährenden mechanischen Reizungen ausgesetzt ist.

Gegen die Entzündung der Prostata selbst kann von der Urethra aus nichts unternommen werden, was irgend welche Aussicht auf Erfolg hätte. Viel zugänglicher ist der Körper der Prostata vom Mastdarme aus, wo er direct unter der Mastdarmschleimhaut getroffen werden kann. Von hier aus können einwirken: Kälte in Form eines à double courant eingerichteten Kühlapparates von entsprechender Länge, der durch 12—24 Stunden angelegt werden kann. Im Allgemeinen wird man aber zu diesem Mittel nicht sofort greifen können, weil es dauernd die Bettruhe des Pat. erfordert und die Aufmerksamkeit der Umgebung zu sehr auf den Kranken lenkt; dies umsomehr, als man bei sehr vielen Fällen mit den im Folgenden ausgeführten Mitteln auskommen kann. Ich lasse im Allgemeinen den Mastdarmkühler nur anwenden, wenn ein in regelmäßigen Zwischenräumen (10—15 Minuten) sich wiederholender, sehr schmerzhafter, nicht direct mit Harndrang zusammenhängender Schmerz sich einstellt, welcher den Verdacht rechtfertigt, daß eventuell Suppuration des interstitiellen Bindegewebes im Anzuge ist.

Das in den meisten Fällen leicht anzuwendende und meist auch prompt wirkende Verfahren beruht im Einlegen von medicamentösen Suppositorien, und zwar mit Ammonium sulpho-ichthyolicum, mit Jod und mit Extractum Secalis cornuti.

In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle hat sich mir das Ammonium sulpho-ichthyolicum sehr gut bewährt. Während von anderer Seite die Meinung ausgesprochen wird, daß das Ichthyol antibacteriell nur auf die oberflächlich liegenden Gonococcen der Harnröhre wirkt, die aber in der Tiefe befindlichen nicht weiter tangirt, glaube ich für die Mastdarmschleimhaut mit Bestimmtheit annehmen zu müssen, daß das Ichthyol durch dieselbe resorbirt werde und direct auf das unter ihr liegende Drüsenröhrensystem der Prostata einwirkt. Das Ichthyol gleicht in dieser Beziehung dem Jod, vor dem es den Vortheil hat, daß es keine Giftwirkungen entfaltet. Ich sah nach Jodsuppositorien, die sonst ganz vorzüglich wirken, schon wiederholt bei vorhandener Struma Schwund derselben und Jod-Basedow und in einzelnen Fällen Erscheinungen von Angina pectoris, wenn die letzteren auch im Vergleiche zu der großen Anzahl der behandelten Fälle relativ selten sind. Aehnliche Resultate werden von anderer Seite berichtet, so von Scharff, Freudenberg und Anderen.

Die zur Suppuration tendirende Prostatitis macht sich zuerst durch gleichmäßige Vergrößerung des Organs fühlbar, welches in seiner ganzen Ausdehnung auch gleichmäßig schmerzhaft ist, wobei es allerdings vorkommen kann, daß die Schmerzhaftigkeit an einer bestimmten Stelle am intensivsten ist. Ferner sind spontane, von Zeit zu Zeit periodisch sich verstärkende Schmerzen in der Gegend des Mastdarms und Perineums vorhanden. Nicht selten ist die Schleimhaut des Mastdarms selbst geschwollen und erhebt sich zu zwei gerundeten succulenten Wülsten, welche divergirend nach oben ziehen, das ist in der Richtung der beiden Endstücke der Vasa deferentia, welche in diesen Falten liegen.

Es ist in solchen Fällen zweifellos ein collaterales, entzündliches Oedem vorhanden, welches vom Zwischengewebe der eigentlichen Drüse continuirlich auf das den Samenstrang begleitende Bindegewebe übergreift. In solchen Fällen ist die Anwendung der Kälte in Form eines Mastdarmkühlers indicirt.

Derselbe soll möglichst lang sein, damit er in allen Fällen die Prostata erreiche. Es ist nur selten nothwendig, Eiswasser durchrinnen zu lassen; es genügt vollkommen, wenn ein Stückchen in hydrophile Gaze oder Leinwand eingebundenes Eisstückchen in's Wasser gelegt wird. Selbstverständlich ist es von Vortheil, wenn die beiden Gefäße, das ist dasjenige, aus welchem das Wasser fließt und in welchem es sich ansammelt, möglichst groß sind, damit das Nachfüllen so selten als möglich erforderlich sei. Die Application kann 24 Stunden ununterbrochen dauern, eventuell mit 1—2stündiger Unterbrechung. Bei geeigneter Lagerung des Patienten kann Nachtruhe dabei ungestört bleiben. Ist Suppuration eingetreten, dann hört der Schmerz von selber allmälig auf, dagegen kann sich Behinderung oder Unmöglichkeit des Harnlassens einstellen, welche es nothwendig machen können, die Entleerung des Harns durch den Katheter vorzunehmen. In den meisten Fällen genügt ein gut geölter Nélaton-Katheter; seltener wird man zu halb elastischen Kathetern (Mercier) greifen müssen und noch seltener werden Metallkatheter erforderlich sein, in welchem Falle die besondere Aufmerksamkeit des Arztes nöthig ist, damit er bei dünner Abceßdecke sich mit dem Katheterende nicht in der Absceßhöhle verfange. Gewöhnlich entleert sich der Absceß spontan in die Harnröhre; es erscheinen einige Partikelchen dicken Eiters in derselben und damit ist das Hinderniß für die Entleerung des Harns behoben.

Sowohl die Abtastung der Prostata, als auch die geringe Menge des entleerten Eiters lassen es erkennen, daß die eiterig geschmolzene Partie der Prostata meistens eine geringe sei, und daß die Schwellung, sowie das Harnhinderniß in der Infiltration und dem collateralen Oedem ihren Grund hat. In anderen Fällen jedoch vereitert ein großer Theil der Prostata, so daß die ganze Prostata einem von der Membrana propria eingeschlossenen Abscesse gleicht. Die Eiterung greift auch auf das periprostatische Bindegewebe über, so daß man die Fluctuation vom Rectum aus fühlen kann.

Die einfache Incision vom Rectum aus, wie sie von verschiedenen Seiten empfohlen und geübt wurde, ist durchaus zu verwerfen. Von den drei Fällen, von denen mir bekannt wurde, daß sie auf diese Weise operirt wurden, haben zwei durch Sepsis letal geendet.

In diesen Fällen ist die Incision vom Perineum mit der Mastdarmlösung nach Dittel die einzig rationelle und direct lebensrettende Operation, besonders wenn sie rechtzeitig ausgeführt wird, ehe noch die Verdünnung der Mastdarmschleimhaut einen hohen Grad erreicht hat. Zum Glück sind die Prostatitiden dieser Art verhältnißmäßig selten, doch sollte man von dem Augenblicke, wo Fluctuation von Seite des Rectums nachgewiesen ist, auf der Hut sein und, wenn diese sich vergrößert, ohne in einigen Tagen ihre Entleerung nach der Harnröhre gefunden zu haben und das Fieber fortdauert, soll zur Mastdarmablösung geschritten werden.

Ueber eine weitere Reihe von Leberabscessen.

Von **Dr. Siegfried Schweiger,**

Stadtarzt und Leiter des städtischen Spitales in Travnik.

(Schluß.)

Beobachtung XIII. Mathias St., Bahnbediensteter, 35 Jahre alt, aus Kroatien stammend, lebt bereits seit 13 Jahren im Lande. Er will von Seite des Darmes niemals Beschwerden gehabt haben. Anfangs Mai 1895 erkrankte er unter Fieber, allgemeiner Abgeschlagenheit und hartnäckiger Obstipation. Er litt an Schmerzen entlang dem rechten Rippenbogen, der rechten Schulter und Stechen in der Brust. Bei der Untersuchung am 29. Juni bestand Fieber von 39·5. Pat. machte den Eindruck eines Typhösen. Druck auf den rechten Rippenbogen ist sehr schmerzhaft. Die Percussion ergibt vorne eine normale, obere Dämpfungsgrenze der Leber, in der Seite jedoch zeigt die Dämpfungslinie eine nach oben concave Krümmung, die rückwärts wieder allmälig zur normalen Grenze abfällt. Die Probepunction vorne im 8. Intercostalraum nach außen von der

Mammillarlinie fördert charakteristischen Leberabsceßeiter zu Tage, der jedoch reichlich mit Blut gemengt ist, während eine zweite Punction weiter lateralwärts reinen Eiter zeigt. Die Beschwerden des Pat. verringerten sich, als nach einer größeren Dosis Calomel (0·6) reichlich Stuhl auftrat. Es schwanden die Schmerzen, Pat. konnte bald ohne Beschwerden herumgehen und so war es auch begreiflich, daß er den Vorschlag zu einem operativen Eingriffe entschieden ablehnte. Am Tage, an welchem Pat. das Spital verließ (19. Juni), wurde eine 3. Probepunction gemacht, die dasselbe Resultat ergab, wie die ersten zwei. Pat. geht seit der Zeit seiner ziemlich schweren Beschäftigung nach und gibt sein Befinden, so oft ich ihn danach befrage, als ziemlich befriedigend an, ohne sich jedoch vollkommen wohl zu fühlen. Er magert langsam, jedoch stetig ab, so daß ich zur Ueberzeugung gekommen bin, daß dieser Proceß noch nicht als abgeschlossen anzusehen sei.

Der eigenthümliche nach oben, insbesondere zwischen den Axillarlinien convexe Verlauf der oberen Dämpfungslinie, wie er sich in vorliegendem Falle zeigte, wird von Frerichs als ein wichtiges diagnostisches Merkmal für den Leberabsceß angegeben. Pel fand dasselbe in den von ihm beschriebenen 25 Fällen fast ausnahmslos. Sehr ausgeprägt habe ich dieses Symptom in nachfolgendem Falle gesehen, der außerdem noch dadurch ausgezeichnet war, daß er nach der Operation zur Heilung führte.

Beobachtung XIV. Anton F., 33 Jahre alt, Landmann, in einem 3 Stunden von der Stadt entfernten Dorfe wohnhaft, litt vor mehr als einem Jahre an heftigen, blutigen Diarrhoen und Tenesmus. Diese Beschwerden, mit welchen er damals in ärztlicher Behandlung stand, dauerten mehr als einen Monat hindurch. Seine derzeitigen Beschwerden, bestehend in Stechen auf der Brust, Schmerz in der Schulter, allgemeiner Schwäche, bedeutender Abmagerung, datiren seit 5 Monaten. Pat. machte bei seiner Aufnahme den Eindruck eines Schwerkranken. Rechte Seitenlage nur sehr schwer möglich, bei tiefer Athmung bestehen stechende Schmerzen auf der Brust. Die Percussion ergibt eine vorne am unteren Rande der 5. Rippe beginnende, in der Seite am Rande der 6. Rippe sich abgrenzende und nach rückwärts bis zum 9. Wirbel allmälig abfallende, obere Begrenzungslinie der Leber. Der Lungenrand bei der Athmung verschieblich. Unterhalb des rechten Rippenbogens läßt sich der Leberrand deutlich abtasten. Die Functionen des Darmes sind normal. Die im 6. Intercostalraume nach außen von der Mammillarlinie vorgenommene Probepunction bestätigte die vermuthete Diagnose auf Leberabsceß.

Am 29. November 1894 wurde die Operation nach der bereits früher geschilderten Methode vorgenommen. Die 7. Rippe wurde in der vorderen Axillarlinie partiell resecirt und ein dicker Troicar in den Absceß eingestochen. Durch diesen entleerten sich 400 Ccm. eines Eiters von der bekannten Beschaffenheit. Der Troicar wurde am 5. Tage entfernt, die Oeffnung in der Leber mittelst Paquelin erweitert und zwei Drains eingeschoben. Die Eiterung war in den nächsten Tagen eine reichliche, zeitweilig rein gallig. Das Allgemeinbefinden des Pat. besserte sich nur langsam. Die Eiterung sistirte am 13. December vollkommen.

Ich habe den Pat. nach der Entlassung aus dem Spitale wiederholt gesehen. Er hat sich erholt und geht jetzt seiner Beschäftigung als Landmann ungestört nach. Bei der letzten, vor etwa 14 Tagen vorgenommenen Untersuchung habe ich die oben beschriebene Dämpfungsgrenze nicht mehr gefunden, das Volumen der Leber erweist sich als bedeutend verkleinert.

Unter meinen diesmaligen 8 Beobachtungen ist dieser Fall der einzige, in dem es mir gelang, nach dem operativen Eingriffe Heilung zu erzielen. Wenn ich hiezu noch den einen durch Operation geheilten Fall aus der früheren Serie rechne, so ergeben die operirten Fälle — im Ganzen 9 — nur zwei Heilungen, ein jedenfalls als recht ungünstig zu bezeichnendes Resultat. Hiebei muß jedoch Folgendes in Betracht gezogen werden: Unter den Operirten befanden sich nur 5, bei denen zur Zeit der Operation der Absceß noch nicht in die Nachbarschaft durchgebrochen war; darunter sind 3, bei denen der Absceß in der Einzahl vorhanden war und hievon sind 2 genesen, 1 gestorben. In den zwei restlichen Fällen, in denen mehrere Abscesse bestanden, zeigte zwar der durch die Operation eröffnete Absceß eine deutliche Schrumpfung und Neigung zur Heilung, jedoch war der Tod durch die uneröffneten Abscesse verursacht.

Die 4 Fälle, in denen erst nach dem Durchbruch (in die Pleura operirt wurde, sind sämmtlich letal verlaufen, obwohl stets für eine sehr ausgiebige Drainage der Pleurahöhle gesorgt wurde. Aus diesen Resultaten läßt sich der Schluß ziehen, daß Leberabscesse sobald als möglich dem operativen Eingriffe zu unterziehen sind, da die Prognose der Operation durch den erfolgten Durchbruch bedeutend verschlechtert wird.

Der nachfolgende Fall ist ein Beispiel hiefür.

Beobachtung XV. Hafiz R., 33 Jahre alt, Mohamedaner aus Travnik, erkrankte zu Anfang des Jahres 1893 an der damals epidemisch herrschenden Ruhr. Die Krankheit dauerte durch 3 Wochen, worauf sich der Mann vollkommen erholte und angeblich nur zeitweilig an vorübergehenden Diarrhöen litt. Im October 1894 begann er über Stechen auf der rechten Brustseite zu klagen, die Leberdämpfung war ziemlich hoch nach oben verschoben, auch bestand Schulterschmerz rechts. Die Temperatur war erhöht. Diese Erscheinungen waren ziemlich rasch aufgetreten. Er magerte allmälig ab.

Diese Symptome wiesen zunächst auf ein rechtseitiges pleuritisches Exsudat hin, doch ließ sich aus der im 6. Intercostalraume vorne gemachten Probepunction, welche charakteristischen Absceßeiter zeigte, die Diagnose auf Leberabsceß stellen. Ein operativer Eingriff wurde verweigert.

Die Beschwerden des Pat. nahmen in der Folge etwas ab, die Athmung wurde freier, es bestand nur ein dumpfer Schmerz in der Lebergegend. Die Abmagerung dagegen schritt immer weiter fort. Am 10. Januar 1895 trat plötzlich hochgradige Athemnoth mit bedeutender Schmerzhaftigkeit der ganzen rechten Brustseite ein. Die Untersuchung ergab den ganzen rechten Pleuraraum mit Flüssigkeit gefüllt, die sich bei der Probepunction als Eiter erwies. Derselbe war im auffallenden Lichte schmutziggrün gefärbt und hinterließ auf einer weißen Unterlage galliggelbe Flecke. Mit Rücksicht auf die vollkommen verschiedene Beschaffenheit des Eiters von gewöhnlichem Empyemeiter, sowie die früher gestellte Diagnose müßte der Durchbruch eines Abscesses in die rechte Pleurahöhle angenommen werden.

Bei der am 15. Januar 1895 vorgenommenen Operation (partielle Resection der V. Rippe in der vorderen Axillarlinie und Einlegen von 2 Drains) wurden etwa $1^1/_2$ Liter jener schmutzigeiterigen Flüssigkeit entleert. Vergebens versuchte ich mehrmals, durch die Operationswunde die Perforationsöffnung im Zwerchfell mit dem Finger zu tasten, um durch dieselbe den Leberabsceß direct zu drainiren.

In den ersten zwei Tagen war die Secretion eine sehr reichliche, am 3. Tage entleerte sich reine Galle, darauf hörte die Secretion vollständig auf; die Beschwerden nahmen bedeutend zu, die Athemnoth wurde unerträglich. Die physikalische Untersuchung ergab rings um die Operationswunde mäßig gedämpften Schall, dagegen war die obere Hälfte des Pleuraraumes, sowie dessen rückwärtiger Antheil mit Flüssigkeit gefüllt. Ich vermuthete, daß durch eine bindegewebige Scheidewand der Thorax in 2 Theile getheilt sei, aus dem unteren hatte sich die Flüssigkeit nach der Operation entleert, im oberen und rückwärtigen war sie geblieben. Ich machte demnach noch eine zweite Rippenresection an der 6. Rippe in der Scapularlinie, durch welche abermals nahezu 1 Liter derselben Flüssigkeit entleert wurde. Pat. erholte sich jedoch nicht mehr, sondern starb 24 Stunden später. Eine Obduction mußte aus rituellen Gründen unterlassen werden.

Viel Aehnlichkeit mit dem beschriebenen zeigte auch der nächste Fall.

Beobachtung XVI. Mujo M., 35 Jahre alt, Mohamedaner, in einem 3 Stunden von der Stadt entfernten Dorfe wohnhaft, litt vor einem Jahre an schwerer Dysenterie, die mehrfach recidivirte. Vor etwa 8 Monaten traten die ersten Symptome auf, die auf einen Leberabsceß hindeuteten. Pat. war damals durch 2 Monate arbeitsunfähig und mußte zu Bette liegen. Da traten plötzlich heftige Athem-

beschwerden und Schmerzen in der rechten Brusthälfte auf, dagegen ließen die früher tiefer sitzenden Schmerzen nach. Pat. ist sehr herabgekommen, behauptet jedoch, sich jetzt wohler zu fühlen, als vor 6 Monaten. Die Untersuchung ergibt sämmtliche Symptome eines den ganzen Thoraxraum ausfüllenden Ergusses. Die Probepunction zeigt als Inhalt dieselbe galligeiterige Flüssigkeit wie im vorhergehenden Falle. Pat. leidet auch derzeit an blutigen Diarrhoen mit Tenesmus. Ein operativer Eingriff wurde nicht zugegeben.

Durchbruch in die rechte Pleurahöhle habe ich unter meinen 18 Beobachtungen 5mal gefunden, einen solchen in die Lunge nur zweimal. Dieses Zahlenverhältniß steht im Gegensatze zu dem von anderen Autoren, wie RENDU, THIERFELDER, WARING etc. beobachteten, nach welchen der Durchbruch in die Lunge doppelt so häufig erfolgen soll, wie der in die Pleurahöhle. Eine Berstung des Abscesses in den Peritonealsack mit tödtlichem Ausgang fand im folgenden Falle statt.

Beobachtung XVII. Joan T., 39 Jahr alt, aus Travnik, wurde von mir wegen chronischer Dysenterie im Laufe des Jahres 1893, sowie noch zu Anfang 1894 mehrfach behandelt. Derselbe ging stets seiner Beschäftigung als Taglöhner nach und klagte niemals über Beschwerden, die auf einen Leberabsceß hingewiesen hätten. Auch als ich ihn das letztemal am 15. September 1894 in der Spitalsambulanz sah, litt er nur an einer profusen Diarrhoe und an Husten, so daß ich an eine weitere Untersuchung gar nicht dachte. Am 29. September wurde er mit Symptomen einer allgemeinen eiterigen Peritonitis, die angeblich seit 24 Stunden andauern sollten, in's Spital gebracht und starb 4 Stunden später. Die Obduction zeigte eine etwa kindskopfgroße Absceßhöhle in der rechten Leberhälfte. Dieselbe war von einer ziemlich derben, bindegewebigen Membran ausgekleidet und zeigte entsprechend der Kuppe des Zwerchfells einen von nekrotischem Gewebe umgebenen Hohlgang, durch welchen sich der Eiter in die Bauchhöhle ergossen hatte. Eine bindegewebige Verwachsung der Leber mit dem Zwerchfelle bestand nicht. Die Milz war auf das Vierfache ihres Volumens vergrößert und amyloid entartet. Peritonitis purulenta. Im Blinddarm und aufsteigenden Colon neben mehreren frischen Narben zahlreiche folliculäre Geschwüre, ferner ausgedehnte Ulcerationen mit unterminirten Rändern, jedoch vollkommen reiner Basis.

Ganz eigenthümliche anatomische Verhältnisse bot endlich der letzte Fall.

Beobachtung XVIII. Hasan B., 70 Jahre alt, Mohamedaner, in der weiteren Umgebung von Travnik wohnhaft, wird mit den Symptomen eines Anus praeternaturalis aufgenommen. Zuverlässige anamnestische Angaben sind von dem Pat. nicht zu erhalten. Die Angehörigen geben an, daß er vielfach an blutigen Diarrhoen gelitten habe, und daß auch seine diesmalige Erkrankung vor etwa 4 Monaten mit solchen Diarrhoen begonnen habe. Es bestanden sehr heftige Schmerzen in der rechten Bauchhälfte, die sich bis zum Beckenknochen erstreckten. Vor etwa 6 Wochen wölbte sich eine Stelle in der Nähe des Nabels vor und nach einiger Zeit brach hier ein Absceß durch. Die Wunde, in der Größe eines Vierkreuzerstückes, entleerte neben Galle und Eiter Dünndarminhalt. Diese Erscheinungen bot auch der Pat. bei seiner Aufnahme.

Da sich die Leberdämpfung ohne Unterbrechung bis zur Wunde in der Bauchdecke verfolgen ließ, da außerdem die obere Dämpfungslinie einen für Leberabsceß charakteristischen Verlauf zeigte, vermuthete ich, daß es sich in vorliegendem Falle um die Perforation eines Leberabscesses in's Peritoneum mit umschriebener Peritonitis handle. Secundär, meinte ich, sei der Darm in Mitleidenschaft gezogen worden und durch Arrosion sei es zu einem künstlichen After gekommen.

Die mehrfach vorgenommene Probepunction fiel jedoch stets negativ aus und auch der Eiter zeigte nicht die für Leberabscesse charakteristische Beschaffenheit, was ich aber durch die Beimengung von Darminhalt für erklärlich fand. Pat. starb 18 Tage nach seiner Aufnahme an Erschöpfung.

Die Obduction ergab Folgendes: Durch die Oeffnung in der Bauchwand gelangt man in das Lumen eines Ileumantheiles. Mit diesem Lumen communiciren 5 andere Ileumschlingen durch verschieden große Perforationsöffnungen, so daß an dieser Stelle ein großes Convolut von fest miteinander verwachsenen Darmschlingen sich befindet. Durch eine kleine Oeffnung gelangt man gegen das Os ilei, dessen gesammte Musculatur durch einen Absceß ersetzt ist. Das Peritoneum jedoch ist darüber vollkommen erhalten. Das ganze oben beschriebene Convolut von Schlingen ist vorne in großer Ausdehnung mit der Leber fest verwachsen, doch ist letztere an dieser Stelle ohne sonstige Veränderung. Beim Versuche, die Leber herauszuheben, findet sich dieselbe überall mit dem Zwerchfell durch mäßig feste Bindegewebszüge verwachsen. Die herausgenommene Leber bot ein eigenthümliches Bild. Von dem rechten Lappen ist kaum die Hälfte erhalten. Der obere und seitliche Antheil ist ersetzt durch einen kugeligen, straffen Sack, der sich vom Lebergewebe sehr scharf absetzt. Beim Einschneiden erweist sich dieser Sack als eine über kindskopfgroße Absceßhöhle, die mit einem rahmig eingedickten Eiter gefüllt ist. Die Innenfläche des Sackes ist an vielen Stellen mit Kalkconcrementen bedeckt. Eine Communication des Abscesses mit dem Ileum besteht nicht.

Diesen complicirten anatomischen Befund zu deuten bin ich nicht recht in der Lage. Mit Rücksicht auf die scharfe Begrenzung des Abscesses, sowie seine sackartige Hülle könnte man in erster Linie an einen vereiterten Echinococcus denken, doch ergab die mikroskopische Untersuchung des Eiters hiefür keinen Anhaltspunkt. Ich glaube eher, daß das Primäre in vorliegendem Falle eine schwere ulceröse Erkrankung des Dünndarms war, die zu circumscripter Peritonitis und zu einem Anus praeternaturalis einerseits und andererseits embolisch zur Bildung eines Leberabscesses führte.

Literatur: LANGENBUCH, Chirurgie der Leber und Gallenblase. „Deutsche Chirurgie", Lieferung 45 c, 1. Hälfte. — WESENER, Unsere gegenwärtigen Kenntnisse über Dysenterie in anatomischer und ätiologischer Hinsicht. „Centralbl. f. allgem. Path. und path. Anat.", III. Bd., Nr. 12 u. 13. — KRUSE und PASQUALE, Untersuchungen über Dysenterie und Leberabsceß. „Zeitschr. für Hygiene und Infectionskrankh.", XVI. Bd., 1. Heft, 1894 — PEL, Ueber die Diagnose der Leberabscesse. „Berl. klin. Wochenschr." XXVII, Nr. 34. — MACLEOD-NEIL, To dysentery the in variable precursor of tropical liver absceß. „The British med. Journ.", March 31, 1894 und Septemb. 29, 1894. — COUNCILMAN und LAFLEUR, Amoebia dysentery, SCHMIDT's Jahrbücher 243, Heft 1, 1894. — MAUSON und GALLOWAY, Remarks on amoebia abscess of the liver. „British med. Journ.", March 31, 1894. — CALMETTE, „Archive de médecine navale et coloniale", 1893. — CHVOSTEK, Suppurative Leberentzündung. „Wiener Klinik", VIII. Jahrg., 5. u. 6. Heft. — KÖRTE, Chirurgie der Leber in EULENBURG's Encyclopäd. Jahrbüchern, II.

Aus der I. medicinischen Klinik zu Warschau.

Das Wesen und die Behandlung der Chlorose.

Von **Dr. Stanislaus Klein**, I. Assistenzarzt der Klinik.

III.*)

Die Störungen seitens des Magendarmtractus äußern sich bei der Chlorose hauptsächlich als Anomalien des Magenchemismus und als Obstipatio alvi, seltener kommt es zu anatomischen Läsionen. Die übrigen Erscheinungen, gewöhnlich subjectiver Natur, sind theils von diesen Cardinalsymptomen abhängig, theils nervöser Natur und von gleichzeitig bestehender Hysterie oder Neurasthenie verursacht.

Was die Secretionsanomalien des Magens anbetrifft, so läßt sich vorderhand nur so viel sagen, daß die Menge der Salzsäure bei Chlorose sehr verschieden ausfallen kann; am häufigsten ist sie wohl gesteigert. Die neuesten diesbezüglichen Untersuchungen OSSWALD's aus der RIEGEL'schen Klinik ergaben in 95% der Fälle Hyperacidität. Letztere soll auch in den schweren, hartnäckigen und recidivirenden Chlorosen nicht fehlen. Auch CANTU will die Hyperacidität beinahe in allen Fällen gesehen haben. Leider ist der Werth der ziemlich sorgfältigen Untersuchungen OSSWALD's von SCHÜLE in Frage gestellt worden, indem er die von ihm erhaltenen Ziffern als normale betrachtet. Unter den älteren Klinikern finden wir die Hyperacidität — seltener

*) Siehe Nr. 47.

als bei OSSWALD — bei SCHÄTZEL, GRUENE, RIEGEL, LEVA und v. NOORDEN erwähnt. Die motorische Thätigkeit soll sich nach OSSWALD normal, nach anderen Autoren abnorm verhalten.

Wiederholt wurde bei der Chlorose gleichzeitig mit der Hyperacidität oder ohne dieselbe eine Dilatation und Dislocation des Magens notirt. MEINERT sah in seinen Fällen regelmäßig eine verticale Verlagerung des Magens neben einer Gastroenteroptose, seltener eine Wanderniere. Diese, nach MEINERT vom Corsetttragen abhängigen Lageveränderungen steigern die Empfindlichkeit des durch die allgemeine Enteroptose gezerrten Sympathicusgeflechtes. Diese oder jene Gelegenheitsursache genügt in solchem Falle, um das gereizte Nervensystem zum Ausgangspunkt der Chlorose zu machen.

Ganz anders lautet die Erklärung PICK's, der ebenfalls eine Dilatation des Magens feststellen konnte. Seiner Meinung nach bewirkt der Zerfall der Speisen im erweiterten Magen eine Autointoxication, deren Ausdruck die Chlorose mit dem ganzen Heer ihrer Symptome darstellt.

NEUSSER betrachtet die Magenerweiterung als Ursache der bei der Chlorose relativ selten nachzuweisenden Hyperacidität. ROSENHEIM, der ebenfalls selten die chemischen Magenfunctionen alterirt gefunden haben will, meint, die Hyperacidität im Zusammenhang mit einem functionellen Leiden der secretorischen Magennerven bringen zu dürfen.

Resumirt man das eben Gesagte, so ergibt sich, daß die Hyperacidität zu den häufigen, jedoch nicht zu den constanten Symptomen der Chlorose zu zählen ist. Was die Erweiterung und Verlagerung des Magens und der übrigen Gedärme anbetrifft, so ist es angesichts der zur Zeit herrschenden Controversen lohnenswerth, die Resultate auf's Neue einer Controle zu unterwerfen, und zwar an einem mehr geeigneten Krankenmaterial (Landmädchen), als es bis jetzt der Fall war, wo thatsächlich das Corset und die abnormen Lebensbedingungen die Ausbildung einer Enteroptose begünstigen konnten.

A priori ist der Zusammenhang der letzteren mit der Chlorose ziemlich problematisch, da er entweder die Vermittlung des Nervensystems voraussetzt, über dessen Einfluß auf die Anämie wir absolut nichts wissen, oder die gesteigerte Magenfermentation in Scene treten läßt, die eben für die Chlorose noch nachzuweisen wäre.

Das häufige Auftreten der Hyperacidität bei der Chlorose erklärt uns die Häufigkeit des Magengeschwürs bei solchen Kranken; in welchem Zusammenhange jedoch die Hyperacidität mit der Chlorose steht, ist schwer kategorisch zu beantworten. Am wahrscheinlichsten ist es (GALLOT, JOHNSON und BEHM), das genannte Symptom als Folge einer Neurose zu betrachten, die im Verlaufe der Chlorose sich entwickelt, respective vor derselben schon bestanden hat. Im letzteren Falle bleibt nach den Beobachtungen LEVA's die Neurose, somit die ihr angehörende Hyperacidität, trotz der Heilung der Chlorose unverändert bestehen.

Die Stuhlverstopfung, die bei der Chlorose nie zu fehlen pflegt, kann theils von der durch die Anämie bedingten Darmatonie, theils von der Dyspepsie abhängig sein. Ein fundamentaler Werth kommt derselben nicht zu (IMMERMANN).

Seitens des Herzens und der Gefäße gibt es eine ganze Reihe eigenartiger Symptome. Zu erwähnen sind, abgesehen von den subjectiven Erscheinungen, wie Herzklopfen, Kopfschwindel u. s. w., manche objective Symptome von verschiedener Beständigkeit und von ungleichmäßigem diagnostischen Werthe. Was die von vielen Autoren erwähnte Hypertrophie und Dilatation des linken Herzens anbetrifft, so ist das wirkliche Vorhandensein derselben ziemlich fraglich: es fehlt nämlich die Verstärkung des zweiten Aortentones, das charakteristischste Symptom der Hypertrophie. Die Ergebnisse der Herzpercussion sind ebenfalls nicht zu verwerthen angesichts der von WALLERSTEIN und v. NOORDEN bei Chlorose festgestellten Retraction der vorderen Lungenränder. Aehnlich verhält es sich mit der rechten Herzkammer, die gelegentlich Zeichen einer Dilatation darbieten kann.

Constant finden wir dagegen Herzgeräusche, hauptsächlich systolischer Natur, sehr oft an der Bicuspidalklappe und an der Lungenarterie, selten am Aortenostium. Die Ursache der Geräusche ist im Allgemeinen unklar; am wahrscheinlichsten handelt es sich hier um functionelle Schwäche der Herzmusculatur, die durch mangelhafte Ernährung mittelst des chlorotischen Blutes bedingt ist. Manche Autoren (COLEY) wollen sie auf rein mechanischem Wege durch eine relative in Folge der Dilatation des linken Ventrikels entstandene Mitralsinsufficienz erklären. Charakteristisch sind die genannten Geräusche für die Chlorose jedenfalls nicht, da man sie bei den verschiedensten Anämien anzutreffen pflegt.

Auch kein größerer Werth kommt bei der Chlorose den Venengeräuschen zu, obwohl sie bei anderen Leiden seltener aufzutreten pflegen. Am häufigsten hört man bei den chlorotischen Personen das sogenannte Nonnengeräusch. Man hört dasselbe sowohl am Stamme der Halsvene, als an der Eintrittsstelle der Vena saphena in die Vena cruralis (FRIEDREICH). EICHHORST fand das Nonnensausen in 75%, RICHARDSON in 50% seiner Fälle. CROOK konnte dasselbe in 90% der Fälle nachweisen und betrachtet es deshalb als pathognostisch für die Bleichsucht. Nach SAHLI sind die Venengeräusche als Folge der chlorotischen Blutveränderungen aufzufassen: die hydrämische Beschaffenheit des Blutes bedingt nämlich eine verminderte Cohäsion desselben und folglich eine vermehrte Stromgeschwindigkeit. Andere Momente, wie z. B. die plötzliche Ausdehnung des Stammes der Halsvene, spielen eine untergeordnete Rolle. Solch eine Beschleunigung des Kreislaufes in den Venen ist teleologisch als ein günstiges Moment aufzufassen, das den Mangel an Hämoglobin auszugleichen hilft. Von ähnlicher Bedeutung ist zweifelsohne der volle, hüpfende und gleichzeitig weiche Puls der Chlorotischen (JÜRGENSEN).

Sehr bemerkenswerth und pathogenetisch ziemlich dunkel sind die Venenthrombosen, die gelegentlich im Verlaufe der Chlorose auftreten (PROBY, BOURDILLON, LAACHE, KOCKEL). Da für eine gesteigerte Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Chlorose nichts spricht, so wäre es vielleicht der Mühe werth, die infectiöse Theorie (BOURDILLON, LAACHE) auf ihren Werth zu prüfen. Zunächst dürfte selbstverständlich die Frage zu beantworten sein, ob es sich in solchen Fällen um eine Complication oder um eine primäre Infection handle. Manche Autoren, die die Chlorose als Autointoxication auffassen, betrachten die Entstehung der Thromben als Folge der Vergiftung des Organismus durch resorbirte Darmfäulnißproducte (TUCKWELL).

Zu den Gefäßsymptomen wären noch zu zählen die Struma (IMMERMANN, WUNDERLICH, MORITZ) und der BASEDOW'sche Symptomencomplex (FRIEDREICH, BENDA, CHVOSTEK), die gelegentlich bei der Chlorose auftreten. Es zweifelt freilich Niemand, daß Struma zum Symptomencomplexe der Chlorose gehört; was aber die BASEDOW'schen Erscheinungen, welche manchmal bei der Chlorose auftreten, betrifft, so muß man sie gleichfalls als Folgeerscheinungen, als Symptom, aber nicht als Complication auffassen, denn diese Erscheinungen schwinden gleichzeitig mit der Besserung des allgemeinen Zustandes der Chlorotischen (IMMERMANN, CHVOSTEK). Die Seltenheit der BASEDOW'schen Symptome bei andersartigen Anämien spricht entschieden gegen ihre Abhängigkeit von der Anämie der Chlorotischen; man beobachtet nicht selten gerade das Umgekehrte, namentlich daß die Ursache, die eine typische BASEDOW'sche Krankheit hervorruft, gleichzeitig eine Anämie bedingt. Es bleibt somit die oben gemachte Annahme berechtigt, daß der BASEDOW'sche Symptomencomplex, wo er neben der Chlorose sich entwickelt, in innigem Zusammenhange mit derselben steht, indem er durch dasselbe oder durch ein verwandtes Moment bedingt wird. Für diese Annahme spricht auch die Verwandtschaft mancher, beiden Krank-

heiten eigenthümlicher Symptome (Tachycardie, nervöse Erscheinungen, Kropf), die LUZET nicht unrichtig „les éléments morbides du goître exophthalmique au minimum" nennt. Die BASEDOW'sche Krankheit trat beim näheren Studium und Erkennen des Wesens des Myxödems und seiner Abhängigkeit von Erkrankungen der Schilddrüse in eine neue Aera, die für die Aufklärung der dunklen Pathogenese beider, in mancher Hinsicht analoger Leiden viel zu versprechen scheint. Es ist zu hoffen, daß diese Untersuchungen nicht ohne Bedeutung für die Kenntniß der Chlorose, bei der, wie gesagt, klinische Erscheinungen seitens der Schilddrüse nicht selten sind, bleiben werden.

Vergrößerung der Milz ist relativ häufig. CHVOSTEK sah dieselbe unter 56 Fällen 21mal; oft sahen diese Erscheinung RUMMO und DORI, JAKOBY und CLÉMENT im Reconvalescenzstadium. Auffallender Weise behauptet LUZET, keinen einzelnen reinen Fall von Chlorose mit Milzschwellung beobachtet zu haben. Weitere Untersuchungen werden ohne Zweifel zeigen, wie oft diese Erscheinung bei der Chlorose vorkommt und in welchem Verhältniß sie zum Fieber (CLÉMENT) und den Venenthrombosen steht.

Die genaue Analyse der Herz- und Gefäßsymptome lehrt uns somit, daß, wenngleich die meisten derselben regelmäßig die Chlorose begleiten, sie dennoch ihr Wesen in ziemlich unbedeutendem Maße erläutern; dagegen lenken manche der Krankheitserscheinungen, und zwar speciell die selten vorkommenden und zur Zeit wenig beachteten, unser Augenmerk in eine ganz andere Richtung, die manches Licht auf das dunkle Wesen der Chlorose in Kurzem zu werfen verspricht.

Am wenigsten verwerthbar im besprochenen Sinne sind für uns die Symptome seitens des Nervensystems der Chlorotischen. Alle ohne Ausnahme lassen sich aus der Anämie herleiten und stellen nichts für die Bleichsucht Charakteristisches dar. Gelegentlich erinnert der nervöse Symptomencomplex an Hysterie und Neurasthenie, die bekanntlich auf dem Boden der Anämie mit Vorliebe sich zu entwickeln pflegen. Manche Autoren (TROUSSEAU, JONES LLOYD, MEINERT), die die Chlorose als Neurose auffassen, sehen in den nervösen Erscheinungen ein Hauptsymptom der Chlorose und eine feste Stütze für ihre Hypothese. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, daß man auch hier die Ursache für die Folge nahm und auf dieser schwachen Basis manche scharfsinnige Nervenreflextheorie erbaute, die keine Analogie in der Medicin zu besitzen scheint.

Von Manchen wird als charakteristisch für die Chlorose die Empfindlichkeit gegen Kälte erwähnt. Dieselbe soll sich nicht blos durch das subjective unbehagliche Gefühl der Kranken bei herabgesetzter Temperatur äußern, sondern auch durch die allgemeine Verschlechterung des Krankheitszustandes und die objectiv nachweisbaren hämolytischen Blutveränderungen kundgeben (ROSENBACH, MURRI, v. NOORDEN). Diese Thatsache, die, nebenbei erwähnt, zur Aufstellung einer specifischen Form der „hiemalen" Chlorose Veranlassung gab, dürfte jedenfalls darauf hinweisen, daß unter dem Einfluß von Kälte bei chlorotischen Personen Blutveränderungen sich einstellen können, die sich als gesteigerter Zerfall von Blutkörperchen manifestiren — kurzum Veränderungen, die denjenigen bei Hämoglobinurie ähnlich sind. Es ist jedenfalls aus dieser Thatsache der Schluß, es stelle die Kälte ein ätiologisches Moment der Chlorose dar, kaum gestattet; so viel läßt sich nur mit Bestimmtheit aussagen, daß das Blut bei der Bleichsucht sehr empfindlich gegen Kälte ist, wie z. B. gegen physische Ueberanstrengung, mithin schon von Haus aus krankhaft angelegt.

(Schluß dieses Abschnittes folgt.)

Referate und literarische Anzeigen.

Aus dem Knappschaftslazareth zu Völklingen a. d. Saar.

MAX SCHMIDT: Ein neues Verfahren zur Behandlung subcutaner und complicirter Fracturen von Fingern und Zehen.

Das in 25 Fällen erprobte Verfahren, über welches SCH. berichtet („Münch. med. Woch.", 1895, Nr. 39) und welches beim einfachen subcutanen, wie beim schwersten Gelenkbruch von Fingern, Zehen und Metacarpus pollicis in gleicher Weise anwendbar ist, beruht auf der Extension mit Benutzung des Nagels als natürlichen Anheftepunktes. Es stellt ein einfaches und äußerst leicht ausführbares Verfahren dar. Man bedarf dazu eines Drillbohrers, einer Nähnadel, starken Zwirnes oder Seide, eines Brettchens mit einem dem verletzten Finger entsprechenden langen Fortsatz, eines daran befestigten Hakens und einer Drainrohrschlinge. Es werden zunächst symmetrisch zur Nagelmitte zwei Bohrlöcher nahe der Uebergangsstelle des Nagels zur Haut angelegt, hierauf die Enden des Fadens durch je eines dieser Löcher von der dorsalen nach der volaren Nagelseite mittelst Nähnadel hindurchgeführt und hervorgezogen. Nun wird das mit Watte gepolsterte Brettchen unter die Hand (resp. Fuß) gelegt, so zwar, daß die gesunden Finger die Basis desselben umklammern und sich frei bewegen können, während der verletzte Finger die Richtung des langen Fortsatzes einnimmt. Das Brettchen wird nun in der Weise fixirt, daß ein Heftpflasterstreifen seinen hinteren Rand umfaßt und beiderseits nach vorne in die dorsale Gegend des Handgelenkes gespannt wird, während ein zweiter Streifen circulär über den Handrücken geführt wird. Außerdem wird das Ganze mit Freilassung der Finger mit Mullbinden locker umhüllt. Es erübrigt dann noch, an dem Fortsatzende ein doppelt gelegtes und zusammengeknüpftes Drainagerohr zu befestigen und, während ein Assistent die Gummischlinge nach dem Finger hinzieht, mit einem Knoten den Faden an diese zu knüpfen. Ein kräftiger Zug mit der Hand am Finger reponirt die Fragmente, die dann durch den Gummizug in ihrer Lage erhalten werden. Es empfiehlt sich, anfangs nur eine geringe Extension wirken zu lassen. Regulirungen der Extensionskraft sind durch strafferes Hinaufziehen der Gummischlinge zum Nagel hin in sehr einfacher Weise möglich. Auch kurze Nägel ($^3/_4$—1 Mm.) lassen sich mit feiner Spitze noch durchlöchern und bieten noch haltbare Angriffspunkte.

Der Extensionsapparat wird von den Pat. ohne Beschwerde 2—3 Wochen getragen, dann folgt die übliche Nachbehandlung. Es ist ohne Weiteres klar, daß bei dieser Methode, welche eine frühzeitige Massagebehandlung zuläßt, Ankylosen, Oedeme, Callushypertrophie leichter vermieden werden können als bei den sonst gebräuchlichen Verfahren. Sie ist in der That einer Nachprüfung werth. Bs.

ERWIN THOMSON (Dorpat-Jurjew): Ein letal verlaufener Fall nach Einnahme von Kalium hypermanganicum in Substanz.

Der aus der Hospitalsklinik des Prof. DEHIO mitgetheilte Fall („St. Petersb. med. Woch.", 1895, Nr. 38) stellt dem Autor gemäß ein Unicum dar.

Es handelte sich um einen 22jährigen Mann, der in selbstmörderischer Absicht muthmaßlich 15—20 Grm. Kalium hypermanganicum genommen hatte. Er bot das Bild eines Schwerkranken. Der Mund weit geöffnet, die Unterlippe und die über dieselbe hervorragende Zunge stark geschwollen, schwarz verfärbt und mit dunklen Borken belegt, die Athmung schwer, Pat. ist nicht im Stande zu sprechen. Der Versuch, eine Magensonde einzuführen, mißlang, da dieselbe in der Höhe des Ringknorpels auf ein unüberwindliches Hinderniß stieß. Wegen plötzlicher Athmungsstockung durch Glottisverschluß Tracheotomie, wobei die Trachea frei gefunden wurde. Da Magenausspülung dringend indicirt war und da bei der Unwegsamkeit des Oesophagus eine Magenfistel behufs Ernährung als nöthig vorauszusehen war, wurde im Anschluß an die Tracheotomie in Chloroformnarkose die Gastrotomie (ZOEGE VON

MANTEUFFEL) gemacht. In den bräunlichen Mageninhaltsmassen wurde die Anwesenheit von Mangan chemisch nachgewiesen. Fünf Stunden nach der Operation erfolgte unter Herzparalyse der Exitus. Die Section ergab unter Anderem Oedem der Lippen und der Zunge, Verschorfung der Mund-, Pharynx- und Larynxschleimhaut; Trachea, Bronchien und Oesophagus frei. Die Schleimhaut daselbst sowie im Magen und Darm blaß. Das Blut, der Urin und ein Stück aus dem Musc. pectoral. maj. sin. wurde auf Mangan untersucht, doch mit negativem Resultat. Es dürfte somit zu keiner Resorption der Manganverbindung gekommen sein. Es läßt sich somit in diesem Falle auch nicht von einer specifischen Manganvergiftung sprechen, vielmehr muß man annehmen, daß die intensive Anätzung der inneren Schleimhäute in Verbindung mit den schweren chirurgischen Eingriffen in Chloroformnarkose reflectorisch die Lähmung der Herzthätigkeit bewirkt haben. s—s.

Aus dem ophthalmologischen Universitäts-Institute des Prof. Businelli in Rom.

P. CHIARINI: Die ophthalmologische Hemicranie.

Der 55jähr. Fischer A. A. erhielt 1860 einen Beilschlag auf die linke Wange, worauf Parese des N. fac. eintrat. 29 Jahre später wiederholte Anfälle linksseitiger Hemicranie. Nach deren plötzlichem Aufhören Doppeltsehen und Paralyse des M. rectus int. 6 Jahre darauf dasselbe Bild und dazu Parese aller Aeste des linken Oculomotorius. Ptosis des oberen Augenlides, die Bewegungen des Bulbus gehemmt, Pupille erweitert, Spiegeluntersuchung, Refraction, Sehschärfe, normaler Befund. Wiederauftreten der vor 35 Jahren beobachteten Parese des N. facial.

Syphilis, Rheuma, Gicht, Diabetes, Albuminurie ausgeschlossen.

Zu diesem Krankheitsfalle bemerkt Verf. („La Riform medic.", 1895, Nr. 169) Folgendes: Pat. leidet an recidiver oder periodischer Paralyse des N. oculomot., welche von CHARCOT als ophthalmologische Hemicranie bezeichnet wurde. Die Anfälle können nach kurzer oder jahrelanger Dauer wiederkehren, mit zwei Stadien, dem der Hemicranie und dem der Ophthalmoplegie, und charakterisiren sich durch heftige Schmerzen, Brechneigung, Erbrechen, paretische und paralytische Erscheinungen am N. oculomot. Zuweilen geht die Lähmung den Schmerzen voraus (SNELL).

SENATOR theilt die Krankheit in rein periodische (vollständiges Schwinden aller Symptome) und periodisch exacerbirende Lähmungen, die auch in der Zwischenzeit nicht ganz zurückgehen und endlich persistiren. CHARCOT beobachtete Combination mit Abducenslähmung, NIEDEN Affection des N. abducens und facialis ohne Betheiligung des Oculomotorius. Ausnahmsweise gleichzeitig ein epileptiformer Anfall und Parese der gleichseitigen oberen Gliedmasse. THOMSEN beschreibt concentrische Einengung des Gesichtsfeldes und Herabsetzung der centralen Sehschärfe.

Bisher wurden drei letale Ausgänge beobachtet: Im ersten Falle (GUBLER, MAUTHNER) nach vorausgegangenem Trauma massenhaftes Exsudat an der Gehirnbasis, besonders am Circ. arter. Willisii, Einhüllung und Adhäsion des N. oculomot. in das Exsudat; im zweiten (WEISS, MAUTHNER) bei Nachweis der Tuberkelbacillen Lungentuberculose. Abplattung des N. oculomot. und disseminirte Tuberkelgranulationen an dessen geschwellter Wurzel; im dritten (THOMSEN, RICHTER) keilförmiges Fibrochondrom am rechten N. oculom. an dessen Eintrittsstelle in die Dura.

Nach diesen Befunden ist der Sitz der Krankheit in dem an der Hirnbasis befindlichen Nervenabschnitte, und werden die Anfälle nach MAUTHNER durch neuerliche Hyperämie und Nervencompression hervorgerufen. CHARCOT hingegen betrachtet die Lähmung nur als Ausdruck der Hemicranie, erzeugt durch eine Functionsstörung, und die Wiederholung der Anfälle als bedingt durch Circulationsstörung mit Hyperämie und Oedem des Nervenstammes.

Die Krankheit beginnt zumeist im Kindesalter, vorherrschend beim weiblichen Geschlechte. — CHARCOT gab große Bromkaliumdosen, in manchen Fällen monatelang. Sp.

Biologische Studien. II. Artung und Entartung. Von **Dr. Rudolf Arndt**, Professor an der Universität Greifswald. Greifswald 1895. Julius Abel.

Der vor drei Jahren erschienene erste Theil der „Biologischen Studien", welcher sich mit dem Grundgesetz über die Wirkung der Reize auf die Lebensthätigkeit beschäftigte, hat sich berechtigte Anerkennung erworben; die interessante Schreibweise ARNDT's hat die Lectüre des Buches zu einem Vergnügen gemacht, und jeder Leser konnte zahlreiche Anregungen empfangen. Dieser Vorzug gilt in gleicher Weise von dem nun erschienenen zweiten Theile der „Biologischen Studien". Es sind ganz merkwürdige Ansichten, die hier vorgebracht werden und die einer eingehenden Würdigung werth sind. Die Erblichkeit und die Erblichkeitsverhältnisse beruhen auf der Eigenbewegung der Vorfahren und ihrer Nachkommen, als Theilungsproducten, beziehentlich einstigen Theilen von ihnen; die Artungen, Abartungen, Entartungen beruhen auf den Allbewegungen, welche auf sie einwirken und in ihrem Wesen und Verhalten ändern, fördern oder hemmen. Wie sich ARNDT diesen Einfluß vorstellt, das bildet den Inhalt des vorliegenden Buches. Es gliedert sich in vier Theile; der erste Abschnitt behandelt die Artung und Geartung bei Pflanzen und Thieren, der zweite Abschnitt die Artung und Geartung beim Menschen, der dritte Abschnitt die Entartung bei Pflanzen und Thieren und der vierte Abschnitt die Entartung beim Menschen. Die zahlreichen naturhistorischen Details, welche der Verfasser zur Begründung seiner Ansichten heranzieht, werden das Interesse jeden Naturfreundes erregen, und gar Mancher, der des Verfaßers Schlussfolgerungen nicht acceptiren kann, wird ihm für die Fülle des aufgehäuften Beobachtungsmateriales dankbar sein. W.

Die Nervosität unserer Zeit, ihre Ursachen und Abhilfe. Eine social-hygienische Studie von **Dr. Ziegelroth**. Stuttgart 1895. A. Zimmer.

Ein hübsch geschriebenes und hübsch ausgestattetes Büchlein, dem wohl kein wissenschaftlicher Werth innewohnt, das aber die Laien sehr gut über die Forderungen der Hygiene belehren dürfte. Wenn auch der Verfasser oft über das Ziel schießt und Meinungen vertritt, die nur wenige Aerzte billigen werden, im Ganzen und Großen ist das Büchlein zu loben und ihm eine Verbreitung unter den Gebildeten zu wünschen. F.

Feuilleton.

Billroth's Briefe.

(Schluß.)

Wien besitzt zwei Gebäude, deren Bestehen mit dem Namen BILLROTH's unauflöslich verbunden ist; es sind dies das Rudolfinerhaus und das Haus der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Beide Schöpfungen verdanken ihre Entstehung dem rastlosen Streben BILLROTH's. Und ein dritter Plan ist es, welcher BILLROTH fast während der ganzen Zeit seines Wirkens in Wien beschäftigte: der Neubau seiner Klinik. Dieser sein Lieblingsgedanke ist für ihn ein frommer Wunsch geblieben. Diese drei Projecte nun, Rudolfinerhaus, Gesellschaftsheim und neue Klinik, bilden das Substrat zahlreicher Briefe in der vorliegenden Sammlung. Und noch ein Punkt kehrt in einer ganzen Reihe von Briefen immer und immer wieder. Das sind jene Stellen, in welchen die Liebe des Meisters zu seinen Schülern in wahrhaft rührender Weise zum Ausdruck kommt. BILLROTH hatte das Glück und Geschick, hervorragende Schüler zu besitzen; er hing auch an ihnen mit väterlichem Herzen, gleichwie diese in kindlicher Ehrfurcht und Anhänglichkeit zu ihm aufblickten. Der Belegstellen hiefür finden sich in BILLROTH's Briefen unzählige. Wir lassen einige derselben nebst solchen von allgemeinem und für BILLROTH selbst charakteristischem Interesse folgen.

Im Jahre 1869 schreibt BILLROTH: „. . . . . Von meinen „Schülern hier kommen im Laufe des Jahres einige tüchtige Ar„beiten, deren Leitung und Durchsicht mich viel Zeit kostet; doch „ich halte es, zumal in meiner hiesigen Stellung, für Pflicht, nicht „allein selbst zu arbeiten, sondern die Jugend zum Arbeiten zu er„ziehen, so daß mich die dazu aufgewandte Zeit nicht reut . . . . ."

Vom Kriegsschauplatz schreibt BILLROTH an seine Gattin (Weißenburg, 12. August 1870): „. . . . . Meine Thätigkeit hier in „Gemeinschaft mit CZERNY ist eine außerordentlich glückliche und „segensreiche. In wenigen Tagen hoffe ich, meine Lazarethe fast „wie meine Klinik in Stand zu haben. Du hast sehr großen An- „theil daran; ohne Dein Verbandzeug, was von Allem, das ich er- „halten habe, das beste ist, hätte ich gar nichts machen können. Die „Art meiner Equipirung hat sich außerordentlich bewährt. Kurz, „ich erreiche, was ich wollte: helfen und lernen, denn dieser Feld- „zug füllt eine große Lücke meiner Erfahrungen aus . . . . ." Acht Tage später schreibt er: „. . . . . Meine chirurgische Arbeit hat „noch nicht abgenommen. Ebenso ist CZERNY den ganzen Tag be- „schäftigt. Wir fangen um 7 Uhr Morgens an und sind selten vor „$^1/_2$9 Uhr Abends fertig; denn wir haben ja nur Studenten und „Heilgehilfen zur Assistenz und sind die einzigen Chirurgen hier . . . . ." Dann in einem späteren Briefe: „. . . . . Ich bin sehr zufrieden mit „unseren Erfolgen; ebenso CZERNY, der famos aushält . . . . . Ich „habe außerordentliche Freude an seiner Tüchtigkeit; ich habe ihm „ein Lazareth mit 60 Kranken ganz überlassen. —"

Am 8. September schreibt BILLROTH aus Mannheim an seine Frau: „Ich habe meine 100 Weißenburger Patienten jetzt alle „glücklich hier. Für jetzt ist der Verkehr am Bahnhofe das Schwie- „rigste; in einer halben Stunde kommen wieder 800 Verwundete „durch. Züge von 2000 Gefangenen passiren täglich. Auch in den „Spitälern gibt es viel zu thun. Ich commandire Alles, uns geht „es leidlich . . . . ." Drei Tage später: „Man bedarf in der That „von Zeit zu Zeit der Siegesbotschaften, um sich über das Elend „hinwegzusetzen, was man erlebt. Die hiesigen Verwundeten sind „jetzt in dem Stadium, wo die schrecklichen Nachblutungen durch „die Vereiterung der Blutgefäßwandungen kommen . . . . . So fahre „ich den ganzen Tag durch alle 10 Lazarethe und muß entscheiden, „was hier, was dort geschehen soll. Ich habe die Freude, daß „hiesige wie fremde Aerzte sich meinem Rathe gern und unbedingt „fügen. Die große Verantwortlichkeit meiner Stellung gibt mir „immer größere Kraft . . . . ."

Im Jahre 1871 (21. Mai) schreibt BILLROTH an HIS:

„. . . Hier (in Wien) ist eben Alles gemüthlich. Ich hoffe aber „doch, daß es Deinem Bruder bald hier gefallen wird. Die hiesigen „Kunstschätze sind unerschöpflich, und da er Freude an Musik hat, „so kann er hier schwelgen. Hier singen wir und musiciren wir „und gehen in's Theater und zu Strauß und stecken mit ihm den „Kopf in den Sand unserer Gemüthlichkeit. Es ist eine rechte „Stadt für Kunst, zumal für Musik. Wissenschaft verlangt weniger „fetten und warmen, als festen und trockenen Boden; damit geht „es nur mäßig vorwärts; es ist zu mühsam, solchen Boden zu bear- „beiten. — Ich kann in dieser Hinsicht nicht klagen; ich habe „vortreffliche Leute unter meinen 8 Assistenten, die sehr nett und „stramm arbeiten und mir warm zugethan sind. In der Klinik habe „ich in diesem Semester 450 eingeschriebene Zuhörer! ein didakti- „scher und pädagogischer Unsinn, doch sonst nicht übel. — Und „doch bin ich Undankbarer, den ein gütiges Geschick mit dem Füll- „horn des Glückes stets überschüttet hat, nicht zufrieden! Seit es ein „Deutschland gibt, möcht ich in Deutschland wieder sein! Die Senti- „mentalität gewinnt wieder oft mehr Gewalt über mich, als es gut „ist. Ich fühle, daß ich hier eine Art Mission habe, die stramme „wissenschaftliche Arbeit zu thun und zu lehren, wie man sie thut; „doch wird es mir oft jetzt zu viel, mit diesem ewigen Pflichtgefühl „rastloser Arbeit durch die Welt zu keuchen . . . . ."

Ueber die erst in der Folge zu voller Blüthe gelangten Specialcongresse spricht sich BILLROTH kurz vor der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie durch LANGENBECK, SIMON, R. VOLKMANN am 10. April 1872 in einem Briefe an BAUM folgendermaßen aus: „Ich habe wenig Sinn für solche Versammlungen, gewiß „zu wenig. Mir schwankt der chirurgische Boden unter den Füßen; „wohin ich tiefer vordringe, finde ich, daß hergebrachte Ansichten „zu zerstören sind. Ich bin oft in der Klinik innerlich in Ver- „zweiflung, wenn ich etwas Positives über Therapie sagen soll; ich „höre immer Jemand hinter mir, der mir in's Ohr ruft: das ist ja „auch nicht richtig! Ich hoffe, bei Ihnen und Anderen wieder etwas „Halt zu gewinnen. Mir wären jährliche Zusammenkünfte mit ganz „intim collegialen Verhandlungen ohne jegliche Veröffentlichung am „liebsten." Diesen Ton einer gewissen Resignation in Bezug auf die praktische Seite der Chirurgie finden wir noch öfter in BILLROTH's Briefen. So heißt es in einem Briefe an KRÖNLEIN (14. October 1872): „. . . . . Ich habe in Zürich selten einen Septhämischen „und Pyohämischen unamputirt sterben lassen, weil ich dies für „meine Pflicht hielt; jetzt lasse ich solche Leute ruhig mit ihren „vier Extremitäten in's Jenseits hinüberschlummern, weil ich weiß, „daß ich ihnen doch nicht helfen kann. Ich glaubte früher doch „oft, die Leute zum Leben zwingen zu können; jetzt bin ich re- „signirter in dieser Beziehung. Da bin ich denn ein immer glück- „licherer Operateur geworden, vielleicht nur klüger; ob besser, „wollen wir dahingestellt sein lassen. — Im Ganzen bemühe ich „mich immer, meine statistischen und therapeutischen Resultate so „schlecht wie möglich herauszurechnen; mir bleibt nur alles Miß- „lungene im Gedächtniß, das Gelungene betrachte ich als selbst- „verständlich, auch ohne mich gelungen; so habe ich denn mein „Lebtag wenig Freude an der praktischen Chirurgie." Und ganz ähnlich heißt es in einem wenige Tage später geschriebenen Briefe an HIS: „Was ich nicht kann, was mir mißglückt, das quält und „wurmt mich, und nicht selten verwünsche ich die ganze Chirurgie."

Ein auch heute noch richtiges und beherzigenswerthes Urtheil über moderne wissenschaftliche Arbeit und Arbeiter fällt BILLROTH in einem Schreiben an den Herausgeber von BILLROTH's Briefen vom 11. Januar 1873: „Die modernen Methoden der Naturforschung „haben es möglich gemacht, daß jeder Einzelne sich in dieser oder „jener Weise an der Forschung betheiligen kann, wenn er irgend „eine Methode derselben einigermaßen beherrscht. Dies hat zu einem „außergewöhnlichen, ja oft krankhaften Selbstbewußtsein auch der „jüngsten Arbeiter geführt, die sich jetzt, sowie sie irgend etwas „leisten, als Mitarbeiter an den Fortschritten der Wissenschaft „fühlen. Wie auf dem praktischen Gebiet, herrscht auch jetzt auf „dem wissenschaftlichen Gebiet das Gefühl der Gleichberechtigung „Aller, die arbeiten wollen und können — gleichviel mit wie viel „oder wie wenig Talent — und diesem individuellen Selbstbewußt- „sein, diesem Gefühl, der Autorität quand même nicht mehr unter- „than zu sein, verdanken wir Deutsche zum großen Theil unseren „politischen wie wissenschaftlichen Aufschwung. Das Pathologische „in diesem Processe liegt nun auf dem Gebiete der Politik im „Socialismus, und eine socialistische Nivellirung aller geistigen Ar- „beiter ist das, was von Vielen halb bewußt für möglich erachtet „wird."

Ein ähnlicher Gedanke findet sich in einem späteren Briefe an BAUM (3. August 1879) ausgedrückt. Es heißt dort: „Ich kann „Ihnen nicht sagen, wie dankbar ich Ihnen bin, daß Sie gleich „beim Beginn meiner Studien den historischen Sinn und die höchste „Achtung vor unseren Vorfahren in mir geweckt haben. Es gibt „nichts, was mehr vor Ueberhebung unserer Leistungen schützt, als „wenn man sich immer nur im Rahmen des Ganzen denkt. Es gibt „jetzt so viele Leute, auch unter unseren Besten, die glauben, sie „haben die Chirurgie erfunden, und mit denen sich nur verkehren „läßt, wenn man ihnen dies a priori zugibt. Die Geschichte der „Wissenschaften macht keine Sprünge. Wenn einer sich einbildet, „er habe einen großen Sprung gethan, so muß er ihn gewiß zu drei „Viertel wieder zurückthun. Eine solche kritische Zersetzung zer- „stört freilich unsere schönsten Illusionen, doch bewahrt sie uns auch „vor Selbstüberschätzung und Stagnation."

Charakteristisch sind folgende zwei Stellen aus Briefen an R. VOLKMANN vom 27. und 31. October 1875: „. . . . . GUSSENBAUER hat in Lüttich eine glänzende Stellung bekommen; er wird „sich zweifellos Bahn brechen durch sein Talent, wie durch seine „eiserne Energie. Sein Abgang kommt mir allzu schnell; ich bin „in einiger Verlegenheit wegen eines neuen Assistenten, da meine „Eitelkeit verlangt, daß es ein junger Mensch ist, der eine litera- „rische und eine Universitätslehrer-Carrière macht." Und dann: „Besten Dank für Deine Liebenswürdigkeit, mir Deinen Assistenten „zu senden; doch das geht aus mancherlei Gründen nicht. Vor „Allem, weil es die Empfindlichkeit meiner Assistenten kränken „würde, die sich die unsäglichste Mühe geben . . . . ."

Seinem bekannten Buche „Ueber das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften etc.", mit welchem BILLROTH, wie er sagte, sich viele böse und wohl auch einige gute Gedanken von der Seele geschrieben hatte, läßt er einen Brief an Prof. SOCIN in Basel folgen, in dem es heißt: „Mein Buch wirst Du erhalten haben; „vielleicht findest Du darin etwas, was Dich amusirt. Die hiesigen „politischen Blätter haben sich der Anmerkungen bemächtigt und „es dahin gebracht, daß das große Publicum meint, ich habe ein „500 Seiten dickes Buch über die Juden geschrieben . . . . ."

Nur um die Art und Weise zu charakterisiren, wie BILLROTH auf die Arbeiten seiner Schüler Einfluß nahm, sei hier ein Brief an MIKULICZ, den damaligen Assistenten BILLROTH's, reproducirt. Er ist aus Berchtesgaden, 21. August 1877, datirt und lautet: „Wenn „Sie die Arbeit über Genu valgum übernehmen, so orientiren Sie „sich über Literatur am besten bei VOLKMANN: Krankheiten der „Bewegungsorgane in PITHA-BILLROTH. Von der früheren Literatur „werden Sie besonders die Arbeiten von HUETER und HENKE im „Original aufsuchen müssen. Auch finden Sie Einiges in dem Auf„satz von GUSSENBAUER über künstliche Knochentrennung im Archiv „f. kl. Ch. Außer den Arbeiten von MAYER lohnt die specielle „orthopädische Literatur nicht das Ansehen. In neuester Zeit eine „Notiz im Centralbl. f. Chir. von M. SCHEDE, und in einer der „letzten Nummern etwas von OGSTON in England; sonst ist bei den „übrigen Nationen fast nichts in dieser Richtung geschehen. Wo „die Notiz von LANGENBECK über die Durchschneidung des Lig. „lat. ext. steht, weiß ich zur Zeit nicht, wahrscheinlich in der „Deutschen Klinik, eine jetzt eingegangene Berliner Wochen„schrift, redigirt von A. GÖSCHEN; sie ist auf der Universitäts„bibliothek. Setzen Sie sich mit CHIARI und ZUCKERKANDL in Ver„bindung, damit Sie an der Leiche Gelegenheit zur Untersuchung „finden; machen Sie vorher gute Frontalschnitte des Gelenkes bei „Kindern und Halberwachsenen in gestreckter Stellung, um sie ge„legentlich mit einem Frontalschnitt eines Genu valgum zu vergleichen, „wenn Sie ein solches bekommen. Näheres mündlich." In einem Briefe an HIS vom 6. August 1879 heißt es: „Ich beharre darauf, „meine Schüler zu veranlassen, ihre Arbeiten auf breitester Basis „zu unternehmen, überhaupt in rein wissenschaftlichem Geiste zu „arbeiten." Und einige Monate später schreibt BILLROTH an Prof. v. RINDFLEISCH in Würzburg: „Ich wickle meine Pflicht als Lehrer „und Arzt mit alter Gewissenhaftigkeit ab und freue mich herzlich „der, ich kann wohl sagen, glänzenden Erfolge meiner Schule. Auf „CZERNY, MENZEL, GUSSENBAUER, WINIWARTER, MIKULICZ, WÖLFLER, „KLOTZ, FRISCH etc. darf ich wohl stolz sein. Sie setzen meine „Ideen und meine Arbeit fort. Ich denke aber für mich: „Nun, „es will Abend werden!" nicht in Trauer und Betrübniß, sondern „in freudiger Ruhe."

Am 28. October 1885 schreibt BILLROTH an Dr. EISER in Frankfurt a. M.: „Ich habe das Unglück gehabt — Andere nennen „es Glück und Verdienst — Talente rasch zu erkennen und die „Talentvollsten längere Zeit an mich zu fesseln. Nun arbeite ich „mit Hunderten von Schülern in allen Ländern und Welttheilen und „war so dumm, ihnen immer das Beste zu sagen, was ich wußte. „Was ist die Folge? Ich habe mich völlig überflüssig gemacht. „Die Tradition an meiner Klinik ist so mächtig, daß der jüngste „Assistent jede größte Operation ebenso gut macht wie ich. Darauf „bin ich stolz. Doch Stolz ist eine sehr unfruchtbare Eigenschaft." In demselben Briefe ist zu lesen: „Ein Familienvater ist doch „eigentlich nur eine Maschine zum Gelderwerb."

In zwei Briefen an den Rittergutsbesitzer Toppius in Eldagsen finden sich eine Reihe höchst treffender Bemerkungen über ärztlichen Beruf und medicinisches Studium. So schreibt BILLROTH unter Anderem: „Du hast einen Schrecken, wenn einer von Deinen „Knaben Landwirth werden will, und ich, hätte ich einen Sohn, „wäre außer mir, wenn er Medicin studiren wollte . . . . . Ein „schwerer Beruf ist der ärztliche, mühevoll, selten dankbar, führt „erst langsam zur Selbstständigkeit . . . . . Es kommen beim Arzt, „wenn er auch noch so viel gelernt hat, so viele persönliche Eigen„schaften mit in's Spiel, die fast mehr auf den Erfolg in dieser „Carrière influenziren als das Wissen, so daß man oft genug sieht, „wie die Persönlichkeit den Sieg über Wissen und Können trägt." Und dann in einem späteren Briefe: „. . . . . Doch der Arzt ist „wahrlich nicht auf Rosen gebettet. Die Concurrenz wird immer „größer, der Anfang ist meist recht schwer. Während des Studiums „freut man sich wohl, daß man etwas Einblick in die Natur und „in die Krankheitsplagen der Menschen bekommt. Hat man das „Examen hinter sich, so ist man ganz entzückt von sich, um nach „und nach einzusehen, wie unser Wissen Stückwerk ist, wie wir „oft da nicht helfen können, wo wir am liebsten helfen möchten; auch „kommen Scrupel, ob dies oder jenes zu thun sei. Will man nicht „in ewigem Katzenjammer durch die Welt laufen, so muß man sich „sagen, man thut seine Pflicht nach bestem Wissen und Gewissen. „Eine gute, ruhige Frau und ein ruhiges häusliches Glück ist dann „der größte Segen. Doch kaum ist man zu Hause gekommen, um „sich dieses Glückes zu freuen, so klopft es vielleicht schon wieder, „die Pflicht ruft vielleicht in stürmische kalte Nacht hinaus. Spärlich „sind die Freuden des Arztes: hier und da treue Anhänglichkeit der „Patienten; zuweilen, doch nicht oft, auch mit materiellem Nach„druck; Dankbarkeit für die größte Pflichttreue, ja selbst Opfer, „selten. Freude an einer gelungenen Cur, Bewußtsein der Pflicht„erfüllung, das ist meist das Höchste, was der Arzt erreichen kann."

— — — — — — — — — — — — — —

Diese spärliche Auslese von Briefen BILLROTH's dürfte genügen, um das hohe Interesse zu erklären, welches der ganzen Sammlung entgegengebracht wurde und wird. Wer sie liest, dem lebt noch einmal die Empfindung auf, die sich uns im Verkehr mit wahrhaft großen und dabei sympathischen Individualitäten voll gewinnender Liebenswürdigkeit aufdrängt. Ba.

Kleine Mittheilungen.

— Es wurde kürzlich (in Nr. 21 dieses Jahrganges) ausführlich **über die Behandlung der Lungentuberculose mit Essentia menthae nach CARASSO** und über die ausgezeichneten Erfolge berichtet, welche dieser Autor in 43 Fällen erreicht haben will. Wie damals mitgetheilt wurde, besteht die Methode CARASSO's im Wesentlichen in dauernden Inhalationen von ätherischem Pfefferminzöl, innerlichem Gebrauch einer alkoholischen Creosot-Menthalösung und Ueberernährung. Nunmehr liegen exacte klinische Beobachtungen aus der Klinik MOSLER's in Greifswald vor, die durchaus nicht zu Gunsten der von dem italienischen Autor so hochgepriesenen Methode sprechen. Dr. ROTMANN, der Assistenzarzt der Klinik, verfügt über 17 Beobachtungen an stationären Kranken, welche nach CARASSO behandelt wurden („Centralbl. f. Bact. u. Paras.", 1895, Nr. 14/15). 11 der tabellarisch registrirten Fälle wurden von ihm selbst, die weiteren 6 Fälle von Dr. BÖRGER beobachtet. Die erzielten Resultate stehen im schroffsten Gegensatze zu denen CARASSO's. Die Fälle waren meist mittelschwere und schwere Tuberculosen. Die Behandlungsdauer betrug im Minimum 13, im Maximum 125, durchschnittlich 38 Tage. Die meist so kurze Dauer der Cur war unter Anderem auch dadurch bedingt, daß bisweilen nicht nur keine Besserung, sondern eher eine Verschlechterung eintrat. Eine merkliche objective Besserung der Lungenerkrankung wurde in keinem einzigen Falle beobachtet. Nach CARASSO sollen die Tuberkelbacillen in 10, höchstens 60 Tagen aus dem Auswurf verschwinden. Die Sputa wurden von R. alle 8 Tage untersucht, aber nie wurde eine merkliche Verminderung, geschweige denn ein Verschwinden der Bacillen constatirt. Ein Einfluß auf das Fieber war im Allgemeinen nicht festzustellen. In 9 Fällen trat direct in Folge der Menthabehandlung eine Verschlechterung sowohl des Allgemeinbefindens, als auch des Lungenprocesses ein. Als unangenehme Nebenwirkungen der Inhalationen wurde nur einigemale Schwindel und Kopfschmerzen notirt, während die innere Verabreichung des Mentha-Creosotgemisches mitunter schlecht vertragen wurde. Bei längerem Gebrauche traten auch bei kräftigen Individuen Magenbeschwerden, Aufstoßen, Appetitlosigkeit, sowie unüberwindlicher Widerwille gegen die Medicin auf, so daß bei diesen die innere Therapie ausgesetzt werden mußte. Was nun die Differenz zwischen den Resultaten CARASSO's und des Autors betrifft, so bleibt bei dem Umstande, daß auf die von CARASSO geforderte strenge Beobachtung der einzelnen Vorschriften genau geachtet wurde und trotzdem nie eine Besserung erzielt werden konnte, nur die eine Erklärung

übrig, daß entweder die italienischen Tuberkelbacillen weniger widerstandsfähig oder ihre Träger für die Menthatherapie besser empfänglich sind.

— Dr. W. HESSE in Dresden-Strehlen hat Versuche in vitro über das **Verhalten des Apolysin gegenüber dem Typhusbacillus** angestellt, worüber er im „Centralbl. f. Bact. u. Par." (1895, Nr. 19) berichtet. Er studirte das Verhalten der Typhusbacillen, 1. in Apolysinlösungen verschiedener Concentration und 2. in Gemischen von verschiedenen Gemengen 1%iger Apolysinlösung mit alkalischer Nährbouillon. Es zeigte sich, daß, während in destillirtem Wasser sich die Typhusbacillen 4—7 Tage lang unvermindert erhalten hatten und von da an erst an Zahl abnahmen, dieselben aus wässeriger Apolysinlösung umso schneller verschwanden, je concentrirter die Lösungen waren, und zwar aus 1%iger Lösung binnen 1 Stunde, aus 1‰ Lösung binnen 1 Tag, aus 1/₀₀₀ bis 1/₀₀₀₀ Lösung binnen 12 Tagen. In den alkalischen Gemischen trat eine Vermehrung der Typhusbacillen und dem entsprechende Trübung ein wie in blosser alkalischer Nährbouillon. In der Mischung von 2 Ccm. 1%iger Apolysinlösung mit 7 Ccm. alkalischer Nährbouillon blieben Vermehrung der Typhusbacillen und Trübung der Flüssigkeit auffallend zurück. Die sauren Mischungen blieben klar; in ihnen gingen die Typhusbacillen umso eher zu Grunde, je höher ihr Säuregrad war. Es ist daher die Wirkung des Apolysin auf Typhusbacillen mindestens zum Theil als Säurewirkung aufzufassen.

— Nach 2½jährigen Versuchen über das Verhalten des **Europhen als Ersatzmittel des Jodoforms** kommt E. SAALFELD in Berlin („Ther. Monatsh.", 1895, Heft 11) zu dem Resultate, daß das Europhen in der Dermatologie, Syphilidologie und kleinen Chirurgie derzeit als das beste Ersatzmittel des Jodoforms anzusehen ist. Es vereinigt in sich die hervorragend guten Eigenschaften des letzteren, ohne dessen unangenehme zu besitzen. Gute Dienste leistete das Europhen zunächst bei Ulcus cruris. Es wurde in Substanz in dünner Schichte oder zusammen mit Acid. boric. subt. pulv. (zu gleichen Theilen oder 1 : 2) auf das Ulcus gestreut und die nässende Umgebung mit einem Europhenstreupulver (1 : 4 Talcum) bepudert. Die Geschwüre heilten rasch, die Narben waren glatt, fest und elastisch. Die Reizlosigkeit und Ungiftigkeit des Europhens seien besonders für die Kinderpraxis werthvolle Eigenschaften. In Fällen von Intertrigo verwendete S. folgenden Puder.

Rp. Europhen. . . . . 5·0—10·0
Lanolin. anhydr. . . . . 5·0
Talc. venet. . . . . 100·0
M. f. pulv.

Ganz besonders werthvoll erschien das Europhen für die Behandlung des Ulcus molle. Die Ulcera wurden 3mal täglich mit dem Pulver bestreut. Sie reinigten sich in kurzer Zeit und vernarbten rasch. Die günstige Beeinflussung stellte sich ausnahmslos bei allen Fällen ein und zeigte sich auch darin, daß die Zahl der vereiterten Inguinalbubonen nur gering war. Auch Ulcera mixta und stärker secernirende Primäraffecte wurden der Europhenbehandlung unterworfen, und zwar wurde das Mittel mit Calomel alcoholisatus zu gleichen Theilen angewendet. Ferner wurde das Europhen als Pulver oder als 10—20%ige Salbe:

Rp. Europhen. . . . . 3·0—6·0
Ol. olivar. . . . . 3·0
Lanolin. ad . . . . 30·0
M. f. ungt.

bei gummösen Geschwüren, nässenden Papeln und bei Ecthyma syphiliticum mit Vortheil angewendet. Von nichtvenerischen Hauterkrankungen heilten mehrere pustulöse Eczeme und Folliculitiden unter dem Gebrauch von 10%igem Europhenlanolin in verhältnißmäßig kurzer Zeit ab. Die gleiche Zusammensetzung erwies sich von Nutzen bei mehreren Fällen von Pemphigus vulgaris, Impetigo corporis und Impetigo contagiosa. Die Behandlung der Balanitis wurde durch ein Europhenstreupulver wesentlich erleichtert. Ferner wandte S. das Europhen als Pulver bei einfachen Operations- (Schnitt-) wunden an, so nach Exstirpation von Hauttumoren (hier auch als 10%iges Europhencollodium), Schankerexcisionen, Phimosen-Operationen, ferner nach Bubonenoperationen und als Deckmittel für galvano- oder thermokautisch gebrannte Stellen. Endlich erwies sich die große Adhäsionsfähigkeit des Europhens besonders vortheilhaft nach der Scarification von Acnepusteln und Gefäßerweiterungen, wobei ein Minimum des Mittels, auf Watte gebracht, genügte, um die kleine Blutung sofort zu stillen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 6. December 1895.

E. FUCHS stellt ein junges Mädchen mit einer eigenartigen Atrophie der Haut an beiden oberen Augenlidern vor. Die Haut, an sich ganz dünn und stellenweise durch Venenektasien geröthet, ist ungemein lax an die Unterlage angeheftet (Atrophie des subcutanen Zellgewebes). Bei geöffneten Lidern hängt sie wie ein Sack herunter. F. hat diese Erscheinung in einer Reihe von Fällen bei jungen und älteren Personen gesehen; stets datirte sie aus der Kindheit, betraf immer die oberen Lider beider Augen. In dem demonstrirten Falle greift die Affection der Haut über den Augenbrauenbogen auf die Stirnhaut über. Der Fall weicht von den übrigen Fällen, welche ätiologisch keinen Anhaltspunkt boten, auch insofern ab, daß die Veränderung seit 4 Jahren besteht, mit einer starken ödematösen Anschwellung begann, die sich sehr oft wiederholte; auch gegenwärtig besteht ein leichtes Oedem. Diese vorausgegangenen häufigen Oedeme dürften auch die Ursache der Schlaffheit und Ausdehnung der Lidhaut sein. In den übrigen Fällen, bei welchen das Oedem fehlt, möchte F. eine neuropathische Ursache annehmen analog wie bei der Ptosis myopathica.

Kaposi bemerkt, daß in dem vorliegenden Falle die Veränderung vollkommen dem entspreche, was man als Atrophia cutis idiopathica progressiva bezeichne.

CHROBAK demonstrirt das durch Operation gewonnene Präparat eines Sarcoms der Clitoris. Es stammt von einer 35-jährigen Frau, welche die Geschwulst seit 10 Jahren ohne besondere Beschwerden (Pat. hatte 3mal geboren) getragen hatte. Erst als die Geschwulst seit letztem Sommer zu wachsen begonnen und die Größe einer kleinen Kinderfaust erreicht hatte, wurde sie von CH. entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Sarcom. In der Literatur findet sich nur ein einziger von MARTIN beschriebener Fall von Sarcom der Clitoris. In früheren Jahren hat CH. öfter Clitoristumoren gesehen, die durch Smegmaretention bei geschlossenem Präputium entstanden waren, sogenannte Clitorissteine.

CH. berichtet ferner über 3 mit MARMOREK'S Antistreptococcen-Serum behandelte Fälle. Im 1. Fall, einem Erysipel bei einer Gebärenden, ging das Erysipel am 3. Tage nach Anwendung des Serums zurück, am 6. Tage stellte sich ein unbedeutendes Recidiv ein. Der 2. Fall betraf eine Myomotomirte, welche am 2. Tage nach der Operation unter den Zeichen einer acuten Operationssepsis erkrankte. Sie erhielt am nächsten Tage 20, am zweitnächsten Tage 10 Ccm. Serum. Tags darauf wurde eine Pneumonie manifest, welche von da ab glatt ablief. Der 3. Fall endlich betraf eine Frau, bei welcher von einem Arzte ein Forcepsversuch gemacht wurde, der nicht indicirt war, und wobei der Schädel des Kindes fracturirt wurde. Noch vor der Geburt 41·2° Temperatur, am 2. Tage nach der Geburt 40·2, am 3. Tage 2 Schüttelfröste, am 4. Tage wieder 2 Schüttelfröste, am 5. Tage 41·6, am 6. Tage 2 Schüttelfröste. Pat. erhielt in 3 Tagen 25 Ccm. Serum. Am Tage nach der letzten Injection noch leichter Schüttelfrost mit 40·5, von da ab rapider Temperaturabfall und normaler Verlauf. Am 12. Tage parametritische Infiltration nachweisbar. Ohne schon ein Urtheil über den Werth des Antistreptococcen-Serums abgeben zu können, kann CH. die völlige Unschädlichkeit der Injectionen constatiren.

E. LANG demonstrirt zwei Fälle von Lupus, welche auf operativem Wege (Exstirpation der Lupusherde und Transplantation nach THIERSCH) zur Heilung gelangt sind. Der erste Fall, ein ausgebreiteter Lupus ad nates, bot durch seine Localisation der Nachbehandlung besondere Schwierigkeiten. Gleichwohl ist das Mädchen,

welches von seinem 3. bis zu seinem 13. Lebensjahre vergeblich behandelt wurde, innerhalb 6 Wochen geheilt. Der zweite Fall, ein Lupus der Nase und beider Wangen, bot der Operation insoferne Schwierigkeit, als die Nasenschleimhaut mitergriffen war. Auch dieser Fall, der vor 3 Wochen operirt wurde, ist geheilt. Schließlich demonstrirt L. ein Nasenlämpchen, mittelst dessen es auf dem Wege der Durchleuchtung gelingt, sich über Lupusherde im Inneren der Nase zu orientiren.

Heinrich Weiss stellt ein Mädchen vor, welches, nachdem es kurz vorher an Chorea gelitten hatte, mit Krämpfen der rechten Hand von tremorartigem Charakter auf die Abtheilung Benedikt aufgenommen worden war. Die Pat. führte die Krämpfe auf einen Fall zurück. Es fand sich in der That eine empfindliche Stelle in den Strecksehnen des Vorderarmes. Durch 2 Injectionen einer 2% Carbolsäurelösung wurden die Krämpfe vollständig beseitigt. Diese Injectionen empfehlen sich auch bei einer Reihe von Beschäftigungsneurosen, z. B. Clavierkrampf, mit empfindlichen Stellen an den Sehnen, sowie bei krampfhafter Torticollis.

Biedl: Die Centren der Splanchnici.

Vortr. gibt zunächst eine historische Skizze der Entwicklung der Lehre von den vasomotorischen Centren. Heute gelte es als sicherer Satz, daß das Rückenmark in seiner ganzen Ausdehnung — vielleicht mit Ausnahme des untersten Lendenmarks — Centren für die gefäßverengernden Nerven enthalte. B. hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, das Centrum für den Splanchnicus anatomisch nachzuweisen. Zur Beantwortung dieser Frage hat er gewisse Erfahrungen der Nervenlehre aus neuester Zeit herangezogen; vor Allem die Erfahrungen mit den Methoden von Nissel und Marechi über die Degeneration von in ihrer Continuität unterbrochenen Nerven, welche, wie auch die Nachprüfungen B.'s ergeben, eine acute Degeneration des peripheren Theiles und eine langsamer verlaufende, durch Alteration der entsprechenden Ganglienzellen eingeleitete Degeneration im centralen Abschnitte zeigen. Den dabei erhobenen Nebenbefund, daß die mittelst der Nissel'schen Methode constatirbare Erkrankung der Ganglienzellen zur Localisation gewisser Nervencentren verwendet werden kann, zog B. für den Splanchnicus in Anwendung. Bei 3 Thieren wurde der Splanchnicus knapp oberhalb des Zwerchfells durchschnitten und ein circa 1 Cm. langes Stück excidirt. Die Thiere wurden dann getödtet und die Untersuchung des Rückenmarks und der Nerven nach der Methode Nissel's vorgenommen. Das Resultat war eine Degeneration im peripheren und centralen Antheil. Bezüglich des Splanchnicuscentrums ergab sich, daß dasselbe an der Grenze zwischen Hals- und Brustmark gelegen sei, daß sich aber dasselbe nicht auf diese Stelle allein beschränke, sondern daß die Ganglienzellen daselbst wohl am dichtesten anzutreffen sind, sich aber noch nach aufwärts bis zum 6. Hals-, nach abwärts bis zum 5. Brustnerven erstrecken. Diese Ganglienzellen des Splanchnicus liegen in motorischen Regionen des Rückenmarks; sie zeigen weder in der Größe, noch im Baue irgendwelche Unterschiede von den sonstigen motorischen Centren der Vorderhörner. Es besteht somit eine vollständige Uebereinstimmung des Splanchnicus mit den cerebrospinalen motorischen Nerven. Ba.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 27. November 1895.

Vorsitzender Prof. Kolisko.

Doc. Dr. Redlich: Zur Pathogenese der Syringomyelie.

Die Frage der Pathogenese der Syringomyelie ist noch immer nicht entschieden. Sicher gilt nur das Eine: nicht jede Höhlenbildung im Rückenmark hat die gleiche Bedeutung und den gleichen Ursprung. Das Vorkommen von Syringomyelie im Anschluß an ein Trauma weist darauf hin, daß Syringomyelie aus einer Blutung hervorgehen kann; es ist dies auch durch eine Demonstration auf der Lübecker Naturforscherversammlung wahrscheinlich gemacht worden. Die von Redlich demonstrirten Präparate entstammen dem Rückenmark eines 5 Monate alten, in Folge eines enormen Hydrocephalus gestorbenen Kindes, welches Dr. Neurath voriges Jahr im „Wiener medicinischen Club" vorzustellen Gelegenheit hatte. Höhlenbildung im Rückenmark bei Hydrocephalus ist nicht selten; doch handelt es sich dabei in der Regel um Hydromyelie, d. h. um eine vollkommen mit Centralcanalepithel ausgekleidete Höhle. Im vorliegenden Falle war jedoch der Befund ein wesentlich anderer. Der Centralcanal war im untersten Brustmark stark erweitert — Hydromyelie — und sandte in den Hinterstrang ein mit Epithel bekleidetes Divertikel. Weiter oben fand sich aber eine Höhle im Hinterstrang, welche nicht mit dem Centralcanale im Zusammenhang stand, und welche nach aufwärts in die graue Substanz der Hinterhörner bis zum Kopfe derselben Fortsätze schickte. Es ist klar, daß diese Höhle als Syringomyelie aufzufassen ist. Aus der genaueren Betrachtung ergab sich, daß die Höhle gewissermaßen eine Fortsetzung des weiter unten im Rückenmark bestehenden Centralcanaldivertikels war. Es zeigten sich nämlich sowohl in diesem Divertikel, wie auch in der eigentlichen Syringomyelie allenthalben, theils in der Höhle selbst, theils in deren Wand und Umgebung deutliche Zeichen von Blutungen, frische Extravasate und in Zellen eingeschlossenes Blutpigment. Wahrscheinlich war es in dem Divertikel zu einer Blutung gekommen, welche sich röhrenförmig nach aufwärts erstreckte. Die Annahme einer solchen Blutung findet eine Stütze in dem Schultze'schen Falle, wo sich Divertikelbildung, Hydromyelie und intra partum entstandene Blutungen in diese Höhle und ihre Umgebung fanden. Etwas Aehnliches läßt sich auch in dem vorliegenden Falle annehmen. Die Geburt des Kindes dauerte 5 Tage und mußte mit der Zange beendigt werden; der Anstoß zur Höhlenbildung war aber möglicher Weise durch eine intra partum entstandene Blutung gegeben, während sich die Hydromyelie späterhin im Anschluß an den Hydrocephalus entwickelte.

Aus diesem einzelnen Falle, wo durch den Hydrocephalus ganz besonders abnorme Verhältnisse vorlagen, darf man allerdings keinen Schluß auf alle übrigen Fälle von Syringomyelie ziehen und es läßt sich ein ähnliches Verhalten wohl bei vielen Fällen von Syringomyelie nachweisen.

So in einem zweiten Falle, welchen Vortr. im vergangenen Jahre anatomisch untersuchte. Es handelte sich um eine Spina bifida mit Hydromyelie. Auch hier hatten umfangreiche Blutungen in die Umgebung des Centralcanales stattgefunden. Auch beim Erwachsenen könnten vielleicht ähnliche Processe zur Höhlenbildung führen. Es erfolgt eine Blutung in ein Divertikel der Hydromyelie, in Folge des großen Druckes vom Gehirne her (Hydrocephalus) findet eine Ausweitung des Divertikels statt. Auf diese Weise erklärt sich auch der von Schlesinger festgestellte Befund, daß die Wand der Höhle wenigstens streckenweise Centralcanalepithel trägt. Ein Fehlen von Blutextravasat im Hohlraum spricht natürlich beim Erwachsenen nicht gegen eine solche Genese.

Discussion.

Dr. Hermann Schlesinger betont die Wichtigkeit der Befunde Redlich's. Der Befund von frischeren oder älteren Blutungen in der Wand von Syringomyelien oder in dem Hohlraum selbst ist ein häufiger und hat ihn Sch. bei seinen Untersuchungen über Syringomyelie oft erhoben. Jedoch ist die Deutung dieses Befundes eine außerordentlich schwierige, da die Blutung auch nachträglich in die bereits gebildete Wand oder in den bereits vorhandenen Hohlraum erfolgen kann. Gelegenheit zu solchen Blutungen ist umso leichter gegeben, als Gefäßveränderungen gerade bei Syringomyelie zu den häufigen Vorkommnissen gehören und eine Ruptur der veränderten Gefäßwand schon auf ein leichtes Trauma hin erfolgt. Und in der That findet man so häufig eine acute Progression der Erscheinungen beschrieben, so oft (in jüngster Zeit besonders von Hatschek) den acuten Beginn des Krankheitsprocesses nach einem Trauma notirt, daß man an begleitende oder das Krankheitsbild veranlassende Blutungen in das Rückenmark denken muß.

Der Befund Redlich's dürfte vor Allem die Genese einer Reihe von Fällen erklären, welche anatomisch zu den atypischen Formen gehören, so besonders der in den Hintersträngen paarig auftretenden Hohlräume, wie in einem Falle Leyden's.

Der Anschauung des Vortr., daß die Genese der Syringomyelie keine einheitliche sei, kann Sch. nur vollkommen beistimmen, will aber hervorheben, daß auffallend oft sich causale Beziehungen zu Gefäßerkrankungen ergeben dürften.

Sch. macht auf ein in dieser Hinsicht noch nicht berücksichtigtes Factum aufmerksam. Erstreckt sich bei Syringomyelie der Hohlraum bis in die Medulla oblongata, so nimmt er fast immer eine bestimmte Stelle ein. Es ist nun auffallend, daß bei der acuten Bulbärparalyse, und zwar in jenen Fällen, in welchen es sich um eine Erkrankung der A. cerebellaris post. inf. handelt, oft

ein Gebiet erweicht, welches sich räumlich vollkommen mit jenem deckt, das gewöhnlich vom Spalt eingenommen wird. Es ist also in Folge einer zweifellosen Gefäßerkrankung dasselbe Gebiet destruirt, welches bei Syringomyelie von einem Spalt unbekannter Aetiologie occupirt wird. Dasselbe Gebiet war weiters in einem von SCHULTZE vor Kurzem mitgetheilten Falle von einer Blutung eingenommen; dieser Autor machte auch auf die räumliche Uebereinstimmung der beiden Krankheitsprocesse (Hämorrhagie und Syringomyelie) aufmerksam.

Dr. J. WEISS demonstrirt einen **Fall von musikalischem Herzgeräusch.**

(Erscheint in extenso.)

Dr. OSCAR REICHEL demonstrirt **zwei Fälle von peripherer Neuritis auf alkoholischer Basis**, die jenem Typus entsprechen, welchen CHARCOT als Alkohollähmung beschrieben und durch einen bestimmten Symptomencomplex charakterisirt hat. Vortr. bemerkt, daß wir auf Grund unseres heutigen Wissens jener Erkrankung wohl kaum eine besondere Stellung unter den peripheren Neuritiden einräumen dürfen, da jene von CHARCOT charakterisirten Symptome — wie die besonders die unteren Extremitäten afficirenden motorischen Erscheinungen mit vornehmlicher Betheiligung der Extensoren und dem daraus hervorgehenden paralytischen Klumpfuß, die geringere Affection der Interossei an den Händen, die hochgradige Schmerzhaftigkeit, die sowohl spontan als auf äußere Reize in Erscheinung tritt, das Zunehmen der motorischen und sensiblen Affection gegen die Endglieder, die rasch sich entwickelnden Atrophien, besonders im Cruralis- und Peroneusgebiet, die vasomotorischen und trophischen Phänomene, wie die Cyanose der Beine und das Knöchelödem, die periarticulären Schrumpfungsvorgänge, besonders im Sprung- und Kniegelenk, endlich die psychischen Alterationen — nicht nur bei der Alkohollähmung, sondern auch bei peripheren Neuritiden auf anderer, z. B. infectiöser Basis zu finden sind.

Trotzdem wird man im einzelnen Falle, wenn jener von CHARCOT charakterisirte Symptomencomplex mit in seinen Einzelheiten typisch abgestufter Intensität vorliegt, in der Lage sein — und so geschah es in den beiden vorzustellenden Fällen — die Diagnose der Alkohollähmung noch vor Aufnahme der Anamnese mit größerer Wahrscheinlichkeit zu machen, worauf dann das Zugeständniß des Potatoriums und in erster Linie der nach Entziehung des Alkohols rasch auftretende Rückgang der Erscheinungen der Diagnose Sicherheit verleiht.

So weisen jene beiden Fälle, die sich 2, resp. 3 Wochen im Krankenhaus befinden, in Folge der Alkoholentziehung eclatante Besserung auf.

E. B., 40jähriger Wirthschaftsbesitzer, nicht nachweisbar hereditär neuropathisch belastet. Seit 10 Jahren Abusus spirituosorum — täglich zwei Liter Bier, Früh und Abends je $^1/_{16}$ Liter Schnaps, zeitweise größere Mengen Weins. Vor 3 Jahren erkrankte er mit langsam zunehmender körperlicher Schwäche, gleichzeitig auftretenden Parästhesien in den unteren Extremitäten in Form von Ameisenlaufen und Gefühl von Pampstigsein. Bald darauf diffuse Schmerzen in den unteren Extremitäten, ein Gefühl des Zerschlagenseins, schmerzhafte Krämpfe in der Fuß- und Wadenmusculatur. Außerdem gastrische Symptome, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Vomitus matutinus. Seit 2 Jahren Husten, Fieber, Nachtschweiße.

Im April d. J. Lähmung der unteren Extremitäten, seitdem Bettlägerigkeit. In letzterer Zeit psychische Alteration in Form auffallender Reizbarkeit, Amnesie, Schlaflosigkeit.

Die Untersuchung des Pat. ergibt schlechten Ernährungszustand, ausgesprochene Anämie, etwas rigidere Arterien. Affection beider Lungenspitzen. Die Gehfähigkeit ist aufgehoben in Folge hochgradiger Schwäche der Beine. Händedruck deutlich abgeschwächt. Die Lähmung betrifft in erster Linie die Extensoren, an den unteren Extremitäten den Quadriceps, die Mm. peronei und den Extensor digitorum communis longus et brevis, an den Händen die Interossei. Beiderseits paralytischer Klumpfuß, der jetzt leicht zu redressiren ist. Eine noch vor 2 Wochen bestandene Beugung im Kniegelenk ist bereits zurückgegangen. Zu periarticulären Wucherungen ist es noch nicht gekommen, weil dem Fortschreiten der Erkrankung rechtzeitig Einhalt gethan ward. Coordinationsstörungen sind an den oberen Extremitäten vorhanden, so daß Pat. feinere Leistungen nicht ausführen kann, an den unteren Extremitäten sind sie durch die motorische Schwäche verdeckt.

Die anamnestisch beschriebenen Sensibilitätsstörungen, sowie Druckschmerzhaftigkeit der Nerven, Sehnen, Muskeln und Knochen, die beim Spitalseintritt noch nachweisbar waren, sind geschwunden.

Insbesondere macht der Vortr. auf die Schmerzen beim Beklopfen der Tibia aufmerksam, die scheinbar zu wenig gewürdigt sind. Dieselben sind in beiden vorgestellten Fällen sehr auffallend ausgesprochen und mußten wohl in das Periost verlegt werden.

Patellar-, Haut- und Cremasterreflexe fehlen vollkommen. Hochgradige Atrophie der Musculatur an den unteren Extremitäten, geringere an den Interossei der Hände. Die atrophischen Muskeln zeigen Aenderung der elektrischen Erregbarkeit in Form theils totaler, theils partieller EAR.

Die bei seinem Spitalseintritte beobachteten vasomotorischen Phänomene, wie beiderseitiges Knöchelödem und leichte Cyanose der Füße, bestehen nicht mehr.

F. V., 44jähriger Sattler, trinkt seit mindestens 20 Jahren täglich drei Liter Bier, zeitweise auch Schnaps und Wein. Bis vor 3 Monaten gesund, erkrankte er mit Schmerzen am Kreuz, Gesäß, Knie und Knöcheln, theils messerstichähnlichen, theils blitzartigen Charakters mit nächtlicher Exacerbation, so daß er 6 Wochen schlaflos ist. Daneben Parästhesien in Form von Kriebeln und Formicationen. Bald darauf totale Lähmung der unteren Extremitäten. Psychische Alteration machte sich als allgemeine Reizbarkeit und Gedächtnißschwäche bemerkbar; Hallucinationen oder unangenehme Träume fehlten.

Eine jetzt noch vorhandene Rippengeschwulst (Fungus) besteht seit vier Monaten.

Die Untersuchung des Pat. ergibt ein dem ersten Fall analoges Bild. Paraplegie mit noch vorhandener Beugung der Unter- gegen die Oberschenkel. Beiderseitiger paralytischer Klumpfuß. Atrophie der Muskeln und EAR in derselben Ausdehnung wie im erstvorgestellten Falle. Die schmerzhaften Parästhesien sind bis auf geringes Stechen in den Zehen zurückgegangen. Die Druckschmerzhaftigkeit der Sehnen, Muskeln und Knochen ist noch ausgesprochen; die Anästhesie, die vor 8 Tagen bis zu den Knien hochgradigst entwickelt war, ist gänzlich geschwunden. Das Kniephänomen ist als Reflexus paradoxus vorhanden, d. h. es erfolgt bei Beklopfen der Sehne des Quadriceps langsame Contraction der Beuger, während die Strecker nicht reagiren, so daß statt der Streckung Beugung eintritt. Dies ist die Folge der stärkeren Atrophie der Extensoren, so daß von dem multimusculären Reflex der Effect der Beuger allein erübrigt. Zu Sehnenschrumpfungen ist es wie im ersten Falle noch nicht gekommen, die Stellung der Beine ist allein durch den stärkeren Tonus der Flexoren gegeben. Die noch vor einer Woche nachweisbare Cyanose der Füße ist geschwunden. Keine Coordinationsstörungen.

Die Prognose beider Fälle müßte als eine günstige bezeichnet werden, wenn nicht bei beiden Pat. die tuberculöse Affection, die ein gewöhnliches Vorkommniß bei der alkoholischen Polyneuritis vorstellt, vorhanden wäre.

Interessant ist es, daß beide Pat. Männer sind, da von CHARCOT und von GOWERS das Vorkommen der alkoholischen Polyneuritis beim weiblichen Geschlecht mit 70% veranschlagt wird.

H. SCHLESINGER demonstrirt im Anschlusse hiezu einen Fall von **typischer Arsenikneuritis.** Der Kranke hatte vor 7 Jahren ein Suicidium mit Arsenik versucht und wurde bald darauf an allen vier Extremitäten gelähmt. Die Lähmungen gingen nur zum Theile zurück. Es besteht hochgradige Atrophie der Musculatur beider Beine, geringe Sensibilitätsstörungen. Die Patellarreflexe erloschen. Die Haut glatt und glänzend. Exquisiter Steppergang.

Vortr. bemerkt mit Rücksicht auf die früher vorgestellten Fälle, daß entgegen der Ansicht CHARCOT's die psychischen Störungen nicht der alkoholischen Form der Polyneuritis allein zukommen, sondern auch bei den infectiösen Formen, besonders Beri-Beri, auftreten können.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

Sitzung vom 30. October 1895.

GLUCK stellt 4 Pat. vor, welche von 12 in den letzten Jahren wegen Kehlkopfgeschwülste von ihm operirten Kranken noch am Leben sind. In 2 Fällen, welche vor $4^1/_2$, bezw. $3^1/_2$ Jahren wegen Kehlkopfcarcinom operirt wurden, ist mehr als die Hälfte des Kehlkopfs entfernt worden. Trotzdem ist die Function in Bezug auf die Sprache eine recht gute, indem das Stimmband der gesunden Seite sich über die Medianlinie herüber an die Narbe anlegt. Im 3. Falle wurde der halbe Kehlkopf wegen eines cavernösen Sarcoms mit gleich günstigem Erfolge entfernt. Der 4. Fall betrifft eine Laryngofissur wegen multipler Papillome.

ROTTER: Günstigere Dauererfolge durch eine verbesserte operative Behandlung der Mammacarcinome.

Nach Einführung der Antiseptik hatten sich die Dauerresultate der operativen Behandlung der Mammacarcinome von 4—5% auf 25—30% gehoben. Noch viel günstigere Resultate hat Redner mittelst einer auf Grund der HEIDENHAIN'schen Untersuchungen ver-

änderten Operationsmethode erzielt. Von 30 operirten Frauen leben jetzt noch 17; nur 2 haben ein locales Recidiv gezeigt. HEIDENHAIN konnte feststellen, daß die localen Recidive gewöhnlich unter der Haut im M. pectoralis major sitzen, und daß die zwischen Mamma und Muskel befindliche Pectoralfascie fast regelmäßig erkrankt war. Er schlug deshalb vor, nicht blos die Fascie, sondern auch eine oberflächliche Schicht des Muskels mit fortzunehmen. R. hält aber das Abpräpariren einer dünnen Muskelschicht in der ganzen Ausdehnung des Muskels für sehr schwierig und nicht zuverlässig und hat daher bei seinen Operationsfällen die ganze Dicke des M. pector. major im Bereich der Portio sternalis fortgenommen.

Der Ausfall des Sternaltheiles des Muskels hat für die Function nichts zu bedeuten, erleichtert aber die Operation sehr. In Fällen, in denen die infraclaviculären Drüsen ebenfalls inficirt und vergrößert und mit der Muskelportion Verwachsungen oder Verklebungen eingegangen sind, hat R. den ganzen Muskel entfernt. Da die Mamma auch noch den Fascien des M. obliquus abdom. und des M. serratus major anliegt, so wird er in Zukunft auch diese mit fortnehmen.

In schweren Fällen von Mammacarcinom und Verwachsung desselben mit der Haut hat R. die ganze, die Mamma bedeckende Haut fortgenommen. Bei größeren Tumoren entstehen Hautdefecte von 25—30 Cm. Ausdehnung, doch lassen sich diese leicht decken wegen der Wegnahme des M. pector. maj. Die Krebsimpfung in die Wunde sucht R. dadurch zu vermeiden, daß er das ganze Carcinom mit seiner Umgebung in einem Stück herausschält. Der Blutverlust ist eher etwas geringer als früher; die Pat. verlassen am 4.—5. Tage das Bett. Da die Indicationen für die Operation dieselben geblieben, bezw. von R. noch etwas erweitert worden sind, so sind die erzielten besseren Resultate offenbar nur auf die Veränderungen der Operationsmethode zurückzuführen.

BLAU: Beitrag zur Kenntniß des Cholesteatoms des Schläfebeines.

Redner fand in einem Falle von chronischer Eiterung aus dem linken Ohr mit Perforation des Trommelfelles bei der Paracentese zahlreiche gelb gefärbte Schleimflocken, welche mit goldglänzenden Plättchen übersäet waren. Diese bestanden aus Cholestearinkrystallen. Bei Aufmeißelung des Warzenfortsatzes zeigte der sklerotische Knochen des Antrum mastoideum eine gelblichweiße, perlmutterartige Schicht, und bei mikroskopischer Untersuchung war das ganze Gesichtsfeld mit Cholestearinkrystallen überschwemmt. Sublimatausspülung, Tamponade, schnelle und vollständige Heilung. —r.

Notizen.

Wien, 7. December 1895.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 30. November l. J. wurde unter Anderem ein Gutachten über die sanitären Gesichtspunkte abgegeben, welche sich aus dem Projecte für die Umgestaltung des Wiener Donau-Canales in einen Handels- und Winterhafen in Folge der Einleitung der beiderseits geführten Sammelcanäle sowohl mit Rücksicht auf die gegenwärtigen Wohnungsverhältnisse Wiens als auch in Bezug auf den in Zukunft zu gewärtigenden Ausbau des Wiener Stadtgebietes ergeben. Der Oberste Sanitätsrath stellte die Verhältnisse fest, unter welchen bei ungünstigen Niederschlags- oder Stauungsverhältnissen durch das Ueberfluthen der städtischen Unrathsabwässer aus den Nothauslässen der Sammelcanäle in den Donau-Canal, sowie durch die massenhafte Unrathsansammlung oberhalb der Mündung desselben in die Donau eine in sanitärer Beziehung bedenkliche Verunreinigung des durch Stauvorrichtungen verlangsamten Wasserlaufes im Donau-Canale und in der Donau an der Canalmündung verursacht würde. Im Anschlusse hieran wurden die nothwendigen Maßnahmen zur Verhütung solcher sanitärer Gefahren bezeichnet und die Nothwendigkeit hervorgehoben, auf ihre rechtzeitige Durchführung Bedacht zu nehmen. In dieser Hinsicht gelangte zur eingehenden Erörterung der Einfluß von Abfangcanälen zur eventuellen Entlastung der Sammelcanäle, die Nothwendigkeit der baldigen Fortsetzung dieser Sammelcanäle bis zur Donau unter Bedachtnahme auf mechanische Reinigungsvorrichtungen vor dem Ablassen des Canalwassers in die Donau, sowie das Eventualproject einer Berieselung des Marchfeldes, welche sich vom ökonomischen Standpunkte aus zwar wenig aussichtsvoll erwiesen hat, jedoch vom Standpunkte der sanitären Interessen von außerordentlicher Wichtigkeit und aus diesen Gründen zur Durchführung dringendst zu empfehlen ist.

(Niederösterreichischer Landessanitätsrath.) In seiner letzten vormonatlichen Sitzung sprach sich dieser Fachrath über die beantragte Auflassung der Leichen-Signalapparate in den Leichenkammern der Wiener k. k. Krankenanstalten aus. Er stimmte zwar den von den Vorständen dieser Anstalten zur Begründung der Entbehrlichkeit dieser Apparate vorgebrachten Ausführungen vollkommen bei, denen zufolge bei der entsprechend eingerichteten und tadellos geübten Leichenbeschau eine Gefahr des Lebendigbegrabenwerdens überhaupt nicht existire. Gleichwohl sprach sich der Landessanitätsrath, von der Erwägung geleitet, daß die Furcht vor dem Scheintode und dem Lebendigbegrabenwerden tief im Menschen wurzelt, für eine unausgesetzte Ueberwachung der Leichen vom letzten Athemzuge bis zum Eintreten der Fäulnißerscheinungen, als dem sichersten Zeichen des eingetretenen Todes, und somit auch für die diese Ueberwachung unterstützende Verwendung gut functionirender Signalapparate aus. Einen ferneren Gegenstand der Berathung bildeten die Maßnahmen zur Hintanhaltung von Milzbrandinfectionen in den gewerblichen Betrieben der Bürstenmacher und Roßhaarspinner. Der Landessanitätsrath sprach sich für die Einführung der obligatorischen Desinfection der Rohwaare, sei es nun mittelst Einwirkung von strömendem Wasserdampfe, sei es durch die vom hygienischen Institute als gleich wirksam befundene Behandlung mit Formaldehyddämpfen, aus. Für die Durchführung des einen oder des anderen dieser Desinfectionsverfahren, der sich in den kleinen Gewerbebetrieben zweifellos bedeutende finanzielle und technische Schwierigkeiten entgegenstellen würden, glaubte der Landessanitätsrath die Errichtung eigener centraler Desinfectionsanstalten empfehlen zu müssen.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) In der dieswöchentlichen wissenschaftlichen Versammlung hielt Dr. GUST. KOLISCHER einen Vortrag über „Diagnose und Therapie der Erkrankungen der weiblichen Blase", in welchem er zunächst über die auf Grundlage der neuen Untersuchungsmethoden mittelst des Cystoskops gewonnenen Resultate referirte und weiters auf Grund eigener Erfahrungen eine Reihe wichtiger Beiträge zu diesem Capitel brachte. Der Vortrag wird demnächst in extenso in diesen Blättern veröffentlicht werden.

(Aus Berlin) schreibt man uns: Am 2. December d. J. begingen die hiesigen militärärztlichen Bildungsanstalten die Feier ihres hundertjährigen Bestehens. Aus der Medicinisch-chirurgischen Pépinière — seit 1818 Medicinisch chirurgisches Friedrich-Wilhelms-Institut — und der 1811 gegründeten medicinisch-chirurgischen Akademie für das Militär hervorgegangen, hat sich diese Institution aus kleinen Anfängen zu der Höhe einer Musteranstalt entwickelt. Männer, wie HELMHOLTZ, VIRCHOW, REICHERT, dann PH. MUNK, LEYDEN, NOTHNAGEL, SCHMIDT-RIMPLER, FISCHER, v. WINCKEL sind aus der Reihe der Stabsärzte des Institutes hervorgegangen. Die Festlichkeiten anläßlich des Jubiläums bestanden in einem feierlichen Act in der Aula der Universität, einem Festessen und einem großen Commers der Studirenden.

(Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.) Der achte Band dieses in dritter, gänzlich umgearbeiteter Auflage erscheinenden encyclopädischen Colossalwerkes kommt soeben seitens der Verlagshandlung Urban & Schwarzenberg zur Ausgabe. Der 46 Druckbogen starke Band enthält die Artikel Fistel bis Gehirnkrankheiten (Tumoren). Es braucht wohl nicht neuerdings hervorgehoben zu werden, daß, wie in den früheren Auflagen und vorausgegangenen Bänden, auch in diesem Bande die Bearbeitung der einzelnen Capitel sowohl vom wissenschaftlichen, wie vom encyclopädischen Standpunkt eine mustergiltige ist. Wir beschränken uns darauf, einzelne größere Artikel und deren Autoren hervorzuheben: Fistel (JUL. WOLFF), Flecktyphus (MOSLER), Fleisch, Fleischbeschau, Fleischconserven, Fleischextract (LOEBISCH), Fleischgift (HUSEMANN), Fötus, Fötalkrankheiten (KLEINWÄCHTER), Fracturen

(A. v. BARDELEBEN), Frühgeburt (SCHAUTA, E. HOFMANN), Furunkel (UNNA), Fußgelenk, Fuß (E. GURLT), Galle (I. MUNK), Gallensteine (C. A. EWALD), Gallenwege (KÖRTE), Galvanokaustik (A. v. BARDELEBEN), Galvanolyse (A. KUTTNER), Ganglion (ALBERT), Gasbäder (KISCH), Gebärhäuser (E. G. ORTHMANN), Geburt (KLEINWÄCHTER), Geburtsstatistik (OLDENDORFF), Gefängnißhygiene (WERNICH), Gefäße (LANDOIS), Geheimmittel (HUSEMANN), Gehirn (MENDEL, GAD), Gehirnhäute (HEUBNER), Gehirnkrankheiten (EULENBURG, M. BERNHARDT, L. GOLDSTEIN, L. BRUNS).

(Universitäts-Nachrichten.) Prof. Dr. BOLESLAUS WICHERKIEWICZ in Posen wurde zum ordentl. Professor der Augenheilkunde an der Universität in Krakau ernannt. — Geh.-Rath Prof. Dr. BRAUN in Königsberg ist an Stelle KÖNIG's nach Göttingen berufen worden. — Die Doc. Dr. DÜHRSSEN in Berlin und Dr. K. A. BIER in Kiel wurden zu a. o. Professoren ernannt. — Habilitirt: In München Dr. L. v. STUBENRAUCH für Chirurgie.

(Ist ein Local feucht?) Die Beantwortung dieser Frage, die oft genug an den Arzt herantritt, ist nicht leicht. Denn ein Raum kann auch feucht sein, wenn nicht gerade der Salpeter auf den Wänden blüht oder die Pilze in den Ecken sprossen. Hier eine leicht auszuführende Probe: Man gibt in den verdächtigen Raum genau ein Kilogramm frisch gelöschten Kalk, schließt dann hermetisch Fenster und Thüren. Nach 24 Stunden wiegt man den Kalk vom Neuen. Wenn die Gewichtszunahme mehr als 10 Grm., d. h. mehr als 1% beträgt, dann ist der Raum als feucht und gesundheitsschädlich zu erklären.

(Cholera.) In der Woche vom 26. November bis 2. December wurden aus Galizien 15 Erkrankungen und 14 Todesfälle (gegen 28 Erkrankungen und 11 Todesfälle in der Vorwoche) an Cholera asiatica gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August l. J. constatirten Choleraerkrankungen beträgt 394, die Mortalität 72·5%.

(Statistik.) Vom 24. bis inclusive 30. November 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6520 Personen behandelt. Hievon wurden 1440 entlassen; 140 sind gestorben (8·86% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 73, egyptischer Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 123, Scharlach 91, Masern 454, Keuchhusten 70, Wundrothlauf 49, Wochenbettfieber 6, Parot. epid. 1, Influenza 1, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 574 Personen gestorben (+ 42 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: in Wien der Primararzt des Kaiser Franz Josef-Spitales Dr. BARTHOLOMÄUS ZBOŘIL im 48. Lebensjahre; ferner der prakt. Arzt Dr. SAKELARIDES, 44 Jahre alt und der Zahnarzt Dr. FERD. BERNHART im 77. Lebensjahre; in Basel der ehemalige Professor der vergleichenden Anatomie L. RÜTIMEYER; in Moskau der Professor der Bacteriologie A. J. WOÏNOW, welcher den Folgen einer Infection mit virulenter Bacteriencultur erlag; in Caen der Professor der Geburtshilfe, Dr. BOURIENNE.

Die Höchster Farbwerke zeigen an, daß des **leichteren Dispensirens wegen** von jetzt ab **Prof. Dr. Ladenburg's Lysidin 50procentig,** auch in Form seines **sauren weinsauren Salzes** (Lysidinbitartrat) in den Handel gebracht wird. Dieses letztgenannte Präparat ist ein weißes, in Wasser lösliches, krystallinisches Pulver, welches ganz luftbeständig ist, und entsprechen 10 Grm. Lysidinbitartrat circa 7·2 Grm. Lysidin 50procentig, resp. 3·6 Grm. Lysidin 100procentig. Auch die Preise für **Prof. Dr. Ladenburg's Lysidin 50procentig** sind bedeutend ermäßigt worden.

Um den Wohlgeschmack von allen Suppen für Kranke, auch wenn sie nur mit Wasser hergestellt sind, außerordentlich zu erhöhen, genügt ein kleiner Zusatz von **Maggi's Suppenwürze.**

Die beachtenswerthen Versuche des Herrn Dr. ADALBERT HEINDL an der Klinik des Herrn Prof. CHIARI mit **Lignosulfit-Inhalationen gegen catarrhalische Erkrankungen der Luftwege und Tuberculose derselben** haben hier in Wien zur Errichtung zweier Lignosulfit-Inhalatorien geführt, und zwar: I., Rathhausstraße 13 unter Leitung des Herrn **Dr. B. Turnauer** und II., Römisches Bad unter Leitung der Herren **DDr. Samek** und **Rottmann.** Die bisherigen Publicationen empfehlen Lignosulfit-Inhalationen als ausgezeichnetes Unterstützungsmittel bei Behandlung acuter und chronischer Catarrhe der Luftwege, Asthma bronchiale und Bronchitis putrida.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 9. December 1895, 7 Uhr Abends

im neuen Saale der k. Akademie der Wissenschaften (I., Universitätsplatz 2).

Programm:

Dr. HERMANN SCHLESINGER: Ueber subphrenischen Absceß.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 11. December 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Dr. R. HIRSCH: Zur Klinik der Halsrippen.
3. Dr. F. KORNFELD: Ueber die Beziehungen der Krankheiten des Harnapparates zu den Krankheiten anderer Organe und des Gesammtorganismus.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der medicinischen Verlagsbuchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien über den **„Anatomischen Atlas für Studirende und Aerzte"** unter Mitwirkung von Prof. Dr. ALOIS DALLA ROSA herausgegeben von **Prof. Dr. Carl Toldt** in Wien. Wir empfehlen die Beilage der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen" etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unsrer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse" kosten 36 kr. = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die **„Med. Presse"** 1 fl. 15 kr. (2 Mark); **„Wiener Klinik":** 70 kr. (1 Mark 20 Pf.); **„Therapie der Gegenwart":** 80 kr. (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

ANZEIGEN.

Nr. 50. Sonntag den 15. December 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in Wien, I., **Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ursächliches Verhältniss der Lungencatarrhe zur bacillären Tuberculose.

Von **Generalarzt Dr. H. Frölich** in Leipzig.

Es ist bewiesen und bekannt, daß Verwundungen der Haut und der Schleimhäute das Eindringen von Fremdkörpern (Staub, Bacillen etc.) in den Organismus erleichtern. Auch die krankhaft, z. B. catarrhalisch, veränderte Schleimhaut der Athmungswege kann, nimmt man an, die Ansiedlung der in der eingeathmeten Luft befindlichen Tuberkelbacillen begünstigen.

Ich glaube indeß, es liegt kein genügender Anlaß vor, die einfachen Erkrankungen der Athmungswege als erweiterte Pforten für die Ansiedlung von Tuberkelbacillen zu betrachten. Der Eintritt von Bacillen in die Athmungswege vollzieht sich, wie ich meine, gelegentlich sowohl bei Kranken als auch bei Gesunden, hier ebenso häufig oder so selten wie dort, so daß er lediglich von der Anwesenheit der Bacillen und eines Trägers derselben abhängig bleibt. Die Festhaltung der Bacillen in den Athmungswegen aber und ihre Ansiedlung kann meines Erachtens von leichten Erkrankungen der Athmungswege, namentlich von Catarrhen, vielleicht sogar erschwert werden.

Betrachten wir das Verhalten des mit der Athmung eindringenden Staubes, der Träger der Tuberkelbacillen sein kann und bei der thatsächlichen Einführung von Bacillen in die Athmungswege es wahrscheinlich regelmäßig ist, so wird der Staub als Fremdkörper eine gesunde Schleimhaut der Athmungswege reizen und alsbald ausgehustet werden. Eine an Staub gewöhnte Schleimhaut ist weniger empfindlich und wird deshalb zu einem nachgiebigeren und gastfreundlicheren Wirthe für den Staub werden.

Fällt der Staub auf eine kranke, z. B. catarrhalische Schleimhaut, so berührt er hier entweder eine nur blutreiche Fläche, um sofort, wie er es gegenüber einer gesunden Schleimhaut thut, dieselbe zu reizen und ausgehustet zu werden, oder er fällt in die catarrhalische Aussonderung der Schleimhaut, fängt sich hier und klebt fest. Der Staub bewegt sich nun nicht mehr selbstständig, sondern nur mit dem Schleime oder Eiterschleime, auf den er für jede Ortsveränderung angewiesen bleibt. Er reizt auch nicht die Schleimhaut, wenn die Dicke der ihn bettenden Schleimschicht dazu ausreicht, das Schleimhautgewebe vor dem unmittelbaren Einflusse des Staubes zu schützen.

Nun denken sich aber Viele, daß den Bacillen bei der gehemmten Bewegung des Staubes Zeit gelassen sei, in die Schleimhaut einzudringen. In der That hat diese theoretische Annahme etwas Bestechliches; und es darf umsoweniger Wunder nehmen, daß sich fast alle Aerzte der Meinung, schon einfache Lungencatarrhe seien Anlagen zur Tuberculose, zuneigen, als ja wirklich auf anscheinend gutartige Lungencatarrhe nicht selten Tuberculosen zeitlich folgen.

Dieser Ansicht von dem Verhältnisse einfacher Lungencatarrhe zur Tuberculose habe ich bereits auf pag. 470 meines Buches „Militärmedicin", Braunschweig 1887, 8°, VII und 762 S. (in's Russische übersetzt: Petersburg 1888) und weiterhin in meiner Arbeit „Militärinvalidität nach Lungensucht" („Deutsche med. Wochenschr.", 1893, Nr. 9 ff.) widersprochen. Hier habe ich aber zugleich eine nähere Begründung meines Widerspruches, zu der ich nunmehr übergehen will, in Aussicht gestellt.

Was zunächst die Gründe derjenigen betrifft, die die oben ausgesprochene ätiologische Ansicht haben, so ist vor Allem darauf hinzuweisen, daß diese Gründe nicht Beobachtungsgründe, sondern lediglich theoretische oder „Gedankengründe" sind, die entgegengesetzten Gedankengründen nicht Stich halten. Denn wenn die Ansicht jener dahin geht, daß das durch die catarrhalisch veränderte Schleimhaut der Ath-

mungswege verursachte Hemmniß der Bewegung das tiefere Eindringen der Bacillen begünstigt, so läßt sich mit demselben Rechte behaupten, daß dadurch zugleich auch das Vordringen der Bacillen in die Alveolen erschwert wird; und es läßt sich ferner entgegenhalten, daß die von der Bewegung des Schleimes abhängige Richtung der Bacillenbewegung, wie die des Schleimes, heilsam nach außen gelenkt wird.

Mit mechanischen Vorstellungen kommt man offenbar nicht aus; denn man gelangt mit ebendenselben zu ganz entgegengesetzten Annahmen.

Mit den pathogenetischen Gedankengründen ist es ähnlich mißlich bestellt. Beobachtungsergebnisse, die beweisen, daß eine Tuberculose aus einem gutartigen Catarrh entstanden ist, stehen nicht zur Seite; denn es ist noch nicht gelungen, Mittel zu finden, mit denen man sich von der Gutartigkeit eines Lungencatarrhs überzeugen kann. Wenn im Auswurfe eines Lungencatarrhs selbst wiederholt keine Bacillen gefunden werden, so kann dieser doch beides, gutartig oder bösartig, sein.

Wird an einem Menschen zunächst ein Lungencatarrh und ein paar Tage darauf eine catarrhalische Pneumonie, später vielleicht eine chronische Lungenentzündung oder eine Tuberculose beobachtet, so erklärt sich die Aufeinanderfolge dieser Krankheiten einfach und ungezwungen durch die Annahme, daß diese Krankheitserscheinungen die fortgesetzten Wirkungen einer und derselben Ursache sind. Simplex sigillum veri!

Künstlicher und darum weniger überzeugend würde die Erklärung sein: Daß vor der Entwicklung jedes neuen Krankheitsbildes auch eine neue und andersartige Ursache eingewirkt habe, daß also der anfängliche Lungencatarrh z. B. durch Erkältung, und die spätere Tuberculose durch Bacillen erzeugt worden sei. Die Anhänger dieses Erklärungsversuchs setzen sich auch über den Umstand hinweg, daß zwischen Lungencatarrh und Tuberculose Wochen, Monate, ja vielleicht Jahre in's Land gegangen sind. Der Bacillus, meinen sie, braucht Zeit zur vollen Entwicklung und zwar umso länger, je ungünstiger die Lebensbedingungen sind, die er für sich vorfindet. Nach dieser Anschauung ist ein Lungencatarrh freilich ein immer drohendes Damoklesschwert, das mich lebhaft an den Ausspruch eines streitbaren Antimercurialisten, den ich im Feldzuge 1866 bei Wien persönlich kennen lernte, erinnert: „Was Andere Lustseuche nennen, nenne ich Quecksilbervergiftung; Quecksilber muß der vermeintlich Luetische, und sei es seit seiner frühesten Kindheit, im Leibe haben — er mag wollen oder nicht.“

Weder mit dem bloßen Nachdenken, noch mit der körperlichen Untersuchung des Kranken rücken wir also der Lösung des Zweifels, ob und bejahenden Falls inwieweit ein gutartiger Lungencatarrh zur Entwicklung einer Tuberculose beitragen kann, näher. Und doch ist die Lösung überaus wünschenswerth; denn der Zweifel ist nicht ein rein akademischer, sondern von hervorragend praktischer Bedeutung. Unter Umständen hängt viel davon ab, ob wir dieser oder jener Meinung Raum geben. Ich erinnere nur beispielsweise an die Pensionirungen, die für Beamte und Soldaten wegen der Lungenkrankheiten, die durch Amt und Dienst erzeugt worden sind, erfolgen. Ich bin überzeugt, daß es den Aerzten nur ganz ausnahmsweise gelingt, es auch nur wahrscheinlich zu machen, daß der Dienst es gewesen, der im Einzelfalle der Bacillen den Weg nach den Lungen angewiesen hat. Sie suchen deshalb, von Mitleid bewogen, in der Lebensgeschichte des Tuberculösen nach einem Lungencatarrh, und gewöhnlich mit Erfolg, da einen solchen Catarrh wohl doch jeder erwachsene Mensch einmal gehabt hat. Dann suchen sie nach einer dienstlichen Ursache des Catarrhs, am liebsten nach einer Erkältung, der ebenfalls kein Mensch sich auf die Dauer entziehen kann, und so wird der Schluß fertig: Da ein Lungencatarrh die Ansiedlung von Bacillen und so die Entstehung der Tuberculose begünstigt, der zu beurtheilende tuberculöse Mann aber ehedem einen Lungencatarrh durch den Dienst erworben hat, so ist die jetzige Tuberculose eine Folge des Dienstes und der untersuchte Mann pensionsberechtigt.

Dieser Schluß ist indeß auf eine bloße Möglichkeitsannahme, die als solche niemals zur Pensionsbegründung genügt, auf einen zweifelhaft richtigen und wahrscheinlich falschen Vordersatz aufgebaut.

Nachdem ich mit Erwägungen dargethan habe, daß der Satz, schon einfache Lungencatarrhe begünstigen die Entstehung von Tuberculose, nicht bewiesen und praktisch gefährlich ist, liegt viel daran, die Verneinung dieses Satzes, nämlich die Behauptung, daß gutartige Lungenkrankheiten die Entstehung der Tuberculose nicht erleichtern, mit positiven Beobachtungen zu stützen; und da wir dies nicht mit bloßen Erwägungen, auch nicht mit den Untersuchungen der Einzelfälle vermögen, so schlage ich vor, sich, wie ich es versucht habe, an die **Statistik** zu wenden.

Dürften wir voraussetzen, daß der Lungencatarrh der Ansiedlung von Tuberkelbacillen den Boden bereite, so würde auch statistisch erwartet werden dürfen, daß dort, wo mehr Lungencatarrhe als anderswo vorkommen, auch mehr Tuberculosen als anderswo anzutreffen sind. Nur würde die Zahl der Lungencatarrhe nicht nothwendig in geradem Verhältnisse zur Zahl der Tuberculosen stehen, da außer den Athmungswegen auch die Verdauungswege Haupteingänge für die Bacillen bilden.

Wenig geeignet für eine solche statistische Untersuchung sind Menschen in Gegenden, wo selten Lungencatarrhe vorkommen, wie die in warmen Zonen und in Wüsten, wo die nöthigen großen Zahlen nicht zu erlangen sind, oder die Bewohner der Polarzonen oder der in der Schneeregion liegenden Höhen, vieler Inseln und Küsten, wo zwar Lungencatarrhe, nicht aber oder selten Tuberkelbacillen angetroffen werden. Auch trüben diejenigen Umstände die Ergebnisse der Statistik, die im Menschen die Doppelanlage zugleich für Lungencatarrh und bacilläre Tuberculose bilden, also Blutarmuth, Schwächlichkeit, Widerstandslosigkeit gegen Krankheiten jeder Art, ferner Berufe mit gewohnheitsmäßiger Einathmung von an sich schon lungenschädlichem Staube, wie die der Former, Glasarbeiter, Nadelschleifer, Feilenhauer, Lithographen, Steinmetze, Mühlenschleifer, Metall- und Kohlenarbeiter, Flachs-, Hanf- und Wollspinner, Kürschner, Sattler, Bürstenbinder, Cigarrenmacher etc. Endlich eignet sich auch diejenige Bevölkerung für die statistische Untersuchung nicht besonders, die vorwiegend Viehzucht treibt und hauptsächlich von Milch- und Fleischnahrung lebt, weil auch durch letztere, unter Umgehung der Lungen, Tuberculose erzeugt werden kann.

Dagegen würde ein Menschenmaterial von statistischem Werthe sein, das in einer keinesfalls wind- und staubfreien Gegend lebt, in der nicht zu gleichmäßige Temperaturen, sondern Temperatursprünge herrschen und innerhalb eines Binnenlandes der gemäßigten Zone in den Menschenverkehr eingeschlossen ist, eine gesunde, gleichaltrige, jugendliche Menschenmasse, die nahezu in ihrer Gesammtheit die gleiche Verpflegung (Wohnung, Kleidung, Kost) und dieselbe Beschäftigung im Freien hat und die endlich jahrelang unter ärztliche Beobachtung gestellt werden kann.

Wo aber in aller Welt erfüllen sich diese zahlreichen statistischen Voraussetzungen?

Ich glaube, ein glücklicher Zufall hat es mir in die Hände geführt. Ein industrielles Binnenländchen der gemäßigten Zone, so klein, daß es wesentliche anthropologische Verschiedenheiten nicht darbietet, ist Sachsen, und das gesunde, gleichaltrige, jugendliche Menschenmaterial mit seiner nahezu einheitlichen Verpflegung und Beschäftigung ist sein Soldatenstand. Hier habe ich in einer Garnison — ihr Name thut nichts zur Sache — 3 Infanterieregimenter 11 Jahre lang auf das in Frage stehende Verhältniß hin beobachtet.

Diese Beobachtungen stellte ich mit der Vorfrage an: Wie vertheilen sich die Lungenkrankheiten und insbesondere die bacillären Tuberculosen auf diese Leute? und hat das Regiment mit den meisten Lungenentzündungen und Lungencatarrhen auch die meisten Tuberculosen und umgekehrt?

Die 3 Regimenter, die ich in der aufsteigenden Folge ihrer Zifferbezeichnung A, B und C nennen will, boten die allgemeinen Verhältnisse dar, die ich in der „Münchner med. Wochenschr." vom 26. October 1886, pag. 763 ff., dargelegt habe. Ich kann deshalb sogleich auf die beabsichtigte Vergleichung der häufigsten nicht ansteckenden Lungenkrankheiten und der Tuberculosen dieser Regimenter übergehen.

In dem 11jährigen Zeitraume vom 1. April 1882 bis 31. März 1893 vertheilten sich die Krankheiten der Athmungswerkzeuge auf die 3 Regimenter, die anfangs zusammen gegen 4600, im letzten Jahre rund 5200 Mann stark waren, wie folgt:

	1882/83	1883 84	1884 85	1885/86	1886/87	1887/88	1888 89	1889/90	1890/91	1891/92	1892 93
A	103	180	140	207	207	215	166	234	172	184	168
B	88	85	80	207	97	191	187	160	174	230	180
C	73	81	87	79	94	111	108	113	113	200	163

In dem 11jährigen Zeitraume hatte also A 1976 Erkrankungen der Athmungswerkzeuge, B 1679 und C 1222.

Die Erkrankungen an Lungenentzündung waren in derselben Zeit vertreten bei A mit 272 Fällen, bei B mit 188 und bei C mit 117; die Erkrankungen an Lungencatarrh bei A mit 769, bei B mit 713, bei C mit 540 Fällen; die Tuberculose aber bei A mit 31, bei B mit 33 und bei C mit 38 Fällen.

A hat mithin 754 mehr Erkrankungen der Athmungsorgane und insbesondere 155 mehr Erkrankungen an Lungenentzündung und 229 mehr Lungencatarrhe als C gehabt, und doch verhielten sich die Erkrankungen an Tuberculose nahezu gleich. Zur Deutung dieser übereinstimmenden Tuberculosenhäufigkeit können also die so ungleich häufigen Erkrankungen an Lungenentzündungen und Lungencatarrhen nicht herangezogen werden. Man kann ursächliche Beziehungen dieser zu jener schlechterdings nicht erkennen. Höchstens könnte man, wenn man auf den belanglosen Unterschied von 31 und 38 Tuberculosen Gewicht legen wollte, zu der Möglichkeitsannahme geführt werden, daß die Lungencatarrhe etc. den Bacillen den Zutritt zu den Lungen erschweren, daß sie einen Schutz gegen Tuberculose bilden.

Jedenfalls aber gestattet diese statistische Zusammenstellung den Satz: **Es ist nicht bewiesen und nicht wahrscheinlich, daß gutartige Erkrankungen der Athmungswege, insbesondere Lungencatarrhe, die Entstehung bacillärer Tuberculose begünstigen.**

Zur Wirkung des Lactophenins.

Von **Dr. Senfft** in Wiesbaden.

Wenn in Nr. 42 der „Wiener Med. Presse" von Dr. Kölbl über ungünstige Nebenwirkungen des Lactophenins, besonders über das Auftreten von mehrwöchentlichem Icterus in einigen Fällen berichtet und gleichzeitig vor der Darreichung des Lactophenins bei Frauen und Kindern wegen deutlicher Collapserscheinungen gewarnt wird, so glaube ich auf Grund meiner reichen Erfahrungen für das Lactophenin eintreten zu sollen.

Die bis jetzt über die Wirkungen des Lactophenins erschienenen Publicationen bieten folgendes Resumé:

1. Vorzügliches Antipyreticum, mindestens gleichstehend dem Phenacetin und Antipyrin, ohne die ungünstige Beeinflussung des Magens wie nach Antipyrin;

2. als Antineuralgicum und Antirheumaticum, in der Wirkung beiden gleichstehend (es entfaltete selbst bei intermittirenden Neuralgien, wo Chinin und Arsen im Stiche ließen, in zwei von mir beobachteten Fällen seine günstige Wirkung);

3. als Sedativum mit seiner von allen Beobachtern einstimmig gepriesenen beruhigenden Wirkung bei Typhus, Pneumonie, Erysipel etc. und seiner gleichzeitig günstigen Beeinflussung der mit diesen Erkrankungen einhergehenden Delirien;

4. als ein Medicament, welchem die unangenehmen Nebenwirkungen des Phenacetins und Antipyrins in Bezug auf die profusen Schweiße und vor Allem die ungünstigen Einwirkungen auf den Magen und auf die Herzaction (Collapserscheinungen) abgehen; denn nur in ganz vereinzelten Fällen ist letzterer von Einigen Erwähnung gethan.

Meine Beobachtungen über die Wirkungen des Lactophenins in vielen hunderten Fällen nach den verschiedenen Richtungen (als Antipyreticum, Antineuralgicum etc.) decken sich vollständig mit fast allen bis jetzt erschienenen Publicationen über Lactophenin.

Und besonders in der Kinderpraxis ist es mir ein geradezu unentbehrliches Entfieberungsmittel bei Pneumonie, Bronchitis, Typhus, acuter Gastritis, Diphtherie etc. geworden, nicht sowohl weil es die Temperatur prompt herabsetzt, selbst nach geringeren Dosen wie Antipyrin, als auch gerade weil mir keinerlei ungünstige Nebenwirkungen (selbst bei acutem Magencatarrh) auf den **Magen** und vor Allem keine deprimirende Beeinflussung der Herzthätigkeit zu Gefühl kamen.

Aus diesem letzteren Grunde hat mir das Lactophenin in vielen Fällen die in der Privatpraxis oft so leidigen kühlen Bäder als Entfieberungsmittel entbehrlich gemacht und stehen die Heilresultate bei Pneumonien, acutem Exanthem bei Kindern den früheren nicht nach.

Icterus und Collaps sind mir in keinem von vielen hunderten Fällen in der Kinderpraxis vorgekommen. Weshalb Lactophenin speciell in der Kinderpraxis seine ungünstigen Nebenwirkungen durch deutliche Collapswirkung entfalten sollte, vorausgesetzt, daß Circulationsorgane und Nervensystem intact sind, wüßte ich mir nicht zu erklären.

Ein Fehler, welcher leider bei der Darreichung der Antipyretica nicht selten begangen wird, sind die zu großen Einzeldosen und die oft gepflogene regelmäßige (3—4mal tägliche) Darreichung, selbst wenn die Temperatur den für die Nothwendigkeit von Antipyretica zu supponirenden Grad nicht erreicht hat.

In solchen Fällen wird die Temperatur natürlich unter die Norm herabgedrückt, ohne daß jedoch aus dem Verhalten des Pulses und den Allgemeinerscheinungen auf Collaps geschlossen werden könnte.

Man verabreiche in der Kinderpraxis in fieberhaften Erkrankungen das Lactophenin in der Weise, daß Kindern bis zu einem Jahre nur bis zu 0·05 Grm. und von da ab bis zum 14. Lebensjahre die Dosen nach der für das Kindesalter gebräuchlichen Scala:

2.	Lebensjahr	$^1/_8$	der	Dosis	für	Erwachsene
3.	„	$^1/_6$	„	„	„	„
4.	„	$^1/_5$	„	„	„	„
7.—12.	„	$^1/_3$	„	„	„	„
12.—14.	„	$^1/_2$	„	„	„	„

im Bedürfnißfalle gereicht werden.

Unter diesen Cautelen werden, soweit meine Erfahrungen ein Urtheil gestatten, ungünstige Wirkungen des Lactophenin vermieden werden, wenn auch vielleicht einmal ein unschädliches idiosynkratisches Arzneiexanthem auftreten sollte, worüber von mir jedoch bis jetzt auch keine Beobachtungen gemacht worden sind.

Ich muß Lactophenin auf Grund vielfacher Erfahrungen den Vorzug vor Phenacetin und besonders vor Antipyrin geben und seine Anwendung besonders auch in der Kinderpraxis angelegentlichst empfehlen.

Aus der I. medicinischen Klinik zu Warschau.

Das Wesen und die Behandlung der Chlorose.

Von **Dr. Stanislaus Klein**, I. Assistenzarzt der Klinik.

III.

(Schluß.)

Ueber die Blässe und den Körperbau der Kranken wurde oben gesprochen. Werfen wir noch einen Blick auf das Verhalten des Stoffwechsels bei den Chlorotischen. Derselbe geht ganz normal vor sich (LIPPMANN, WULF). Die bleichsüchtigen Frauen verzehren nicht weniger Sauerstoff, als gesunde Personen (KRAUS, MEYER, BOHLAND) und setzen die gleiche Menge Calorien um, wie normale Frauen. Die Resorption von Speisen, mit Ausnahme der Fette, kommt ziemlich normal zu Stande. Die mit schwerer Chlorose Behafteten haben lehmartige Stühle, wie sie bei Icterus beobachtet zu werden pflegen (v. JAKSCH). Die charakteristische Verfärbung ist jedoch hier nicht durch das Fehlen der Galle, sondern durch das Uebermaß von Fett bedingt; letzteres wird vom Darm schlecht resorbirt, trotzdem es von den Fermenten des normal functionirenden Pankreas in üblicher Weise gespalten wird.

Die für das genaue Studium der Chlorose außerordentlich wichtige Frage der Nahrungseisen-Assimilation ist bis auf die neueste Zeit ziemlich stiefmütterlich behandelt worden, was sich theilweise durch die großen technischen Schwierigkeiten rechtfertigen läßt.

Auf die geringe Menge Hydrobilirubin im Harne der Chlorotischen (HOPPE-SEYLER) Bezug nehmend, könnte man wohl leicht zum Schluß gelangen, es sei die Quantität der in der Leber sich bildenden Gallenpigmente, mithin auch der Zerfall des Hämoglobins im Blute, ziemlich minimal. Diese Erscheinung aber ist ebenfalls nicht constant, da bei den chlorotischen Mädchen unter verschiedenen Bedingungen, die für den gesunden Organismus ganz indifferent sind, ziemlich leicht Hämolyse mit ihren Ausscheidungsproducten im Harn sich einstellen kann. Die tägliche Harnmenge soll häufig gesteigert sein (RETHERS). Die Harnstoff- und Stickstoffmenge im Harn ist normal, die Aetherschwefelsäuren sind selten vermehrt (RETHERS), was entschieden gegen eine gesteigerte Darmfermentation spricht. Es kommt zwar ab und zu vor, daß im Verlaufe der Chlorose die Quantität der genannten Säuren für mehrere Tage zunimmt; das beweist jedoch nur, wie v. NOORDEN richtig bemerkt, daß bei der Chlorose, wie bei den meisten Anämien, durch verschiedenartige Ursachen Magendarmstörungen sich leicht einstellen.

Man fand auch im Kothe der Chlorotischen viel Eisen und Hämatin (v. HOESSLIN). Diese Erscheinung ist jedoch nicht constant. Näheres soll über dieselbe bei der Besprechung der Pathogenese gesagt werden.

Ueber die Menge des Eisens im Harn wissen wir nichts.

In manchen Fällen findet man bei der Chlorose continuirliches Fieber mit abendlichen Steigerungen (JACCOUD, LECLERC, MOLLIÈRE, HAYEM, WEIL, SOKOLOWSKI, PULAWSKI), resp. ein Fieber vom Typus inversus (JACCOUD, TRAZIT). Nach HAYEM's Beobachtungen pflegt das Fieber besonders in den Fällen mit beträchtlicher Oligocythämie aufzutreten.

Ueber den Entstehungsmodus des Fiebers gehen die Meinungen sehr auseinander. Die meisten Autoren sehen in der Blutarmuth die einzige Ursache (BIERMER, IMMERMANN) und ziehen das Fieber bei perniciöser Anämie, Leukämie und posthämorrhagischer Anämie als Analogie herbei. Diese Erklärungsweise ist in der That die wahrscheinlichste, jedoch nicht die einzige. Es liegt jedenfalls zur Zeit nichts im Wege, das Fieber der Chlorotischen, analog den meisten übrigen Fieberarten, in Zusammenhang mit einer Intoxication oder Infection zu bringen. Zu Gunsten dieser Ansicht könnten ohne Weiteres manche klinische Daten sprechen (Venenthrombose, Zerfall der Blutkörperchen, Milzschwellung). Es würde sich nur darum handeln, die Frage zu entscheiden, ob die Intoxication eine Complication oder ein Symptom der Chlorose sei. Die Seltenheit des Fiebers und die Anwesenheit desselben ausschließlich in den schweren Fällen dürften für die erste Annahme sprechen, während manche Analogien mit anderen Krankheiten, wie Tuberculose und chronische Eiterungen, die Betrachtung des Fiebers als Symptom der Chlorose nicht unberechtigt erscheinen lassen.

Die Chlorose ist eine in der Mehrzahl der Fälle heilbare Krankheit. Zu berücksichtigen ist jedoch die Thatsache, daß die complete Heilung manchmal schwer zu erreichen ist und wir dann nur ausnahmsweise im Stande sind, die Hämoglobinmenge auf 70—80% und darüber zu bringen; auf der anderen Seite kommen Fälle genug vor, die sehr hartnäckig sind, jahrelang sich hinziehen oder sogar das ganze Leben andauern und durch fortwährende Recidiven sich auszeichnen. Ein letaler Ausgang ist bei der Chlorose ziemlich selten und hängt meistentheils von einer Complication ab. Die Hartnäckigkeit mancher Chlorosen läßt sich gewissermaßen durch organische Abnormitäten (Aplasie) erklären, für die meisten Fälle fehlen jedoch die letzteren; diese Thatsache legt uns eben den Gedanken nahe, daß die Ursache der Chlorose tief im Organismus zu suchen ist, daß der Krankheitserreger mehrere Analogien mit denjenigen der chronischen constitutionellen Krankheiten besitzt, die ebenfalls durch Exacerbationen und Recidiven charakterisirt werden und das ganze Leben hindurch andauern.

Zur Vervollständigung des Bildes seien noch die bei der Autopsie gefundenen anatomischen Veränderungen erwähnt. Die Sectionsbefunde sind ziemlich spärlich und inconstant. Auf manche Organe, deren Verhalten am Sectionstische Aufschluß über die Pathogenese der Chlorose liefern könnte, wurde wenig geachtet. Am häufigsten finden wir Veränderungen im Gefäßsystem: Aplasie der Gefäße, die sich in außerordentlicher Enge der Aorta und der großen Gefäßstämme (VIRCHOW, ROKITANSKY) äußert und Verdünnung der Gefäßwände, die in allen 3 Gefäßhäuten gleichmäßig ausgesprochen ist; die verdünnten Gefäßwände sind dabei elastisch, schwer zerreißbar. Viel seltener begegnet man Anomalien im Verlaufe und im Austritte der Gefäße (Art. intercostales). Die Intima wird nicht selten fettig degenerirt gefunden, seltener die Media und der Herzmuskel. Das Herz selbst verhält sich verschieden: es ist klein oder in einzelnen Abschnitten hypertrophisch. Ebenso wenig constant sind die Veränderungen an den Gefäßen, die man nur in den schweren Fällen anzutreffen pflegt.

Fettige Degeneration der parenchymatösen Organe, die den meisten Anämien eigenthümlich ist, trifft man auch sehr oft bei der Chlorose. Ueber den Eisengehalt der Leber bei Chlorose wissen wir ziemlich wenig Bestimmtes. Solche Untersuchungen wären von großem Interesse, angesichts der oben besprochenen Untersuchungen von BUNGE. Die Milz ist gelegentlich vergrößert und blaß (FÜHRER, SCHARLAU).

In den Genitalien sind die Veränderungen ebenfalls nicht constant und ziemlich verschiedenartig und wo sie vorhanden sind, stehen sie in keinem innigen Zusammenhang mit der Aplasie des Gefäßsystems. Das eine kann ohne das andere bestehen. Man findet bei Chlorotischen sowohl normale, als hyperplastische und aplastische Uteri und Ovarien. Aus dem Gesagten leuchtet ohne Weiteres der Schluß ein, daß die Anomalien der Genitalien kein anatomisches Merkmal der Chlorose darstellen und daß letztere von denselben nicht abhängig sein kann. Es kann zwar der Verlauf und Charakter der Bleichsucht durch die erwähnten Anomalien beeinflußt, jedoch nicht die Chlorose selbst verursacht werden.

Ueber die Veränderungen am Knochenmarke sind wir noch ganz im Dunkeln — ein umso bedauernswertherer Mangel, als man von den einschlägigen Untersuchungen viel zu erwarten hat, sowohl für die Pathologie der Chlorose, als für die der Anämien im Allgemeinen.

Ein Wort über die Bedingungen, unter denen die Entwicklung der Bleichsucht zu Stande kommt. Meistentheils entsteht die letztere langsam, besonders bei Mädchen von schlechtem Aussehen, das etwa dem Bilde der STRÜMPELL'schen einfachen constitutionellen Anämie entspricht. Nicht selten entwickelt sich die Chlorose geradezu plötzlich und wird als ätiologisches Moment, wie gewöhnlich in dunklen Fällen Kummer, psychischer Affect, plötzliche Unterbrechung der Menses etc. beschuldigt. Als allgemeine Regel kann wohl die Thatsache gelten, daß die Chlorose Mädchen bevorzugt, die unter schlechten hygienischen Bedingungen leben, die hereditär durch Tuberculose oder Syphilis belastet sind, deren Organismus vom Hause aus schwach und kraftlos ist, deren Gefäßsystem und die genetisch ihm nahestehenden blutbildenden Apparate anatomisch und functionell schwach angelegt sind (IMMERMANN, GLUZINSKI). Unter solchen ungünstigen Bedingungen soll eine unbedeutende Ursache zur Hervorrufung der Chlorose genügen. Als solche figurirte bei manchen Autoren das Stadium der geschlechtlichen Entwicklung, resp. der ersten Menstruation. Von einigen Klinikern wird die menstruelle Blutung als solche beschuldigt (DUNIN), was ziemlich zweifelhaft erscheinen muß, wenn man die Thatsache berücksichtigt, daß die Blutung eine relativ geringe ist, einmal im Monat geschieht, und daß Blutentziehungen geradezu als Heilmittel der Chlorose gelten.

Von Manchen wird behauptet, die Chlorose sei eine hereditäre Krankheit, die mehrere Mädchen derselben Familie betrifft, von Anderen wird über kleine Epidemien der Bleichsucht berichtet (CLÉMENT).

All die genannten ursächlichen Momente der Chlorose sind so übereinstimmend mit den bei den meisten anderen Krankheiten beschuldigten, daß man sie unter keiner Bedingung als pathognostisch für die Chlorose betrachten darf. Sie schaffen nur einen günstigen Boden für die Entwicklung der Chlorose, ganz ebenso wie für die Entstehung anderer Krankheiten, die bekanntlich mit Vorliebe abnorm lebende, resp. abnorm gebaute Individuen befallen.

Wir gaben oben einen kurzen Ueberblick der klinischen Erscheinungen, der Entstehungsbedingungen und der anatomischen Veränderungen bei der Chlorose. Schon im Laufe der Besprechung konnten wir uns überzeugen, daß die meisten Erscheinungen nichts der Chlorose allein Eigenthümliches darstellen, sondern daß sie viel häufiger der Anämie, dem constantesten Symptome der Chlorose, zuzuschreiben sind. Wir versäumten jedoch nicht, auf eine Reihe von Erscheinungen hinzuweisen, die zwar seltener bei der Chlorose beobachtet werden, dennoch durch das Gepräge, das sie einer bestimmten Krankheitsgruppe verleihen, von eminenter diagnostischer Wichtigkeit sind. Wir erwähnten die Abnahme der Blutkörperchenzahl, die eigenthümliche Hautfarbe, die Venenthrombosen, die Milzvergrößerung, das Fieber, den Kropf und die BASEDOW'sche Krankheit, die sämmtlich bei der Chlorose beobachtet werden. Die genannten Erscheinungen verdanken, wie wir sahen, ihre Entstehung einem gemeinsamen, resp. mehreren sich sehr nahe stehenden Momenten und dürfen deswegen nicht als zufällige Complicationen der Chlorose aufgefaßt werden. — Viel näher liegt der Gedanke, daß das die Anämie verursachende Moment bei bestimmter Intensität auch die angeführten Erscheinungen hervorruft. Um was für Ursache es sich hier handelt und in welcher Weise gelegentlich diese Erscheinungen mit der Chlorose coëxistiren, läßt sich zur Zeit kaum vermuthen. Es fehlen vorderhand zur endgiltigen Lösung der Frage mehrere klinische und physiologische Daten, deren genaue Feststellung Sache der nächsten Zukunft ist. Präcise Beschreibungen einzelner Fälle dieser dunklen Krankheit oder ganzer Reihen unter Berücksichtigung der oben genannten Erscheinungen dürften sehr erwünscht sein, andererseits müßte man einen Theil der Untersuchungen von der Klinik in's Laboratorium übertragen; nur auf diesem Wege werden wir uns der Lösung der Frage über das Wesen der Chlorose nähern und mit Erfolg die Fälle der Hypothesen und Theorien bekämpfen lernen, die die Aufmerksamkeit des Klinikers vom Kern der Sache ablenken, ohne die Wissenschaft durch nennenswerthe Thatsachen zu bereichern.

Mittheilungen aus der Praxis.

Ein Fall von acuter Cocainvergiftung.

Von **Dr. Alexander Pártos** in Herkulesbad.

Am 31. März d. J. suchte mich die Dienstmagd B. V. auf, um sich einen Zahn extrahiren zu lassen. Nachdem ich ihr schon einige Tage vorher zwei Zähne mit Cocaininjection extrahirt hatte, so that ich dies auch jetzt auf ausdrücklichen Wunsch der Pat.

Die Patientin ist übermittelgroß, 19 Jahre alt, von kräftiger Constitution und blühendem Aussehen. Vor der Injection untersuchte ich Herz und Puls. Die Herztöne waren vollkommen rein, Herzschlag normal; ebenso der Puls voll und kräftig. Ich injicirte $^3/_4$ einer Pravaz'schen Spritze einer 4%igen Lösung, wie ich sie immer anwendete, und schritt nach ca. 5 Minuten zur Extraction. Vom Zahne (rechter oberer Mahlzahn) fehlte die ganze Krone und die Wurzeln waren so cariös, daß ich jede einzeln nehmen mußte.

Als ich die dritte Wurzel extrahiren wollte, bemerkte ich, daß die Patientin vor sich hinstarrte, die Pupillen weit wurden und das sonst rosige Gesicht fahl und kühl. Kaum erhielt ich auf die Frage: „Ist Ihnen unwohl?" die Antwort „Ja", als sie auch schon nach rückwärts fiel und regungslos dalag; Extremitäten schlaff, ebenso Nacken-, Kau- und Bauchmuskeln, Augen geöffnet, Pupillen ad maximum erweitert, Conjunctiva glanzlos, trocken, Haut kühl und trocken, Athmung oberflächlich, aussetzend, Herzstoß schwach fühlbar, Puls schwach, klein.

Nach kräftigem Bespritzen mit kaltem Wasser und unter die Nase geriebenem starken Essig, welche Mittel ich anwendete, bis ich Jemand zur Besorgung einer 1%igen Morphiumlösung in die Apotheke schickte, erfolgten jedesmal zwei bis drei tiefe Inspirationen. Auf heftiges Kneipen, Drücken, Schütteln und Anrufen erfolgte keine Reaction.

Diese unerquicklichen Erscheinungen dauerten einige Minuten.

Hierauf folgte ein Stadium der Excitation: die Haut des Gesichtes wurde scharlachroth, heiß und trocken, Patientin versuchte sich aufzusetzen, delirirte, stieß und schlug um sich herum, riß die Augen weit auf, ihr Gesichtsausdruck zeigte große Angst, Pat. schrie aus Leibeskräften. Dann sank sie zurück, die Augen fest geschlossen, und es stellten sich tonische Krämpfe in den Nackenmuskeln, Kau-, Extremitäten- und Bauchmuskeln ein, die etwa 10—15 Sec. andauerten.

Diesem Stadium folgte wieder das zuerst beschriebene. So wechselte drei- bis viermal Depression und Excitation. Nun machte ich eine subcutane Injection von 0·01 Morphium muriaticum. Bald legten sich die beschriebenen Erscheinungen und die Patientin schien ruhiger. Es folgte aber bald noch ein kurzes Excitationsstadium mit baldiger Beruhigung.

Die Pupillen wurden enger, Cornea und Conjunctiva feucht glänzend, Herzstoß besser fühlbar, Puls kräftiger, Respiration ruhiger und gleichmäßig; endlich erfolgte Wiederkehr des Bewußtseins. Nur die scharlachrothe Gesichtsfarbe dauerte noch lange an.

Nach vollständiger Wiederkehr des Bewußtseins war Patientin sehr erstaunt und fragte, was mit ihr geschehen sei. Sie wußte sich an gar nichts zu erinnern und klagte nur noch über Schwindel und Mattigkeit, Kopfschmerz; Erbrechen oder Brechreiz war nicht vorhanden. Patientin konnte sich nur erinnern, daß bei der Injection des Cocains ihr einige Tropfen in den Rachen flossen und sie dann Kratzen und Trockenheit verspürte.

Die Menstruation wurde nach 24 Stunden profuser. Die Vergiftungserscheinungen bis zur Anwendung des Morphiums dauerten eine halbe Stunde.

Kurz zusammengefaßt, sind also die Vergiftungserscheinungen folgende:

I. Pupillendilatation ad maximum, vollständige Aufhebung des Bewußtseins, Blässe des Gesichtes, Erschlaffung der motorischen Muskeln und Reflexe, schwacher Puls- und Herzschlag, oberflächliche, aussetzende Athmung.

II. Excitation: Delirien, Bewegungstrieb und Muskelkrämpfe, Röthe des Gesichtes.

Dies bezieht sich aber nur auf die ausgesprochene stärkere Vergiftung. Die leichteren Vergiftungserscheinungen, die ich auch einige Male nach Cocaininjectionen in der oben geschilderten Concentration sah, bestanden hauptsächlich nur in einem Gefühle von Unwohlsein, Schwindel und Pupillendilatation, welche Erscheinungen aber bald verschwanden.

Nur einmal begegnete mir ein Patient eine Stunde nach der Injection, die ich auch behufs Zahnextraction machte, und sagte mir: „Herr Doctor, was haben Sie mit mir gethan, ich gehe wie verrückt herum?"

Die Vergiftungserscheinungen, die ich nach subcutaner Injection von Cocain bei anderen Gelegenheiten beobachtete, und die auch nur in Schwindel, Blässe des Gesichtes, Unwohlsein und Pupillendilatation bestanden, traten später auf, als die nach Injectionen in die Schleimhaut.

Es beweist dies, daß das Cocain von den Schleimhäuten ungleich rascher als von anderen Körpertheilen resorbirt wird.

Betrachten wir nun die Wirkung des Cocains, so sehen wir, daß es local anästhesirend wirkt, und zwar durch Lähmung der Endausbreitungen der sensiblen Nerven in der Schleimhaut, und daß es, wenn dagegen Idiosyncrasie besteht oder die normale Dosis überschritten wird, die zur Vergiftung führt, auf das Nervencentrum und dessen verschiedene Gebiete erst lähmend und dann erregend wirkt, daher die zuerst sich manifestirende vollkommene Bewußtlosigkeit, Aufhebung der Reflexerregbarkeit, oberflächliches aussetzendes Athmen und die darauf folgende Excitation mit tonischen Muskelkrämpfen.

Es erhöht und vermindert dann die Erregbarkeit der vasomotorischen Centren und wirkt auch auf die Nerven und Gefäße zuerst erregend und dann lähmend, daher die zuerst eintretende Blässe und nachherige Scharlachröthe des Gesichtes; daher das Profuserwerden der Menstruation.

Seine Wirkung auf drüsige Organe äußerte sich im Gefühle von Trockenheit im Munde und Rachen, der Haut, der Conjunctiva, wahrscheinlich durch Lähmung der secretorischen Nervenfasern.

Die toxische Wirkung auf das Herz äußerte sich in Verlangsamung der Herzaction und des Pulses.

Als Antidot wendete ich, wie schon angedeutet, das Morphium muriaticum an, von dessen 1%iger Lösung ich eine Spritze subcutan injicirte. Es stellte sich die Wirkung prompt ein, und nach Verlauf von zehn Minuten waren alle Vergiftungserscheinungen geschwunden.

Es wird mir wohl Jeder zugestehen, daß es nichts Erfreuliches ist, einen Patienten in beschriebenem Zustande vor sich zu haben. Es ist das ein Fingerzeig, mit der Anwendung des Cocains vorsichtiger zu sein und lieber kleinere Dosen öfter, als große auf einmal anzuwenden. Diese Vorsicht beziehe sich aber nicht blos auf die subcutane, sondern auch auf die interne Anwendung.

Im Sommer des vorigen Jahres sprach ich mit Herrn Dr. SEVERIANU, Professor der Chirurgie in Bukarest, über die Anwendung des Cocains bei Zahnextractionen und er rieth mir, dasselbe stets in 1%iger Lösung anzuwenden und davon lieber in kurzen Zwischenräumen 2—3 Spritzen zu appliciren. Er wies darauf hin, daß ich sonst einmal bei Anwendung größerer Dosen böse Erfahrung machen könnte.

Ich glaube nun, diesen Rathschlag auch anderen Collegen mittheilen zu dürfen.

Referate und literarische Anzeigen.

F. v. MANGOLDT (Dresden): Die Ueberhäutung von Wundflächen und Wundhöhlen durch Epithelaussaat, eine neue Methode der Transplantation.

Das neue Verfahren, welches auf Grund der bei der THIERSCH-schen Transplantation gewonnenen Erfahrungen aufgebaut ist, besteht in Folgendem („Deutsche med. Wochenschr.", 1895, Nr. 48): Von einer beliebigen Stelle der Körperoberfläche, am zweckmäßigsten von der Außen- oder Innenseite der Oberarme, wird nach vorangegangener Rasirung und gründlicher Desinfection der Hautpartie mittelst eines senkrecht zur Hautfläche gerichteten, sterilisirten, scharfen Rasirmessers bei Spannung der Haut, die Haut in leichten Zügen bis auf den Papillarkörper abgeschabt und der dadurch gewonnene, mit Blut untermischte Epithelbrei auf die frische oder auf die vorher sorgfältig desinficirte und von Granulationen befreite, nicht mehr blutende Wundfläche durch Spatel oder Myrtenblatt ziemlich fest aufgestrichen und damit ausgesät. Die ganze Procedur ist in wenigen Minuten vollendet. Die Epithelblutmasse gerinnt rasch auf der Wunde, haftet fest und überzieht sie mit einem ziegelrothen Belag durch das beim Schaben defibrinirte Blut. Der Verband besteht an der Hautentnahmestelle in Aufpuderung von Dermatol, Bedeckung mit sterilisirter Gaze, Binde; an der Hautübertragungsstelle in Bedeckung der Wundfläche mit Protectivstreifen, die kurz zuvor in physiologischer Kochsalzlösung durch leichtes Aufkochen sterilisirt worden sind, oder in Bedeckung mit ausgekochten Staniolstreifen oder in absolutem Alkohol sterilisirten und dann getrockneten Guttaperchastreifen. Dadurch wird die Verdunstung und das Ankleben der Epithelmasse an den nun folgenden deckenden aseptischen Verband verhütet. Die Hautentnahmestelle ist nach wenigen Tagen völlig geheilt, fast unsichtbar, höchstens für einige Zeit noch etwas geröthet. Die Epithelaussaat auf der Wundfläche ist in den ersten Tagen kaum sichtbar. Die Wunde macht beim Verbandwechsel den Eindruck, als ob sie croupös belegt wäre, sie hat ihr ziegelrothes Aussehen verloren, sieht jetzt mehr graugelb aus durch das aus dem Blut ausgeschiedene Fibrin. Wenige Tage später, etwa am fünften bis siebenten Tage, beginnt das Fibrin zu schwinden, und die Wundfläche ist wie von einem bläulichrosa Hauch überzogen, der aufgegangenen Epithelsaat. Mitte oder Ende der dritten Woche ist die Ueberhäutung vollendet. Vom fünften Tage an ist häufigerer Verbandwechsel, etwa alle zwei Tage, mit sanfter Abspülung der Wundfläche mit physiologischer, sterilisirter, lauer Kochsalzlösung zu empfehlen. Vom zehnten Tage an sieht man das Epithel sich überall entfalten, dann sind Protectivsalbenverbände zweckmäßig. v. M. benutzt dazu eine milde Lanolinborsalbe. Ende der dritten Woche sind die Wunden gleichmäßig eben überhäutet. Die überhäutete Fläche bildet dann, entsprechend den zahllos aufgegangenen kleinsten Epithelschollen, wahrscheinlich nur ein mikroskopisch feines Mosaik, das für das freie Auge den Eindruck einer glatten, ebenen Fläche macht. Späterhin verdickt sich die Haut, beginnt sich zu schuppen, wahrscheinlich in Folge des Mangels der in der Haut sonst normaler Weise vorkommenden Drüsen, und man ist genöthigt, durch leichte Fett- oder Oeleinreibungen die Haut geschmeidig zu erhalten.

Die Methode bedarf natürlich zu ihrem Gelingen gewisser Voraussetzungen, die sich im Großen und Ganzen mit den für die THIERSCH'schen Hautüberpflanzungen aufgestellten Grundsätzen decken. Die Vorzüge vor letzteren bestehen darin, daß die überhäutete Fläche unter allen Umständen gleichmäßig eben aussieht und an der Hautentnahmestelle keine Spuren zurückbleiben, ferner der Umstand, daß bei dem neuen Verfahren kranke Partien am Knochen, nekrotische Gewebe nicht überhäutet werden, sondern in der 3. Woche als noch krankhaft klar sichtbar zu Tage liegen, indem über diesen Partien die aufgetragenen Schollen einfach zu Grunde gehen und abfallen, während die THIERSCH'schen Streifen gar nicht selten anfangs anheilen, dann aber durch Eiterung von diesen zurückgebliebenen nekrotischen, ulcerösen Stellen aus theilweise blasenartig abgehoben werden.

Nach dieser Methode wurden im Ganzen 8 Fälle behandelt, und zwar 6 Fälle von Unterschenkelgeschwüren und 2 Geschwüre

in der Gegend des Großzehenballens. Von ersteren sind 4 seit länger als 8 Wochen geheilt, eines ist nach Recidiv geheilt und eines ist noch in Behandlung. Von den zwei Geschwürsflächen am Großzehenballen ist eine geheilt, die andere (in Folge zu frühen Umhergehens bei einem alten Diabetiker) wieder aufgebrochen. Zu diesen Fällen kommen 5 weitere von Dr. MANN behandelte Fälle nach Radicaloperation des Mittelohres. Von diesen Fällen sind bisher 2 ungeheilt geblieben, 3 wurden geheilt. Ba.

C. LAUENSTEIN (Hamburg): Zur operativen Behandlung des primären Scheidencarcinoms.

Primäre Scheidencarcinome sind sehr selten; in sechzehnjähriger Spitalthätigkeit beobachtete LAUENSTEIN nur zwei Fälle („Deutsche Ztschr. f. Chirurgie", Band. 41, Heft 4—5). Einmal handelte es sich um eine 48jährige Witwe, bisher stets gesund, seit einem Vierteljahr an Fluor, Harndrang und gestörtem Allgemeinbefinden erkrankt; das Carcinom begann etwa fingerbreit oberhalb des Introitus auf der hinteren Wand und reichte bis zum Scheidengewölbe. Nach Spaltung des Dammes in der Mittellinie erfolgte die Ablösung, während der linke Zeigefinger im Mastdarm lag, von unten noch oben; der eröffnete Douglas ward sofort wieder durch Naht geschlossen. Naht der Scheidendammincision, weitere Naht der Scheide unmöglich, Jodoformgazetamponade, Heilung; nach $3^1/_2$ Jahren Carcinomrecidiv an der Portio vaginalis. Totalexstirpation des Uterus und nun vollständige Genesung, die nach weiteren drei Jahren noch ungestört besteht. Das andere Mal war die Patientin 68 Jahre alt; sie bemerkte zuerst im Sommer 1893 Abgang von Koth aus der Scheide ohne sonstige Beschwerden. Die Untersuchung ergab in der Mitte der hinteren Scheidenwand eine trichterförmige Perforation des Septum rectovaginale mit weiter Scheiden- und enger Dammöffnung, umgeben von einer wallartigen Härte, die nach unten den Darm, nach oben den Uterus, seitwärts die Beckenwand erreichte. Parametrien frei; Uterus mobil und intact. Operation im Frühjahr 1894 — zunächst Bildung eines künstlichen Afters an der Flexur mit totaler Durchtrennung des Darmrohrs, Einnähen des zuführenden Stückes in die Bauchwand, Verschluß und Versenken des abführenden Stücks, sodann in derselben Narkose Exstirpation des Septum rectovaginale, wobei sich eine beträchtliche Wegnahme der Mastdarmschleimhaut nöthig machte und der Douglas eröffnet ward, so daß er durch 6 Catgutnähte wieder vereinigt werden mußte. Die große Wundfläche wurde durch Einstülpen des beiderseitigen Hautrandes der seitlichen Aftergegend verkleinert — lockere Jodoformgazetamponade, ungestörter Wundverlauf, nach mehreren Tagen Beginn der Function des künstlichen Afters, Heilung.

Sofern also primäre Scheidencarcinome rechtzeitig in Behandlung kommen, scheint die Prognose nicht so übel zu sein, als man allgemein glaubt; aber sie machen eben oft erst spät sich bemerklich, so daß der Proceß trotz der langsamen Entwicklung bereits zu weit vorgeschritten ist. R. L.

Aus der medicinischen Klinik des Prof. Cardarelli (Neapel).

PANSINI: Ein Fall von Aortenaneurysma.

S. M., 43 Jahre alt, Faßbinder, überstand im 23. Lebensjahre gangränöse Gliedgeschwüre, beiderseitige Leistendrüseninduration und ein specifisches Exanthem. Nach einem Ileotyphus im Jahre 1882 traten intensive Schmerzen in den Schädelknochen auf, die mit Jod bekämpft wurden. 1894 bemerkte er zum ersten Male eine pulsirende Geschwulst in der Fossa jugularis, 5 Monate später Schwellung des Gesichtes, Hervorgedrängtsein der Augen. Die Pulsation verbreitete sich über die rechte Halsgegend, bei stärkerer Arbeit trat Athemnoth ein. Im Januar 1895 zweimal Suffocationserscheinungen, im März d. J. Aufnahme an der Klinik.

Stat. pr.: Die Haut cyanotisch, ödematös. Die Venen am Halse und der vorderen Brustseite plexusartig ausgedehnt, besonders die V. jug. ext. Die Fossa jug. durch eine Geschwulst abgeflacht, die Pulsation derselben verbreitet sich über den äußeren Rand des M. sternocleidomastoid. Im 3. rechten Intercostalraume Venenpulsation, synchronisch mit der der Geschwulst und der Pulsation an der Herzspitze. Kehlkopf nach links verdrängt. Gedämpfter Percussionsschall am Man. sterni, links bis über die Sternal-, rechts bis zur Parasternallinie, ferner in der rechten Fossa supra- und infraclavicul. Im ganzen Gebiete der pulsirenden Geschwulst leicht systolisches und stark diastolisches blasendes Geräusch, desgleichen über der Aorta.

Der Puls der linken Carotis und Art. radialis stärker als rechts, der Puls der beiden Radialarterien relativ verlangsamt. Rechts rückwärts Dämpfung vom Schulterblattwinkel bis nach abwärts. Bronchiales Athmen zwischen dem inneren rechten Schulterblattrande und der Wirbelsäule, abgeschwächter Pectoralfremitus. Leber- und Milzvergrößerung. Röthung der rechten Wange, Myosis der rechten Pupille, starke Athemnoth.

Prof. CARDARELLI diagnosticirte:

Aneurysma des rechten Winkels des Aortenbogens mit Ausdehnung nach oben, vermuthlich Betheiligung des Truncus innomin. Druck auf die obere Hohlvene und V. azygos.

Therapie: 20 Tropfen gesättigter Jodlösung, steigend zu 5 Tropfen bis 8 Grm. täglich. Gegen die Dyspnoe Coffeïn und Morphin subcutan.

Im Verlaufe steigerten sich Cyanose und Suffocation, es kam zu rechtsseitigem Hydrothorax, es wurden innerhalb 10 Tagen zwei Thoracocentesen vorgenommen, mit Entleerung von 1700, resp. 1750 Ccm. In der Flüssigkeit keine Bacterien. Zunahme der Oedeme, Parese der Blase. Tod plötzlich am 19. März.

Obduction: In beiden Pleurahöhlen viel Flüssigkeit, in der Fossa jugul. und zwischen den Ansätzen des rechten Kopfnickers die beschriebene Geschwulst. Sämmtliche Halsvenen, die rechte Mammaria int., die Vena azygos und hemiazygos ektasirt. Das Herz in allen Durchmessern vergrößert, am rechten Winkel des Aortenbogens die orangegroße Aneurysmageschwulst, durch welche die V. cava desc., die V. azygos, die Nervi vagi und der rechte Bronchus zusammengedrückt werden. Hypertrophie und Dilatation der Herzkammern, Dilatation der Ostien und der Aortenklappen. In der Aorta Atherom und Endarteriitis. Eingangsöffnung des Aneurysma 5francsstückgroß, Truncus brachiocephal. dilatirt, mit dem unteren Theile in das Aneurysma mündend.

Zu diesem Befunde bemerkt Verf. („Giorn. intern. d. scienze med.", 1895, Nr. 13), daß die Unterscheidung zwischen Aneurysma der Innominata und des Aortenbogens mitunter schwierig sei. Auch die mit dem Cardiographen erhaltene Zeichnung des Steigens und Rückstoßes der Blutwelle, die Verf. vorlegt, kann in beiden Fällen vorkommen.

Die Compression des rechten Bronchus zeigte sich durch das bronchiale Athmen, welches auch nach beiden Thoracocentesen nicht abnahm; die Compression der oberen Hohlvene durch die Cyanose, die harten und schmerzhaften Oedeme der oberen Körperhälfte; der Venenpuls im 2. und 3. Intercostalraume kam von der V. mammaria int. dextra, ihrer Verwachsung mit dem Aneurysma und theilte sich den Intercostalvenen mit; die Compression der V. azygos (selten) erzeugte rechterseits Hydrothorax.

In Folge Druckes und Parese der Vagusnerven entstanden Tachycardie, Suffocationen und Angstgefühle. Auch der plötzliche Tod — sonst in 95% durch Berstung des Aneurysmas erzeugt — muß darauf bezogen werden.

Die Sympathicusreizung manifestirte sich in Myosis der rechten Pupille.

Bei dem Kranken ist dem Aneurysma vor Jahren Syphilis vorausgegangen. Nach MALMSTEN wäre das Aneurysma in 80% eine postluetische Erkrankung (Gumma der Arterienwände, Arteriitis syphil. vorhergehend). Jedoch hält Verf. dies mit Recht für ebenso übertrieben, wie den von FOURNIER behaupteten Einfluß der Syphilis auf die Tabes dorsalis. Sp.

Annales de l'Institut de Pathologie et de Bactériologie de Bucarest. Publiées par **Victor Babes**, Professeur à la faculté de Médecine et directeur de l'institut. Vol. V. IVème Année 1892/3. Bucarest 1895, Imprimeria Statului.

Die alljährlich in rumänischer und französischer Sprache erscheinenden Annalen des Bukarester Instituts für Pathologie und Bacteriologie, welches unter BABES' bewährter Leitung steht, geben auch in dem vorliegenden stattlichen Bande Zeugniß von dem Fleiß und der großen Bedeutung dieser Stätte wissenschaftlicher Arbeit. Wir müssen es uns versagen, auf die einzelnen Arbeiten hier näher einzugehen, obwohl sie durchwegs wichtige Beiträge zur Pathologie bilden, und beschränken uns darauf, unsere Leser mit den Titeln der einzelnen Aufsätze bekannt zu machen. Es sind folgende: 1. Die Proliferationen der Leberzellen bei den verschiedenen Affectionen der Leber. Von V. BABES und M. MANICATIDE. 2. Studie über die Entero-Hepatitis suppurativa endemica. Von V. BABES und V. ZIGURA. 3. Untersuchungen über Noma. Von BABES und ZAMBILOVICI. 4. Untersuchungen über Tetanus. Von V. BABES. 5. Beobachtungen über die metachromatischen Körperchen, die Sporen, die Ramificationen und die Kapseln der pathogenen Bacterien. Von V. BABES. 6. Neue Untersuchungen über die Aetiologie der „Krankheit der kleinen Hunde". Von V. BABES und P. BARZANESCO. 7. Untersuchungen über den Schweinerothlauf und die Pneumoenteritis infectiosa. Von V. BABES, C. STARCOVICI und J. CARTIANO. — Eine ganze Reihe gut ausgeführter colorirter Tafeln erhöht den Werth des im großen Stile angelegten Werkes. rs.

Die Cardinalmittel der Heilkunst. Von **Dr. W. Keil.** Stuttgart 1895, A. Zimmer.

Das alte Lied, daß sich die Heilkunst auf die Regelung der Diät, auf die Zuführung gesunder Luft, auf entsprechende Hautpflege und Bewegung beschränken soll, tönt hier wieder, leider in der alten abgesungenen Melodie. Wenn doch diese Herren endlich neue Walzen in ihren Leierkasten setzen wollten! Nil novi setzt Herr KEIL in blutiger Selbstironie seinem Werkchen voraus, und nil novi ist die beste Kritik seiner Leistung. F.

Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältniß zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus. Von **Dr. Alfred Ploetz.** Berlin 1895, S. Fischer.

Dem Begriffe der Individualhygiene stellt der vielbelesene Verf. des vorliegenden Buches den Begriff der Rassenhygiene gegenüber, welche sich mit den zur Wohlfahrt der ganzen menschlichen Rasse nothwendigen Verhältnissen beschäftigt. Die Errungenschaften der letzten Jahre in Bezug auf Vererbung und die Ergebnisse der Bevölkerungsstatistik werden in gleicher Weise verwerthet, um den Leser über die allgemeinen Ziele der Rassenhygiene zu orientiren. In fünf Abschnitten bespricht PLOETZ die Anforderungen an das Individuum, die Familie und den Staat und den Zusammenhang der Rassenhygiene mit den Systemen der Socialreformer. Das erste Capitel gibt eine Uebersicht über die allgemeinen Factoren der Erhaltung und Entwicklung, das zweite Capitel behandelt die Erhaltung und Vermehrung der Zahl, das dritte Capitel die Vervollkommnung des Typus, das vierte Capitel den idealen und den heutigen Rassenproceß und das fünfte Capitel handelt vom Conflicte zwischen der Rassenhygiene und der Individualhygiene und von dessen Lösung. In einem zweiten, demnächst herauszugebenden Bande gedenkt der Verf. die Mittel zur Erreichung der rassenhygienischen Forderungen zu besprechen. w.

Feuilleton.

Die Frauen im Reiche Aeskulaps.

Unter obigem Titel hat HERMANN PETERS eine Skizze voll interessanter Einzelheiten entworfen.[1]) Zu ihrer Ergänzung möchte ich Einiges bemerken.

Allerdings gab es im Mittelalter in den Ländern des christlichen Europas nur in der Civitas Hippocratica zu Salerno einen eigentlichen weiblichen Aerztestand; nach empfangener Promotion war dort die Lehrfreiheit eingeführt, und, weil weibliche Studenten zur Promotion zugelassen wurden, mußte den promovirten Damen auch die Lehrkanzel verstattet werden. Die in PETERS' Aufsatz erwähnte Rebekka verfaßte auch Lehrbücher über Fieber, über den Urin und über den Fötus; sie lebte im 13. Jahrhunderte. Aber vereinzelte Aerztinnen, nicht nur Geburtshelferinnen, finden sich auch im übrigen Europa; z. B. wird am Ende des 13. Jahrhunderts zu Paris eine jüdische Aerztin Sarah genannt. Eine andere Aerztin gleichen Namens genoß später im Bisthum Würzburg hohes Ansehen. Eine vom 2. Mai 1419 datirte Urkunde des Bischofs Johann II. von Würzburg erlaubte der „Judenärztin Sarah", ihre Kunst gegen Zahlung einer jährlichen Steuer von zehn Gulden und Abführung weiterer zwei Gulden an Stelle des damals allen Juden in Deutschland auferlegten Opferpfennigs zur Weihnachtszeit frei im ganzen Bisthume auszuüben. Daß sie erheblichen Zulauf auch aus vermögenden Kreisen hatte, beweist, daß sie sich ein Rittergut kaufen konnte; der Domherr von Würzburg, Reinhart v. Maßpach, setzte sie laut Urkunde vom 22. Mai 1419 in alle Güter Friedrichs v. Riedern ein. Und daß diese Frau eine Hochachtung genoß, um welche sie die heutigen Vertreterinnen der Aerztinnen wohl beneiden dürfen, beweist der ebenfalls urkundliche Umstand, daß ein Ritter v. Wissentann jene Sarah von Würzburg vor Gericht vertrat. Etwa gleichzeitig genoß ähnlich hohes Ansehen zu Frankfurt a. M. die Aerztin Zerlin; besonderen Ruf hatte sie als geschickte Augenärztin. Der Rath dieser Stadt anerkannte ihre Thätigkeit dadurch, daß er ihr das Privileg ertheilte, trotz ihrer jüdischen Confession außerhalb der Judengasse zu wohnen. Einer später zu Frankfurt prakticirenden Aerztin, ebenfalls jüdischen Glaubens, erließ der Rath sogar das „Schlafgeld" zu zahlen, eine Abgabe, welche damals alle auswärtigen, nach Frankfurt verzogenen Juden zu entrichten hatten (1494), daß „sie hier bleibe", wie es in dem Documente über diese Vergünstigung heißt. Wie HOROVITZ hervorhebt, werden in Frankfurt fast das ganze Mittelalter hindurch, namentlich im 15. Jahrhunderte, jüdische Aerztinnen erwähnt.[2])

Was ferner die Zubereitung der Arzneien durch weibliche Hände anlangt, so finden sich in einem wenig älteren Buche, als das von PETERS angeführte Hochberg'sche, in dem 1678 zu Frankfurt a. M. verlegten und zu Königsberg gedruckten „Stadt- und Land-Artzney-Buch" von Carl de Gogler[3]) interessante Belege: Da finden wir z. B. „ein Säcklein für Wehetag des Haupts von Frau Elisabeth Gräfin von Schwartzenburg" — Blau Eisenhart / Camillenblumen / weißen Kümmel / Brosamen von Bückenbrod / Wachholderbeer / jedes eine Handvoll / alles unter einander gestoßen in ein leinen Säcklein genehet / das einer viertheil Ellen lang und breit ist / dieses soll in Brandenwein eingeweichet / und offtmahls in den Nacken geleget werden. — Ferner „vor die hinfallende Krankheit oder schwere Noth" ein Pulver „der alten Churfürstin von Weimar" und „ein anders von der gefangenen Hertzogin von Oesterreich", nämlich „Des geheileten Hirnschedels von einem geköpfften Mann ʒj (wann der Mensch weiblichen Geschlechts ist / muss von dem Schedel eines geköpfften Weibs genommen werden) geschälte Peonienkörner num. cXX. mische es unter einander und gebe abends und morgends auff einen Monat / ʒj mit Lindenblütwasser dem Kranken ein". — Ferner „der alten Gräfin von Manssfeld Pulver vor den Schlag sampt einem Aqua vitae"; am Schlusse dieses langathmigen Recepts, in dem auch Voll- und Neumond ihre Rolle spielen, heißt es: „Dieses ist Ihro königl. Mayest. in Schweden Experiment gewesen."

[1]) Siehe „Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 46 und 47.

[2]) Vgl. meine „Geschichte der jüdischen Aerzte", Berlin 1895, S. Karger.

[3]) Vgl. meine Arbeit: „Ein Arzneibuch von 1678", „Deutsche med. Woch.", 1893, Nr. 22/23.

Ferner „für einen bösen Halss / von Frau Elisabeth / Gräfin zu **Schwartzburg**" (Honig mit Brombeer- und Maulbeersaft); oder „**Artzney** von der Frau von Hessberg" „vor das Fieber", welche **ziemlich** naiv am Schlusse bemerkt, „wann es auff einmahl nicht hilfft / so brauche es zum 2. und 3. mal wieder". „Ein köstlich bewährter Wund-Tranck von der Alten von Kotzleben zu Grüningen. Anno 1567" verordnet „Nehme einen Topff / darein 3 Stiebgen gehen / thue darein Wintergrün / Eppich der auff der Erden wächset / rothen Beyfuss / Beerbäumen / jedes eine Handvoll / giesse Bier darüber / decke den Topff zu / und verkleibe ihn wohl mit einem Teig / dass kein Brodem herauskommen kann / lass es die Helffte einsieden. Hiervon soll ein Verwundeter abends und morgens trinken / allezeit 3 Löffel voll und 3 Stund darauff fasten. Probatum est." Und da überall, wo von den Frauen die Rede ist, auch der Schönheit ein Opfer zu bringen ist, so schließe diese Beispiele „ein Wasser von der Hertzogin von Rochlitz", um „ein schön Angesicht zu machen"; da heißt es: „Frisch Eyerweiss / hart gesotten / zerschneide und distilliere es / und nehme des Wassers 3 Loth / Bonenblütwasser ein halb Loth / wasche des Tages offtermals das Angesicht damit / es machet dasselbe klar."

Daß die Zahl der Frauen, welche sich um Medicin und Pharmacie verdient gemacht haben, verschwindend klein gegenüber jener der Männer ist, gebe ich PETERS zu. Aber sein Schluß, den er hieraus zieht, daß wir die Concurrenz der weiblichen Mitbewerber nicht zu fürchten haben, erscheint mir nicht richtig. Denn ich glaube nicht, daß ehemals solch hervorragender Zudrang der Frauen zu den Arbeitsfeldern des Mannes geherrscht hat als heute, und die erste Ursache dieses Umstandes, die dira necessitas, welche dem Weibe die Aussicht auf die Ehe unter unseren heutigen socialen Verhältnissen so sehr verringert, daß es eben dazu gedrängt wird, sich nach einem Erwerbsberufe umzuschauen, ist doch wohl auch eine ganz moderne Erscheinung. Die Zahl derjenigen Concurrentinnen, welche etwa bei Freigabe des medicinischen Studiums und Berufs in deutschen Landen aus idealer Begeisterung für eine hehre Wissenschaft von dieser Erlaubniß Gebrauch machen werden, wird allerdings eine so geringe sein, daß uns daraus keine zu fürchtende Concurrenz erwachsen wird. Aber wie viele junge Mädchen, denen der volle Geldbeutel sowohl zum Heiraten als zum Rentièreleben fehlt, werden dann hinter der Pforte der medicinischen Facultät die Quelle einer gesicherten und ehrenvollen Existenz suchen! Vielleicht wird ihre Zahl anfangs aus einer gewissen überlieferten Scheu, aus einer gewissen noch anerzogenen Abneigung gegen die „Emancipation" gering sein; aber das folgende Geschlecht wird schon dieses Ueberlieferte und Anerzogene vermissen lassen, und der Zustrom des schönen Geschlechts wird ein gewaltiger zur Ausübung von Heilkunde und Pharmacie werden. Die Frau ist eitel, die Frau ist auch trotz Vergil's „varia et mutabile femina" oft genug beharrlich im Wollen und Mögen! Das ist eine schlechte und eine gute Charaktereigenschaft, welche einen gewissen Erfolg verbürgen. Je größer die Zahl der weiblichen Concurrenten in Medicin und Pharmacie werden wird, desto größer wird auch die Zahl der hervorragenden und beachtenswerthen Nebenbuhlerinnen werden müssen. So lange aber der Staat uns Aerzte nicht vor den Aftergenossen der Curpfuscher aller Art, die Apotheker nicht vor raffinirten Geheimmittelfabrikanten zu schützen entschlossen ist, so lange dürfen wir uns den gerade durch die Vorschriften des Staates so mühsam und kostspielig zu erringenden Boden unserer Thätigkeit nicht noch mehr eindämmen lassen. Würde Heilkunde und Pharmacie endlich wieder das Privileg von Personen, deren Vorbildung und Ausbildung vom Staate selbst überwacht, geleitet und verbürgt ist, dann wäre die Antwort auf die Frage der Zulassung der Frauen zu unserem Berufe nach meiner Meinung eine ganz andere. Jede ehrliche und auf gleicher Grundlage ruhende Concurrenz soll im Wettkampf der Geister willkommen sein, und wer sie fürchtet, ist feige oder fühlt sich schwach; jetzt vergeuden wir und namentlich wir praktischen Aerzte unsere beste Kraft im Kampfe gegen unsere curpfuscherischen Concurrenten, deren Bedeutung innerhalb des Publicums vom grünen Tische aus wahrhaftig geringer scheint, als sie wirklich ist. So lange dieser beklagenswerthe Zustand, vom Staate geschaffen und gebilligt, herrscht, so lange dürfen wir uns nicht neue Concurrenz, und wäre es selbst eine ebenbürtige, aufladen. Caveant consules ne quid detrimenti res publica capiat!

Dr. R. LANDAU (Frankenberg i. S.)

Kleine Mittheilungen.

— Seinerzeit hat BIERNACKI darauf aufmerksam gemacht, daß das höchst unangenehme Gefühl, welches ein Druck auf den Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris bei Gesunden verursacht, bei Tabikern sehr häufig — in seinen Fällen 14mal unter 20 — fehlt. Dann hat A. CRAMER nach diesem Symptom bei verschiedenen Formen von Geistesstörung geforscht (s. „Wiener med. Presse", 1894, pag. 1807) und gefunden, daß bei Paralytischen in drei Viertel der Fälle (39 von 51) ausgesprochene Analgesie der Ulnarisstämme bestand, während sich diese Erscheinung bei nichtparalytischen Geisteskranken nur in einem Viertel der Fälle fand. Dr. OTTO SNELL hat nun in der Pflegeabtheilung der Provinzial-Irrenanstalt zu Hildesheim neuerdings („Berl. klin. Woch.", 1895, Nr. 42) Untersuchungen über das **Ulnarissymptom bei Geisteskrankheiten** angestellt, und zwar an 25 Paralytikern und 75 nicht paralytischen Kranken, durchwegs Männern. In der letzten Gruppe befanden sich Epileptiker und solche chronische Geisteskranke, welche am meisten schwere Störungen der Sensibilität vermuthen ließen. Von den untersuchten Paralytikern zeigten das Ulnarissymptom erhalten 1, abgeschwächt 10, erloschen 14. Ein Zusammenhang der Ulnaris-Analgesie mit einem der übrigen Symptome der progressiven Paralyse konnte nicht festgestellt werden. Von den untersuchten 75 nicht paralytischen Kranken zeigten das Ulnarissymptom erhalten 25, abgeschwächt 39, erloschen 11. Bei diesen traf die Analgesie des Ulnarisstammes in der Regel mit anderen schweren Störungen der Sensibilität zusammen. Die gefundenen Resultate bestätigen somit die Behauptung A. CRAMER's, die Analgesie der Ulnarisstämme sei bei der Paralyse weit häufiger als bei irgend einer anderen Geistesstörung.

— Nach Prof. E. CARLETON in New-York bildet **Essig ein wirksames Antidot gegenüber Carbolsäure.** Wenn man Essig auf durch Carbolsäure verätzte Haut- oder Schleimhautpartien applicirt, verschwindet alsbald die charakteristische weiße Verfärbung, ebenso wie die durch Carbolsäure bedingte Anästhesie; es kommt dann auch nicht zur Entwicklung eines Aetzschorfes. Der Essig bildet aber nach C. auch ein gutes Antidot bei in den Magen eingeführter Carbolsäure. Danach wäre die erste bei Carbolsäurevergiftung zu treffende Maßnahme, dem Pat. Essig, zur Hälfte mit Wasser gemischt, zu verabreichen, worauf man zur Magenauswaschung übergehen könnte.

— An der Hand eines Falles von **Rheumatismus des Larynx,** welcher mit Unbeweglichkeit eines Stimmbandes und davon abhängiger Heiserkeit verlief, macht G. H. MACKENZIE („Edinb. med. journ.", Ref. in „Centralbl. f. inn. Med.", 1895, Nr. 41) auf die erst seit Kurzem gewürdigte Thatsache aufmerksam, daß innere wie äußere Larynxmuskeln, auch beide gleichzeitig, gelegentlich von Rheumatismus befallen werden. Es sind meist geringere, selten schwerere Symptome, sie machen aber oft beträchtliche Unbequemlichkeit und können langdauernde, selbst permanente Störungen der Phonation bedingen. Eine rein locale Affection ohne constitutionellen Rheumatismus wird vorzüglich bei Befallensein der inneren Kehlkopfmuskeln gefunden, während bei Erkrankung der äußeren häufig noch andere rheumatische Zeichen, besonders in der Hals- und Rückenmusculatur bestehen. Selbst laryngeale Hämorrhagien können rheumatischer Aetiologie sein. Eine simultane Affection des Cricoarytänoidgelenkes macht die Prognose quoad vocem sehr ungünstig. Die Behandlung muß eine allgemeine antirheumatische sein.

— Auf Grund einer Reihe günstiger Erfahrungen empfehlen BAILLOT und BARBETTE (Ref. in „Centralbl. f. Gyn.", 1895, Nr. 47) **Apiol (Petersilienkampher) bei menstruellen Störungen.** Es soll sowohl bei Amenorrhoe wie auch bei Dysmenorrhoe, welche mit schwacher menstrueller Blutung verbunden ist, günstig wirken. Das Mittel wird in Gelatinekapseln, welche circa 0·002—0·0025 des Mittels enthalten, kurz vor, bezw. beim Eintritt der Menses Morgens und Abends gegeben und während der Dauer derselben oder bei

Amenorrhoe in den Tagen, in welchen sich menstruelle Molimina bemerkbar machen, angewendet.

— **Zum Nachweis der Tuberkelbacillen im Sputum** gibt Prof. v. RINDFLEISCH in der „D. med. Woch." (1895, Nr. 48) folgenden praktischen Wink: In Anbetracht, daß die Tuberkelbacillen hauptsächlich in dem Caverneneiter enthalten sind, welchem sich Secret der Bronchien beimischt, in Anbetracht ferner, daß das Secret der Bronchien aus einzelnen schleimigen Ballen besteht, in welche die Tuberkelbacillen nicht eindringen können — ergibt sich, daß man die meiste Aussicht hat, Tuberkelbacillen zu finden, wenn man die Flüssigkeit zwischen den Schleimballen untersucht. Man nehme also einen gewöhnlichen Tuschpinsel, feuchte ihn mit Wasser ein wenig an und rühre damit tüchtig nach allen Seiten in dem Sputum herum. Zieht man ihn heraus, so scheint beinahe nichts daran hängen geblieben zu sein. Bestreicht man aber ein Deckgläschen mit dem Pinsel, so finden sich in der dünnen Schicht unverhältnißmäßig viele Tuberkelbacillen. Man muß natürlich für jede Untersuchung einen neuen Pinsel verwenden.

— Nach den Erfahrungen, welche A. CLAUS (Antwerpen) an 2 Fällen gemacht hat („Ther. Monatsh.", 1895, 11. Heft) empfiehlt sich die Verwendung von **Salophen bei Migräne**. Er verordnet 1 Grm. beim Anfalle, und wenn nach 2 Stunden der Anfall nicht beendigt ist, noch ein zweites Gramm. C. hält die Anwendung des Salophens auch bei Diabetes und Chorea für rationell.

— Von Dr. SAUER in Berlin, einen jungem Botaniker, wird ein Maltosewein dargestellt, der nach den Aufführungen Prof. EWALD's in der „Berl. klin. Woch." (1895, Nr. 42) im Gegensatz zu ähnlichen Producten ernstliche Beachtung verdient. Das eigenartige Verfahren Dr. SAUER's besteht darin, daß er die Hefe einer besonderen Traubenart, z. B. der spanischen oder ungarischen, aus kleinster Menge in Reincultur auf sterilisirter gesäuerter Malzwürze aufzieht und vermehrt und demgemäß eine vollkommen reine Rasse verwendet. Wird die zu vergährende milchsäurehaltige Würze mit dieser Hefe beschickt, so tritt eine stürmische Alkoholgährung ein, die bis zu 14, ja selbst 18 Volumprocent bildet, und zugleich entwickeln sich damit die eigenthümlichen, jenen Trauben, bezw. den daraus gewonnenen Weinen charakteristischen Riech- und Geschmacksstoffe. Es handelt sich somit eigentlich um die Herstellung eines Bieres, aus dem aber durch die besondere Wahl der Hefe und durch die Art der Nachgährung ein Getränk geworden ist, welches mit Bier gar keine Aehnlichkeit mehr hat, sondern im Ansehen und Geschmack durchaus den Weinen gleicht, von denen die betreffenden Heferassen stammen. Merkwürdig ist, daß jede Heferasse, wenn sie rein gezüchtet einem Gährungssubstrat zugesetzt wird, nicht nur ihre ganz bestimmte Menge Alkohol und alkoholähnliche aromatische Stoffe bildet, sondern auch dem resultirenden Getränk ihren bestimmten specifischen Charakter aufdrängt. So hat der unter der Bezeichnung Tokayer gehende Maltosewein mit der Analyse von FRESENIUS 14·37 Volumprocent Alkohol, der Malaga 25·28%, der Sherry 18·62%. Diese Weine kommen unter dem Namen **Medicinal-Maltoseweine** in den Handel. Was ihren Werth gegenüber den üblichen Medicinalweinen betrifft, so stehen sie zunächst denselben im Alkoholgehalt nicht nach. Sie haben aber den Vorzug, daß ihr Alkohol wesentlich Aethylalkohol ist, und daß sie keine Spur von Fusel enthalten. Ein weiterer Vorzug ist der hohe Malzextractgehalt, der Gehalt an Albumosen und ferner an phosphorsauren Salzen; dies verleiht ihnen einen entschiedenen Nährwerth. E. glaubt, daß in dem neuen Präparat ein Getränk gegeben ist, welches durch seinen Malzextractgehalt in Verbindung mit seinem hohen Gehalt an reinem Alkohol und durch seinen angenehmen Geschmack berufen ist, eine wichtige Rolle in der Krankenpflege, respective Ernährung zu spielen. E. hat im Augustahospital über 200 Flaschen der verschiedenen Weinsorten verabreicht, und zwar mit dem Ergebniß, daß die Weine sehr gerne genommen wurden und die belebenden, stärkenden und kräftigenden Eigenschaften entwickelten, die ihrer Zusammensetzung nach zu erwarten waren.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Italienischer Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Rom vom 22.—25. October 1895.*)

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

I.

Die Serumtherapie.

FOÀ (Turin), Referent: Die erworbene Immunität ist verschieden von der angeborenen, sowie das Serum eines immunisirten Thieres von dem eines natürlich widerstandsfähigen verschieden ist. Die natürliche Immunität steigert sich nicht durch Einfuhr eines Giftes, gegen welches das Thier resistent ist. Refractäre Thiere liefern kein Serum, welches eine Infection anderer Thiere heilte, empfängliche hingegen geben ein um so wirksameres, je größer die Empfänglichkeit und der Unterschied zwischen dem originären und dem während der Immunisirung erworbenen Zustande ist.

Das so erlangte specifische Serum steigert nicht nur die Widerstandsfähigkeit der Versuchsobjecte, sondern verhindert auch die Verbreitung und Vermehrung der pathogenen Mikroorganismen, um endlich das Protoplasma der Bacterien selbst anzugreifen und diese zu vernichten. BEHRING's Lehre auf alle Infectionen anzuwenden, begegnet enormen Schwierigkeiten, die sich aus dem Unterschiede zwischen einem physikalischen und biologischen Experimente ergeben. Nach Vortr. könnte man in der Serumtherapie von einem antitoxischen, antibacteriellen und bactericiden Processe sprechen.

Zu den verschiedenen bez. Therapien übergehend, beginnt Verf. mit dem Tetanus. Trotz der stärksten Vaccinen, welche in Folge des enormen Gehaltes an Tetanusgift schon in minimalster Quantität immunisiren, ist das Resultat wenig erfreulich, denn im Momente der Anwendung sind gewöhnlich schon schwere Läsionen und bleibende tetanische Symptome vorhanden. Für die Praxis wichtig ist es aber, daß die präventive Serumanwendung glänzende Resultate aufzuweisen hat. — Bezüglich des Diphtherie-Heilserums erläutert Vortr., daß manche bisher als feststehend betrachtete Ansichten eine Modification erfahren müssen. Das Serum kann gesunden Individuen in großer Menge eingespritzt werden; Albuminurie und Paralyse sind die Folgen einer zu raschen Giftwirkung; Folgen des Heilserums sind blos die Arthralgien und Exantheme, welche BEHRING durch Reduction der Dosis auf 1 Ccm. zu beseitigen hofft. Vortr. hält das Mißtrauen gegen den prophylaktischen Werth des Serums für unbegründet. — Bei Cholera und Typhus hat die Serumtherapie bisher keine Erfolge; bei Rabies zerstört das Serum vaccinirter Thiere das Rabiesgift in vitro. — Bei Staphylococcus-Infection wurden in jüngster Zeit gute Erfolge erzielt. Derartige Abscesse, mit Jodtrichlorür behandelt, verwandelten den Eiter in eine durchsichtige Lymphe, deren Injection Kaninchen und Ziegen immunisirte; Eiter von Osteomyelitis, letzteren unter die Haut gespritzt, verhielt sich wie ein aseptischer Körper. — MARMOREK gelang es, durch immer virulentere Culturen von Streptococcus (von denen schon $^1/_{100000}$ Ccm. tödtlich war!), von Eseln und Pferden ein Serum zu erlangen, welches sich bei Rothlauf und Puerperalfieber heilend erwies. — Nach den Versuchen der letzten Jahre scheint die Möglichkeit vorhanden, gegen den Diplococcus der Pneumonie und Meningitis cerebrospinalis epidemica prophylaktisch und curativ aufzutreten. Durch Filtriren der Varietät Meningococcus gelang es Vortr., ein wirksames Serum darzustellen. Um dieses für alle Diplococcenarten zu erhalten, kehrte er zur Methode der steigenden Verdünnung der Diplococcen (mit LUGOL'scher Lösung) zurück und erreichte constant günstige Resultate. Er hofft diese auch bei Anwendung am Menschen, nur müßte das Thier gefunden werden, welches hinreichendes Serum lieferte.

MARAGLIANO (Genua), Correferent: Ein Serum bedarf zu seiner Action der thätigen Mitwirkung des Organismus. Das Serum an und für sich ist weder an die bactericide, noch abschwächende,

*) Wegen Ueberfülle des Materiales verspätet. Die Red.

noch antitoxische Wirkung gebunden. Die Thätigkeit des Organismus hat aber ihre Grenzen, über welche hinaus er nicht mehr die Mittel der Abwehr erzeugen kann. So wirken das antitetanische und antidiphtheritische Serum nicht mehr, wenn der Organismus durch frühere Krankheiten oder durch die Infection selbst erschöpft ist und das Mittel zu spät angewendet wird. Man muß zwei Stadien der Abwehr unterscheiden. Das erste sind die Antitoxine im Serum der geimpften Thiere, das zweite andere Vertheidigungsmittel, deren Natur noch unbekannt ist. Das erste studiren wir am geimpften, das zweite an dem in der Cur befindlichen Thiere, beide vereint am Menschen bei spontaner Heilung einer Infection. Vortr. hält die klinische Beobachtung für entscheidend in der Beurtheilung der Serumtherapie. Letztere kann bei acuten und chronischen Infectionen unternommen werden, da und dort handelt es sich immer nur um die durch die Bacterien und deren Toxine erzeugten Störungen phlogistischer, destructiver, degenerativer oder neubildender Natur. Das therapeutische Resultat jedes Serum ist umso größer, je frühzeitiger und andauernder die Verwendung, wobei die Unschädlichkeit sehr zu berücksichtigen ist. Alle bis jetzt in Europa erzeugten Serum stammen von mit Bacteriengift geimpften Thieren, nicht von lebenden Culturen, während PAQUIN's (Amerika) Antituberculosenserum von Pferden stammt, die mit KOCH'schen Culturen geimpft waren. Vortr. unterzieht nun gleich FOÀ alle Krankheiten, in denen die Serumtherapie bisher geübt wurde, einer eingehenden Besprechung und kommt schließlich zum Antituberculosenserum.

Schon BABES und PAQUIN injicirten mit verdünnten Culturen und stetig steigender Virulenz, mit denen sie Hunde und Pferde immunisirten. Versuche am Menschen:

1. Inoculation von normalem Hundeblut, ohne Erfolg,
2. dto. Ziegenblut, ohne Erfolg,
3. dto. Blutserum tuberculisirter Hunde, ohne Erfolg,
4. dto. Blutserum von mit Tuberculin geimpften Ziegen, unbestimmter Erfolg,
5. dto. Blutserum von mit virulenten Culturen geimpften Hunden — nach BABES bei einigen Individuen mit Erfolg,
6. dto. Blutserum von mit virulenten Culturen geimpften Pferden, mit denen PAQUIN bei 38 Tuberculösen „Besserungen“ erzielt haben soll.

Vortr. bespricht nun seine hierauf bezüglichen Mittheilungen in den Versammlungen zu Bordeaux und Mailand.

Sein System besteht „in der progressiven Thierimpfung bis zur erlangten Immunisirung unter Beihilfe aller activen Principe, die in den Culturen der menschlichen virulenten Tuberculose enthalten sind“. Bis jetzt wurden entweder virulente Tuberkelculturen oder toxische, der Hitze widerstehende Stoffe, welche in den in der Hitze sterilisirten Culturen enthalten waren, verwendet. Vortr. hingegen gebraucht alle toxischen Stoffe, sowohl die der Hitze widerstehenden, als die nicht widerstehenden; dieses dermaßen hergestellte Serum neutralisirt die toxischen Stoffe der Tuberculose, hebt die Ernährung, vermehrt die Leukocyten, rothen Blutkörperchen und das Hämoglobin und ist ohne schädliche Nebenwirkung. Der Haupteffect ist eine „progressive Austrocknung der Krankheitsherde“.

Vortr. behandelte 52 Kranke mit localisirten, meist afebrilen Bronchopneumonien, bei 32 ausgesprochene Besserung;

weiters 15 febrile mikrobische Bronchopneumonien;

endlich 50 schwere Fälle mit Höhlenbildung; hievon 26 ohne jeden Erfolg, 15 mit leichter, 3 mit sichtlicher Besserung, 6 blieben stationär.

Sclavo erstattet Mittheilung über ein von ihm gewonnenes Serum gegen den Carbunkel.

Mariani (Rom) berichtet über 12 Fälle von günstiger Wirkung des Antituberculosenserum.

Mya (Florenz) hat 100 Fälle Diphtheritis mit Heilserum günstig behandelt. Ungünstig ist Mitbetheiligung der Lymphdrüsen.

Zagari und **Calabrese** legen vergleichende biologische Studien über das gesunde und immunisirende Serum vor.

Giuffrè bespricht die Mitwirkung des Nervensystems bei der Immunisirung. Die gegen den Carbunkel immune Taube wird bei der Injection in eine kurz vorher paralytisch gemachte Gliedmasse empfänglich.

Campana glaubt, das Serum von MARAGLIANO wirke, weil es Tuberculin sei, wie Tuberculin als Residuum im Blute eines geimpften Thieres.

Foà stellt an MARAGLIANO die Frage, ob sein Serum die Tuberculose hemmt oder nur ihren Verlauf verzögert. Er hält nur das Thierexperiment für beweisend. Vom klinischen Standpunkte antwortet man, daß das Serum die Wirkung des Tuberculins vernichte, nun ist letzteres weder ein constantes noch specifisches Reagens der Tuberculose. Wirkt das Antituberculosenserum gleich jenem gegen den Staphylococcus? Es liegt kein Beweis dafür vor.

Maragliano hält seine früheren Ausführungen aufrecht. Für ihn besteht kein Zweifel, daß das Serum die Wirkung des Tuberculins aufhebt; es ist antitoxisch, wenn man die schweren Störungen und die Consumtion in Folge der abgestorbenen Bacillen in Erwägung zieht. Sp.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

IX.

JARISCH (Graz): **Krankenvorstellung.**

1. Fall von Dysidrosis.

Die 58jährige Kranke leidet seit circa 20 Jahren, insbesondere unter dem Einflusse von Wärme, z. B. beim Wäschewaschen, in der Sommerhitze, oft auch ohne äußere Anlässe an eigenthümlichen Veränderungen der Haut des Gesichtes, Stirne, Ohren, die sich zugleich mit nervösen Störungen, Kältegefühl, geistiger Verlorenheit, vermehrter Schweißsecretion einstellen und aus einzelnen stecknadelkopf- bis hanfkorngroßen, eigenthümlich blautransparenten Erhöhungen ohne Entzündungshof bestehen. Beim Anstechen dieser Efflorescenzen entleert sich wenig klares, klebriges, sauer reagirendes Secret. Die Bläschen verschwinden wieder spurlos. Mikroskopisch erweisen sich diese Bildungen als Cysten in der Subcutis, die theilweise mit den selbst cystisch erweiterten Schweißdrüsen im Zusammenhang stehen und deren Wand von glatten Epithelien und einer deutlichen Membrana propria gebildet wird. Eine directe Einmündung eines Ausführungsganges einer Schweißdrüse in die Cyste konnte in den Serienschnitten nicht beobachtet werden. Die Entstehung bleibt demnach unklar. Der Fall ist identisch mit ROSENTHAL's Dysidrosis chronica faciei und ROBINSON's Hydrocystoma.

An der Discussion betheiligen sich **Touton, Justus, Rosenthal, Pringle** und **Jadassohn.** — Ueber die Natur dieser Erkrankung herrscht bei allen Rednern nur eine Ansicht, nämlich die des Vortragenden. JUSTUS will mikroskopisch directes Uebergehen solcher Cystchen in die Schweißdrüsen gesehen haben, was JADASSOHN auf Grund seiner Erfahrungen bezweifelt. Er hält diese Cystchen an den Fingern, ein nicht so seltenes Vorkommniß, für Eczembläschen. ROSENTHAL, der der Erkrankung seinerzeit den Namen Dysidrosis gegeben hatte, glaubt wohl an die eczematöse Natur derartiger Affectionen an den Fingern. In dem in Rede stehenden Falle im Gesichte handle es sich jedoch um kein Eczem, wie das Entstehen und der weitere Verlauf der Affection beweise.

2. Fall von HUTCHINSON'scher Sommereruption.

Ein 33jähriger Mann wird seit 10 Jahren insbesondere in der heißen Jahreszeit von eigenthümlichen entzündlichen Erscheinungen an der Haut der beiden Ohren befallen. Unter Abnahme der entzündlichen Erscheinungen und heftigem Jucken kommt es zum Aufschießen von hanfkorn- bis bohnengroßen weißen und derben Knoten, die sich mit Blasen besetzen, verkrusten und nach Abfallen der Borken tiefe kraterförmige Narben hinterlassen. Auch an den Händen kam es hin und wieder zu solchen Efflorescenzen. Derzeit bestehen wohl nur ganz geringe frische Erscheinungen, wohl aber sind die consumirten, geschrumpften, mit narbig bläulich verfärbter Haut bedeckten Ohrmuscheln mit ihren tiefen schartenartigen Defecten als einziger Sitz dieser seltenen Affection ein interessantes Demonstrationsobject. Das Wesen dieser Erkrankung ist unbekannt.

3. Fall von Colloidoma ulcerosum.

An der Wange und auf dem Tragus eines 31jährigen Pat. befindet sich ein chronisch entzündlicher, oberflächlich infiltrativer Proceß mit Bildung kleiner bis stecknadelkopfgroßer Knötchen, mit durchscheinendem Inhalte. Die histologische Untersuchung ergibt außer entzündlichen Erscheinungen hauptsächlich colloide Degeneration der oberflächlichen Hautpartien, Bläschen und Knötchen. Von den bisher bekannten Colloidomen unterscheidet sich diese Affection nach J. durch die Tendenz, frühzeitig zu ulceriren.

4 Multiple Leiomyome der Haut.

An der linken Gesichtshälfte, hauptsächlich der linken Wange, weniger auf der Stirne und im Bereiche der rechten Gesichtshälfte

finden sich unter der runzeligen Haut des cretinistischen Kranken verschieden große Knoten und Infiltrate. Die Oberhaut ist darüber intact, die Knoten etwas dunkler vorspringend, dabei durchscheinend. Histologisch erweisen sich dieselben als aus glatten, in der Pars reticularis gelagerten, kreuz und quer stehenden Muskelfasern zusammengesetzt.

5. Fall zur Diagnose.

Bei dem 26jährigen Pat. begann die Affection mit Schwellungen beider Hände und Füße im Jahre 1890. Später traten an der Nase und an anderen peripher gelegenen Hautpartien Knötchen auf, aber nur dort, wo früher schon diffuse Schwellung bestanden hatte. Letztere verursachte dem Pat., insbesondere an den Händen und Fingern, Bewegungsbehinderung und Parästhesien. Zwischen diesen diffusen polsterartigen Schwellungen finden sich hin und wieder rothbraune bis tiefblaue, nicht scharf begrenzte Knoten. Die Knochen sämmtlicher Phalangen sind verdickt. Der eine Nasenflügel theils höckerig, theils glatt oder derb infiltrirt. Zahlreiche ähnlich infiltrirte Stellen an den Ohrmuscheln, Wangen, Ellbogen und an anderen Orten. Die vorläufige Diagnose wurde auf idiopathisches Sarkom gestellt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Granulationsgewebe, epithelioide Zellen und kein Sarkom; am ehesten entsprachen die Zellen den Lupusinfiltraten.

Neisser und **Jadassohn** halten den Fall für einen sogenannten Lupus pernio. An den Stellen der am meisten herabgesetzten Circulation war es zur tuberculösen Infection gekommen.

Touton rechnet den Fall in die Gruppe der Pseudoleukämie.

JADASSOHN: Sind harte Warzen übertragbar?

J. demonstrirt an seiner eigenen Hand 2 und an der Dr. DREYSEL's 4 Verrucae durae, welche durch Inoculation von Warzenmaterial mit langer Incubationszeit zu Stande gekommen sind; damit sei die Ansicht KAPOSI's, daß Verrucae und Mollusca contagiosa nicht infectiöse Processe darstellen, experimentell mit Sicherheit widerlegt. Von Wichtigkeit für den Gegenstand sei die lange Incubationszeit, die hier ebenso wie in den inzwischen publicirten Versuchen VARISH's und LICHT's vorhanden gewesen sei. Die näheren Details dieser interessanten Versuche verschiebt Redner auf den Bericht des Congresses.

DREYSEL (Breslau): Pigment und osmirbare Substanzen der menschlichen Haut.

Das Pigment der menschlichen Haut hat die Fähigkeit, Osmiumsäure zu reduciren (LEDERMANN-BARLOW). Diese Fähigkeit kommt nicht allem Pigment in gleichem Maße zu. Die Intensität der Osmisirung ist eine überaus wechselnde, indeß findet sich in der Epidermis und vor Allem in der Cutis Pigment, das durch Osmiumsäure nicht verändert wird. Die Hämosiderine geben eine Osmiumsäurereaction. Das Pigment verliert seine Fähigkeit, Osmiumsäure zu reduciren, wenn es mit Chromsäure vorbehandelt wird. Das Fett behält auch dann seine Osmirbarkeit (LEDERMANN-BARLOW). Neben dem Pigment sind in der Epidermis, an nicht osmirten Präparaten nicht sichtbare, osmirbare Substanzen vorhanden. Die eine von diesen, welche sich in den tieferen Epithellagen befindet, verhält sich gegenüber Chrom- und Osmiumsäure wie Fett, die andere, in den höheren Epithellagen localisirte, wie Pigment.

SPIEGLER (Wien): Ueber die Trichorrhexis nodosa und ihren Erreger.

Nach SP.'s Beobachtungen erweist sich die Trichorrhexis nodosa für unsere Gegenden als eine in den Barthaaren der Männer sehr häufige, in den Kopfhaaren der Männer bisher kaum beobachtete, in den Kopfhaaren der Frauen äußerst seltene — SP. sah nur 2 Fälle — Erscheinung. Vortr. konnte in allen von ihm beobachteten Fällen von Trichorrhexis, sowohl Barbae als Capillitii, einen Mikroorganismus nachweisen und in der Mehrzahl der Fälle auch rein züchten. Die Haare liegen dabei einige Zeit vorher in absolutem Alkohol, wobei in einzelnen Fällen die Trichorrhexisbacillen, sonst in der Regel dem Alkohol gegenüber genügend resistent, ab und zu doch zu Grunde gehen.

Mit der Reincultur, nicht aber mit den Verunreinigungen, die gleichzeitig aufgingen, ist es SP. gelungen, dieselben Veränderungen auf gesunden Haaren zu erzeugen.

SPIEGLER's Bacillus ist identisch mit dem von HODARA in der Trichorrhexis der Constantinopeler Frauen gefundenen und in der Wiener dermatol. Gesellschaft (im Juni 1895) demonstrirten Mikroorganismus.

Jadassohn hat in einem Falle von circumscripter Trichorrhexis des behaarten Kopfes Knotenbildung und Zerfaserung auch an den von den Pat. benutzten Haarbürsten gefunden. In einem Falle von sehr starker Trichorrhexis des Schnurrbartes hat ihm 2proc. Pyrogallussalbe sehr gute Resultate gegeben.

Rosenthal weist darauf hin, daß diese Erkrankung insbesondere bei Männern häufig sei, und würde es für nöthig halten, die Untersuchungen SPIEGLER's auch auf die Haarbürsten auszudehnen. Auf die Veränderungen derselben habe bereits BLASCHKO hingewiesen.

SCHÄFFER (Breslau) demonstrirt mikroskopische Präparate zu einer neuen Bacterienfärbung, welche besondere Vortheile für das Aufsuchen der Gonococcen im Eiter darbietet. Näheres darüber wird in dem Congreß-Berichte bekannt gegeben werden.

Derselbe demonstrirt ferner Gonococcenculturen auf einem neuen Nährboden (Pepton-Glycerin-Ascites-Agar), nach KIEFER angegeben. Ferner desgleichen auf einem Nährboden von Milzagar (gewöhnliches Agar, bei dem statt Fleisch Rindermilz verwendet wurde) mit Ascitesserum.

Endlich demonstrirt der Vortr. noch Platten mit Gonococcenculturen, auf denen in sehr lehrreicher und interessanter Weise das antagonistische Verhalten zwischen Pyocyaneus und anderen Bacillen gegenüber dem Gonococcus während ihres Wachsthums zu sehen ist. Die Stoffwechselproducte der einen Art von Mikroorganismen behinderten deutlich streckenweise das Wachsthum der anderen Art. Zwischen anderen Mikroorganismen, z. B. Streptococcen und Gonococcen, besteht dagegen kein derartiger Antagonismus. Sie kommen beide gleich gut nebeneinander fort.

KRÖSING (Stettin): Weitere Studien über Trichophyton-Pilze.

Als Ergänzung zu seinen Studien über Trichophyton-Pilze, über die der Vortr. bereits vor 2 Jahren auf dem Breslauer Dermatologen-Congreß Mittheilungen gemacht hatte, berichtet derselbe über seine seither fortgesetzten Untersuchungsresultate, die er in folgenden Schlußsätzen zusammenfaßt:

1. Die SABOURAUD'sche Eintheilung der Trichophyton-Pilze in groß- und kleinsporige (megalosporon und mikrosporon) ist ungerechtfertigt. Die Sporengröße ist bei demselben Pilz und in derselben Cultur innerhalb weiter Grenzen wechselnd.

2. Zum Vergleich sind nur aus einer Spore, beziehungsweise einem Mycelgliede gewachsene Culturen verwendbar. Nur solche dürfen als Reinculturen im bacteriologischen Sinne gelten.

3. Die Gewinnung einzelner Mycelglieder gelingt am besten und schonendsten durch anhaltendes energisches Schütteln von Culturpartikeln in destillirtem Wasser.

4. Aus einer Affection ist nur ein Pilz zu gewinnen, der der Erreger ist.

5. Der Versuch, die Trichophyton-Pilze durch mikroskopische Untersuchung von Culturen zu unterscheiden (FURTHMANN und NEEBE), ist wegen der Mannigfaltigkeit von Generations- und Fructifications-Organen in ein und derselben Cultur und der Inconstanz derselben zu verschiedenen Zeiten oder bei Wiederholung der Cultur aussichtslos.

6. Bisher ist nur der makroskopische Vergleich von unter möglichst gleichen Bedingungen gewachsenen Culturen im Stande, diese Unterscheidung zu ermöglichen.

7. Die Kartoffelcultur ist die charakteristischeste und zum Vergleich daher am geeignetsten.

8. Nach den Kartoffelculturen ließen sich die untersuchten Pilze zwanglos in drei Gruppen theilen:

a) in solche mit trockenem, pulverigem Belag und Braunfärbung der Kartoffel am Rande der Cultur,

b) in ebensolche ohne Kartoffelverfärbung,

c) in solche mit weißem, wollig-narbigem Belag ohne Kartoffelverfärbung.

9. Tiefe und oberflächliche Affectionen (Sycosis und Trichophytia circinata) können durch den gleichen Pilz verursacht sein.

10. Es gibt Eiterungen, durch Trichophyton allein bedingt.

11. Es ist bisher unmöglich, aus dem klinischen Bilde einer Trichophytie auf den zu Grunde liegenden Pilz zu schließen.

12. Verschiedenartigkeit im Nährboden wie im Alter von zur Anlegung von Kartoffelculturen benutzten anderweitigen Culturen desselben Pilzes war bei den von K. untersuchten Pilzen belanglos für das neue Kartoffelculturbild.

13. Die von K. untersuchten Pilze wuchsen ebensowohl auf stark angesäuerten, wie auf stark alkalisirten Nährböden, ebenso gut bei Sauerstoffabschluß, als bei Sauerstoffzutritt und veränderten nicht die Reaction der Nährböden.

14. Bei 11 Meerschweinchen, die mit Pilzen verschiedener Provenienz epidermidal geimpft wurden, entwickelte sich in keinem Falle das klinische Bild der Sycosis; subcutane Einverleibung von Pilzmaterial hatte in wiederum 11 Fällen ausnahmslos Knotenbildung zur Folge; die weitere Entwicklung entsprach jedoch nicht dem klinischen Bilde menschlicher Sycosis. C. Ullmann.

Aus den Abtheilungen der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

X.

Abtheilung für innere Medicin.

Albu (Berlin): **Ueber die Bedeutung der Lehre von den Autointoxicationen für die Pathologie.**

Alle Vorgänge im Organismus vollziehen sich an seinen morphologischen Elementarbestandtheilen, den Zellen. Das Geschehen selbst aber ist ein chemischer Proceß. Leben und Kranksein sind chemische Processe. Auch die Bacterien werden Ursache von allgemeinen Krankheitserscheinungen nur durch ihre chemischen Stoffwechselproducte. Es ist kein Fortschritt der Neuzeit, daß eine Reihe von Erkrankungen, die man früher auf äußere Ursachen (Trauma, rheumatische, nervöse Einflüsse u. dgl.) zurückführte, als Erkrankungen des Gesammtstoffwechsels des Organismus erkannt sind. Die Ursache des abnormen Ablaufs des Stoffwechsels liegt darin, daß eine überreichliche Menge normaler oder überhaupt abnormer Producte des Stoffwechsels von irgend einer Stelle des Organismus aus in das Blut übergehen. Die Abnormität des Eiweißstoffwechsels, wie wir ihn bei der Nephritis sehen, ist ein Beispiel dafür, daß die Ursache der Stoffwechselanomalie in einer Organerkrankung zu suchen ist. In Analogie dazu steht das Myxödem bei Schilddrüsenerkrankungen, der Diabetes bei Pancreaserkrankung u. a. Nicht nur drüsige Organe können der Ausgangspunkt für den Uebergang abnormer Stoffwechselproducte in's Blut werden, sondern jedes Organ mit seinem Se- und Excret, wenn es überreichlich gebildet oder mangelhaft ausgeschieden wird. Diese abnormen Substanzen sind für den Körper Gifte, die durch sie hervorgerufenen Processe Intoxicationen. Sowohl einzelne Symptome wie das Gesammtbild derselben findet zahlreiche Analoga und Similia in der Pharmakologie und experimentellen Pathologie. In der Form und mit den Beweismitteln, mit denen Bouchard die Lehre von den Autointoxicationen begründet hat, hat sie bisher kein klinisches Bürgerrecht erwerben können. Die Ursache liegt in dem Mangel einer exacten Grundlage. Diese ist vor Allem in dem directen Nachweis des Krankheitsgiftes, entweder am Ausgangspunkt der Erkrankung oder im Blut, resp. in den Se- und Excreten des Körpers zu erblicken. Nur dadurch kann die neue Lehre, die bereits vielfach mißbräuchliche Ausdehnung erfahren hat, davor bewahrt bleiben, mehr als eine kritiklose Auffrischung der alten Lehre von den Dyskrasien zu sein. Heute darf die abnorme Blutmischung nicht mehr als eine gegebene, nicht weiter zerlegbare Größe betrachtet werden. Vortr. bespricht nun einzeln die bisher als sichere Autointoxicationen theils wegen der chemischen, theils wegen der klinischen Beweisgründe anzusprechenden Erkrankungen. Dieselben umfassen einen großen Theil der speciellen Pathologie. Von besonders großer praktischer Wichtigkeit sind die vom Intestinaltractusa usgehenden Intoxicationen, weil dieselben in dieser Auffassung eine Handhabe zu einer durchaus rationellen Therapie bieten. Die nähere Begründung der im Vortrag gemachten Ausführung wird in der ausführlichen Publication erfolgen.

Foss (Potsdam): **Ueber die innere Anwendung der isomeren Kresole, resp. des Enterols.**

Die bisher angewendeten Kresolpräparate: Lysol, Creolin, Solutol u. s. w. haben einen ganz unbekannten Gehalt an isomeren Kresolen. Die physiologische Chemie hat festgestellt, daß die im Darm als Gegenproduct der Darmfäulniß gebildeten isomeren Kresole in einem annähernd procentuell festzustellenden Verhältniß zu einander vorkommen. Dieses physiologische Mischungsverhältniß der Körperkresole hat Vortr. durch Zahlen fixirt und das Mischungsproduct Enterol genannt. Dieses ist von ihm aus chemisch reinen Isomeren nachgeahmt worden. Das Enterol ist in einer Verdünnung von 0·02 auf 100 ungiftig; es können von dieser Lösung 1—5 Grm. pro die genommen werden. Es wirkt bei Magendarmerkrankungen, nach dem Verlauf der klinischen Erscheinungen zu urtheilen, stark antiseptisch auf die Fäulnißproducte im Intestinaltractus, wenn der Darm zuvor gereinigt ist. Außerdem soll nebenher täglich ein Laxans gegeben werden. Das Enterol wirkt auch fäulnißhemmend auf den Harn; es empfiehlt sich deshalb die Anwendung desselben auch bei einfachen und acuten Erkrankungen im Urogenitalapparat. Reizung der Nieren wurde nie beobachtet. Das Enterol sollte bei allen Infectionskrankheiten, auch bei Diabetes, geprüft werden, da Vortr. günstige Erfolge erzielt hat. Das Enterol ist ein sehr übelriechender, ätzender Stoff. Es wird deshalb am zweckmäßigsten in Pillen und Kapseln, in Verbindung mit Abführmitteln gegeben.

Albu (Berlin) vermißt einen Beweis für die angebliche antiseptische Wirkung im Darmcanal. Die vom Vortr. dafür angegebenen klinischen Erscheinungen seien nicht eindeutig. Wie bei fast allen sogenannten Darmdesinficientien ist die eventuell günstige Einwirkung auf die gleichzeitige Entleerung des Darmes von dem fäulnißfähigen Darminhalt zurückzuführen.

Loeb (Aachen): **Ueber Antisepsis unter besonderer Berücksichtigung der Jodpräparate.**

Unter den antiseptischen Jodpräparaten kann man sehr scharf eine Theilung machen: 1. in solche, welche in Berührung mit dem Organismus Jod abspalten, 2. in solche, welche unverändert den Körper verlassen. Zu der ersteren Gruppe gehört das Jodoform, Jodol, Europhen, Aristol u. s. w., zur letzteren das von Classen und Loeb dargestellte Nosophen = Tetrajodphenolphtalein, deren Natronsalz als Antinosin bezeichnet wird. Während beim Jodoform die durch die Einwirkung des freiwerdenden Jods entstehenden Jodalbuminate die Träger der antiseptischen Eigenschaft sind, kann man beim Nosophen nur in dessen Verbindung mit dem Eiweiß die wirksamen Bestandtheile suchen. Jedenfalls sind es auch hier complexe Jodeiweißverbindungen, welche den Nährboden für die Bacterien unbrauchbar machen. Beim Jodoform tritt aber intermediales Jod auf, das wahrscheinlich die Ursache der Jodoformintoxicationen ist. Das Freiwerden des Jods ist ein Nachtheil des Jodoforms, während man es früher gerade als Vorzug der Substanz ansah. Das Nosophen ist dagegen wegen der festen Jodverbindung vollständig ungiftig. Die Eiweißverbindungen werden im Organismus wieder gespalten und das Nosophen verläßt schließlich in seiner ursprünglichen Gestalt den Organismus. Das Jodoform wirkt auf der Wunde antiseptisch durch seine Zersetzung und die Bildung wasserlöslicher Eiweisverbindungen. Das indifferente Nosophen dagegen wird durch die alkalischen Säfte des Körpers allmälig in das Natronsalz übergeführt und gelangt in dieser Form zur Wirksamkeit.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 4. December 1895.

Vorsitzender: Docent Dr. M. Herz.

Dr. J. Fischer: Schilddrüse und weiblicher Genitalapparat.

Es ist seit altersher bekannt, daß gewisse Wechselbeziehungen zwischen der Schilddrüse und den weiblichen Geschlechtsorganen bestehen. Andeutungen hiefür finden sich schon in der römischen Literatur (Catull, Nemesianus). Auch das häufige Vorkommen des Kropfes bei Frauen ist eine schon den alten Anatomen bekannte

Thatsache. Ein ähnliches Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes wie beim Kropfe findet sich auch bei den in neuerer und neuester Zeit mit der Schilddrüse in Zusammenhang gebrachten Erkrankungen, beim Myxödem (86%), bei Morbus Basedowii (49—4 : 1), bei der Sclerodermie (3 : 1) und bei der Adipositas universalis.

In der Pubertät kommt es häufig zur Anschwellung der Schilddrüse, sowie zur wahren Kropfbildung. Während der Menses konnte Vortr. nur in 2 Fällen von Dysmenorrhoe eine regelmäßige Vergrößerung der Glandula thyreoidea constatiren. Häufigere Schwankungen im Halsumfang wurden nur bei Basedowkranken beobachtet. In zwei Dritteln der Beobachtungen trat während der Gravidität eine Schwellung der Drüse auf. Viele Kröpfe werden auf die in der Schwangerschaft entstandene Schilddrüsenschwellung zurückgeführt, schon bestehende Kröpfe wachsen in der Gravidität oft bedeutend heran und geben dann zu operativen Maßnahmen (Exstirpation des Kropfes, Tracheotomie, künstlichem Abortus und künstlicher Frühgeburt) Anlaß. Häufige Schwangerschaften werden auch als ätiologisches Moment für Myxödem angeführt; für diese Fälle muß man eine der Schwangerschaftshypertrophie folgende Schilddrüsenatrophie annehmen (vgl. Auftreten von Myxödem im Anschluß an die BASEDOW'sche Erkrankung). Viele Fälle von Morbus Basedowii kommen erst in der Gravidität zum Ausbruch; bestehender Basedow wird durch die Schwangerschaft meist ungünstig beeinflußt. Während der Geburt tritt regelmäßig eine Anschwellung des Halses ein, die im Wochenbett wieder verschwindet. In der Schwangerschaft entstandene oder herangewachsene Kröpfe können im Puerperium wieder gänzlich verschwinden, bezw. zurückgehen. Thyreoiditis ist eine nicht gar so seltene Complication der septischen Wochenbettserkrankungen. Eine Schilddrüsenschwellung bei stillenden Frauen hat Vortr. nicht gesehen.

Nach der Menopause treten häufig atrophische Processe in der Glandula thyreoidea ein (fibrocystische Degeneration, interstitielle Cirrhose etc.); andererseits wird gerade in diese Zeit ein Maximum der Kropfbildung verlegt, was Vortr. nicht bestätigen kann. Die häufige Entstehung von Myxödem im Klimacterium ist auf die in der Schilddrüse sich etablirenden atrophischen Veränderungen zurückzuführen. Unter den Genitalerkrankungen sind es nur die Fibromyome, denen begründetermaßen ein Einfluß auf die Schilddrüse zugeschrieben werden kann. Daß Menstruationsstörungen die Kropfbildung begünstigen und bei bestehenden Kröpfen Vergrößerung bewirken, ist eine alte Annahme. Für einzelne Fälle scheinen amenorrhoische Processe mit dem Myxödem in directer causaler Beziehung zu stehen (Fälle von L. LANDAU, KIRK). Sehr häufig wird das Auftreten von M. Basedowii bei Erkrankungen der Geschlechtsorgane beobachtet und namentlich die Amenorrhoe als ätiologisches Moment für denselben angesehen, wobei man sich auf die Beobachtung stützte, daß nach Wiedereintreten der Menses Besserung auftrat. Vortr. gibt dann einen historischen Ueberblick über die Versuche, die in Frage stehende Wechselbeziehung zu erklären. Entsprechend der heute fast allgemein angenommenen Entgiftungstheorie für die Function der Schilddrüse kann man die Anschwellung derselben z. B. bei der Gravidität, bei dem Myoma uteri durch eine Blutalteration in dem Sinne, daß die zu entgiftenden Substanzen an Menge zunehmen, erklären.

Als Folge des Kropfes treten häufig Unterbrechungen der Schwangerschaft ein; auch sollen Meno- und Metrorrhagien bei Strumösen häufiger als sonst sein. Nach Thyreoidectomie wird Genitalatrophie beobachtet. Die Eier athyreotischer Hühner sind nach LANZ kleiner, als normal. Hyperthyreosis erzeugt nach demselben Autor oft Anomalien der Früchte. Myxödem hat sowohl Amenorrhoe, wie Metrorrhagien im Gefolge: in beiden Fällen läßt sich Genitalatrophie als gynäkologischer Befund erheben. Auch beim Cretinismus findet sich häufig Genitalatrophie. Als Folgeerscheinung der BASEDOW'schen Erkrankung tritt diese Genitalatrophie ebenfalls nicht selten auf. Sie ist als Folge einer chronischen Intoxication zu betrachten, wie solche z. B. bei der chronischen Morphiumvergiftung ganz analoger Weise zu beobachten ist. Bei der Fettleibigkeit, bei der wir in der Hälfte der Fälle eine vergrößerte oder verkleinerte Glandula thyreoidea tasten und die LANZ auf eine Hypothyreosis bezogen hat, ist das Auftreten im Anschluß an den Klimax (atrophische Processe in der Schilddrüse) sehr häufig. Bei Fettleibigen sind Menstruationsanomalien (Amenorrhoe und Menorrhagien) nicht selten. Der Localbefund ergibt hier sehr häufig atrophische Zustände im Genitale. Als Schlußfolgerungen stellt der Vortr. auf:

1. **Gewisse Processe im Genitalapparate, z. B. Pubertät, Schwangerschaft, Myome, Processe, welche mit Stoffwechselveränderungen im Gesammtorganismus einhergehen, sind häufig mit hypertrophischen Vorgängen in der Schilddrüse verbunden.**

2. **Ausfall der normalen Schilddrüsensecretion nach Thyreoidectomie, beim Cretinismus, beim Myxödem, beim Morbus Basedowii und bei der Adipositas universalis ist häufig von atrophischen Vorgängen im Geschlechtsapparate gefolgt.**

Discussion.

Dr. Kohn erwähnt eines Falles, der die Beziehung von Struma und Gravidität zu beweisen vermag. Ein blühendes junges Mädchen mit bedeutender Struma heiratete. Zu Beginn ihrer ersten Schwangerschaft fühlte sie sich eines Abends unwohl; am nächsten Morgen fand man sie todt im Bette liegen. Als einzige Todesursache mußte man die mächtige Struma ansehen, die wahrscheinlich des Nachts den Tod durch Erstickung herbeigeführt hatte.

Doc. Dr. Sternberg: FISCHER sucht den Zusammenhang der Schilddrüse mit dem weiblichen Genitale wesentlich auf vier Punkte zu stützen: erstens, daß Kropf häufiger bei Frauen als bei Männern vorkommt; zweitens, daß Morbus Basedowii bei Frauen weitaus überwiegt; drittens, daß der Halsumfang während der Gravidität zunimmt, und viertens, daß diese Erscheinung gelegentlich bei der Menstruation auftritt. Eine Reihe anderer Thatsachen — das Verhalten bei Myxödem und Cretinismus u. a. — ist kaum in Betracht zu ziehen. Von diesen vier Punkten ist der erste als sichergestellt zu betrachten. Der zweite jedoch, das Vorkommen von Basedow, ist schon eine schwierige Sache. Der Basedow hat zweifellos eine Reihe von Beziehungen zum Genitalapparat; dafür spricht, abgesehen von den anatomischen Befunden, eine Reihe functioneller Erscheinungen, wie etwa die gesteigerte erotische Erregung bei Basedow. Die Beziehungen dieser Krankheit zur Schwangerschaft und Geburt sind jedoch vieldeutig. So kennt Redner einen Fall von schwerem Basedow bei einem Mädchen, der sich nach der Verehelichung, besonders nach der Geburt eines Kindes bedeutend gebessert hat. — Die Verschlechterung des Befindens während der Schwangerschaft ist nicht ohneweiters auf Schilddrüsenhypertrophie zu beziehen, da der Verlauf des Basedow von einer ganzen Menge von Umständen abhängt. Nur in jenen schweren Basedowfällen, bei denen die cardialen Symptome in den Vordergrund treten, bedingt die Schwangerschaft eine Gefahr für das Individuum; bei solchen Fällen wird man natürlich das Eintreten einer Gravidität zu verhindern haben. Dagegen bietet die Schwangerschaft bei einem chronisch verlaufenden, leichteren Basedow durchaus keine Gefahr; man kann im Gegentheil hiebei nach der Conception eine Besserung des Zustandes sehen. — Was den dritten Punkt, die menstruelle Anschwellung der Thyreoidea betrifft, so wäre daran zu erinnern, daß zur Zeit der Menstruation auch sonst Congestionen zu den Organen beobachtet werden; so hat z. B. Redner 2 Fälle von Phthise mit wiederholter Hämoptoë zur Zeit der Menstruation gesehen. Es ist daher keineswegs auffallend, daß auch zur Schilddrüse eine stärkerere Fluxion stattfindet und diese Erscheinung beweist durchaus keinen besonderen Zusammenhang zwischen Schilddrüse und Genitale.

Dr. J. Weiß: Atrophie des Genitale ist kein constantes Symptom des Basedow; so hat SOUZALEITE einen schweren Fall von Basedow beschrieben, bei welchem nach Eintritt einer Schwangerschaft Besserung, fast Heilung der Krankheit eintrat. Dieser Fall steht im Gegensatze zu einem von MÜLLER beschriebenen, bei dem der Basedow mit dem Momente der Conception begonnen haben soll.

Dr. Schein: FREUND bezieht das Entstehen der Struma auf die Blutbewegung und spricht demnach nur von Gefäßstrumen. Er erwähnt eines Falles von Teleangiektasie am Halse, aus der sich während der Schwangerschaft ein Angiom ausbildete; eines Falles von SCANZONI, wo die Zunge während der Geburt anschwoll und nachher wieder abschwoll u. A. In der That dürfte die Entgiftungstheorie unhaltbar sein und es sich lediglich um Gefäßstrumen handeln. Wenn FISCHER sagt, daß im Climacterium atrophische Zustände der Schilddrüse vorkommen, so wäre dem entgegen zu halten, daß SCHÖNLEIN und FRIEDREICH climacterische Vergrößerung dieses Organs in Folge von cystischer und gelatinöser Degeneration gesehen haben. Man sieht also, daß die degenerativen Strumen unbedingt von den anderen Formen, namentlich von der Struma vasculosa, zu trennen sind. Für die Mamma hofft Redner den directen Beweis erbringen zu können, daß ihre Anschwellung und Abschwellung auf Blutbewegung beruhe.

Dr. Fischer: Die Beobachtungen über das besprochene Thema sind noch nicht endgiltig publicirt. Aus der FREUND'schen Arbeit erhellt es durchaus nicht, daß der Verfasser nur das mechanische Moment im Auge hatte; dies gilt namentlich von der Stelle, wo er von dem Einfluß des Blutes auf die Drüsensecretion spricht. Die Entgiftungstheorie läßt sich auch gewiß nicht leichthin über den Haufen werfen; daß während der Schwangerschaft und Geburt im Körper Gifte unschädlich gemacht werden, beweist die mangelnde Giftigkeit des Harnes bei der Eklampsie, welche wahrscheinlich die Folge einer Retention von Toxinen im Organismus ist. Bezüglich der Bemerkungen von WEISS erklärt Redner, daß es ihm ferne lag, die Atrophie des Genitale als constantes Basedow-Symptom aufzufassen; er habe sie in letzter Zeit nur in 2 von 7 Fällen gefunden. Was endlich die Ausführungen STERNBERG's beträfe,

so habe er den Basedow nur deshalb in seine Erörterungen einbezogen, um die bekannten Veränderungen des Genitale bei Basedow zu besprechen.

Dr. Rosenberg: Die Widersprüche bezüglich der Wirkung von Gravidität bei Morbus Basedowii dürften sich aus Folgendem erklären lassen: Man muß zwischen symptomatischem und echtem Basedow unterscheiden. Der symptomatische Basedow kann allerdings während einer Schwangerschaft verschlimmert werden, resp. auftreten, da er nichts Anderes ist als eine Vergiftung des Körpers mit Giften, welche entweder von der Schilddrüse ausgehen oder von ihr nicht verarbeitet werden.

Dr. Kahane weist auf die Frage der Beziehungen der Schilddrüse zur Chlorose hin. Die Häufigkeit der Schilddrüsenvergrößerung bei Chlorose ist als rein klinische Beobachtung schon seit längerer Zeit bekannt, doch ergibt sich die Nothwendigkeit, diese Thatsache im Lichte der modernen Schilddrüsentheorien zu betrachten. Wenn man von diesem Gesichtspunkte aus die einzelnen Fälle von Chlorose näher betrachtet, so findet man einen Typus, welcher in gewissen Zügen Verwandtschaft mit dem Bilde des Myxödems zeigt, so z. B. eigenthümliche Plumpheit der Gesichtszüge, schwammige Beschaffenheit des subcutanen Gewebes, spärlicher Haarwuchs, auffallende Trägheit und Langsamkeit in den Bewegungen, Sprache und psychischen Functionen, beständiges Frösteln etc. Es geht nicht an, die hier angeführten Symptome ohne Weiteres auf die Anämie zurückzuführen, da es einen anderen Typus der chlorotischen Anämie gibt, bei welchem diese Symptome nicht vorhanden sind, sondern eher Erscheinungen der gesteigerten Excitabilität bestehen, zu dem auch schließlich BASEDOW'sche Symptome sich hinzugesellen (CHVOSTEK). Man könnte in Analogie mit der Scrophulose von einer torpiden und erethischen Form der Chlorose im Hinblick auf den Gesammthabitus der Patienten sprechen. Vom Standpunkt der modernen Schilddrüsentheorie aus liegt der Gedanke nahe, die Form der torpiden Chlorose dem Myxödem an die Seite zu stellen und als Grundlage mangelhafte Function der Schilddrüse anzunehmen, die erethischen Formen dagegen mit dem Morbus Basedowii in Beziehung zu bringen, welcher in vielfacher Hinsicht das Gegenstück des Myxödems darstellt, und eine Hyperfunction der Schilddrüse als Grundlage anzunehmen. Es würde sich daher die Aufgabe ergeben, dem Verhalten der Schilddrüse bei Chlorose noch größere Aufmerksamkeit zu schenken, als dies bisher geschehen ist. Namentlich die Frage zu verfolgen, ob nicht bei scheinbar gleicher anatomischer Beschaffenheit der Schilddrüse (die Strumen bei Chlorose sind fast ausschließlich parenchymatöse) verschiedene Störungen der Function im Sinne einer Herabminderung, beziehungsweise Steigerung derselben auftreten können. Auch die Thatsache der bei Chlorose vielfach angenommenen Genitalhypoplasie, sowie der häufig direct beobachteten Menstruationsstörungen müßte im Hinblick auf die zwischen Genitalapparat und Schilddrüse angenommenen Beziehungen näher ins Auge gefaßt werden. Wenn man daran festhält, daß die Chlorose keine reine Blutkrankheit ist, sondern eine den Gesammtorganismus betreffende Vegetationsstörung im Sinne KUNDRAT's darstellt, so wird sich die Frage nach der Bedeutung der Schilddrüse für die Entstehung der chlorotischen Symptome ganz gut erörtern lassen, ohne daß man sich durch die vorliegenden Analysen verleiten lassen müßte, die Bedeutung dieser Beziehungen irgendwie zu überschätzen, wie dies vielfach auf den eigentlichen Gebieten der Thyreopathologie geschieht.

Notizen.

Wien, 14. December 1895.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung machte zunächst Dr. BIEDL eine vorläufige Mittheilung über Versuche, die, zu therapeutischen Zwecken angestellt, nach dieser Richtung hin zwar fehlschlugen, aber einige vom theoretischen Standpunkte interessante Resultate ergaben. Während nämlich im Thierexperiment die Darreichung von Traubenzucker, sei es per os oder auf dem Wege des Darmes oder durch Infusion in die Blutbahn, stets Polyurie und Glycosurie erzeugt, ergaben die Versuche, welche BIEDL gemeinsam mit Dr. KRAUS auf der Klinik NEUSSER anstellte, sowohl bei den beiden ersten Applicationsweisen, als auch bei der directen Veneninfusion (bei 4 Individuen) ein negatives Resultat. Wohl aber konnte, wenn die Ureteren sondirt wurden (Dr. SCHLIFKA), während und unmittelbar nach der Traubenzuckerinfusion eine vermehrte Harnsecretion aus den Nieren constatirt werden. Dieser Harn gab auch alle typischen Zuckerreactionen. Der später gewonnene Harn zeigte, wenn auch keinen Zuckergehalt, so doch ein Verhalten, welches an das von SALKOWSKI als Pentosurie beschriebene Phänomen erinnert. Die Versuche zeigen somit, daß eine starke Glykaemie zur Erzeugung von Glykosurie nicht ausreicht. Auf den Diabetes übertragen, würde diese Thatsache die Annahme stützen, dass beim Diabetes dem Organismus die Fähigkeit, den Blutzucker zu verbrauchen, abhanden gekommen sei und daß in diesem Falle der Zucker den Organismus durch die Nieren verläßt. — Weiters demonstrirte Dr. W. LATZKO das Präparat eines Portiocarcinoms, welches durch Laparotomie gewonnen wurde. Bei der Operation ließ sich LATZKO von dem Gedanken leiten, zum Zwecke der Vermeidung eines Recidivs die Parametrien in möglichster Ausdehnung mitzuentfernen, d. h. sie hart an der Beckenwand abzutragen. LATZKO glaubt, daß bei solchem Vorgehen die Dauerresultate günstiger sein werden, als bisher. In der Discussion hierüber bemerkte Doc. WERTHEIM, daß RUMPF in Berlin kürzlich einen Fall in ähnlicher Weise operirt habe, ferner daß die Entfernung der Parametrien auch auf dem vaginalen Wege gelinge. LATZKO hält dem gegenüber, daß er seinen Fall bereits im August operirt habe, bevor noch der Fall RUMPF's veröffentlicht war, und weiters, daß eine radicale Ausräumung der Parametrien auf vaginalem Wege niemals in so gründlicher Weise möglich sei, wie bei der abdominalen Methode. — Den Schluß des Abends bildete ein Vortrag Prof. v. SCHRÖTTER's über die neue Heilanstalt für Tuberculöse in Alland in Niederösterreich. Dieses auf dem Wege privater Wohlthätigkeit zu errichtende Institut erscheint nunmehr in seiner Realisirung gesichert, da der zu diesem Zwecke gebildete Verein bereits ein Terrain angekauft hat, welches, wie der Redner ausführte, in jeder Hinsicht seinem Zwecke glänzend entspricht. v. SCHRÖTTER sprach eingehend über das Material, welches und wie es zur Aufnahme gelangen soll (zunächst sollen nur Besserungs- und Heilungsfähige aus dem Material zweier großer Wiener Krankenhäuser aufgenommen werden), ferner über die Art, wie die Kranken untergebracht und wie sie behandelt und beschäftigt werden sollen, wie sich die Verpflegung gestalten soll und schließlich, welche Aufgaben und Pflichten den Aerzten (es sind ein Chefarzt und zwei Hausärzte in Aussicht genommen) zufallen werden. Die neue Heilstätte solle nicht blos eine Pflegeanstalt für die Kranken, sondern in erster Linie eine Stätte für die wissenschaftliche Erforschung der Tuberculose sein. Dazu werde sie sich vor allen anderen ähnlichen Anstalten durch die Art ihrer Anlage eignen.

(Wiener medicinisches Doctorencollegium.) Das Programm der dieswöchentlichen wissenschaftlichen Versammlung des Collegiums bildete ein Vortrag Dr. HERMANN SCHLESINGER's: Ueber subphrenischen Absceß. Die Ausführungen des Redners, welchen ein großes praktisches Interesse zukommt, werden demnächst in extenso in diesen Blättern erscheinen. In der Discussion über diesen Vortrag, an welcher sich der Vorsitzende Dr. TELEKY, Prof. HOFMOKL und Prim. WINTERNITZ betheiligten, sprach letzterer, unter Vorstellung des Kranken, über einen vor 5 Jahren von ihm diagnosticirten und von MAYDL operirten Fall von subphrenischem Absceß. Prof. HOFMOKL berührte kurz die chirurgische Seite des Themas, berichtete über 3 Fälle seiner Praxis aus der letzten Zeit und gab der Ansicht Ausdruck, daß die Prognose für die Operation der intraperitonealen subphrenischen Abscesse im Allgemeinen wohl ungünstig zu stellen sei.

(Die Mortalität in Oesterreich im Jahre 1894.) Das Jahr 1894 erweist sich bezüglich seiner Mortalität als ein sehr ungünstiges, nicht nur gegenüber dem Vorjahre — es gab inclusive der Todtgeborenen um 25.177 Todesfälle mehr — sondern auch gegenüber den vorausgegangenen 20 Jahren, da die Gesammtzahl der Verstorbenen, welche im Jahre 1894 715.188 betrug, auch jene in der überwiegenden Mehrzahl der Jahre 1873 bis 1892 übertraf. Die höhere Mortalität ist in erster Linie durch die bedeutend größere Zahl von Todesfällen in Galizien bedingt, woselbst die Cholera 8870 Sterbefälle bedingte. Eine große Vermehrung zeigte weiters die Mortalitätsziffer an Masern (14.227 gegenüber 7495 im Vorjahre), besonders in Böhmen, Mähren, Schlesien, Galizien und Bukowina. Auch die Sterbefälle an Croup und Diphtheritis haben an Zahl zugenommen, wogegen die Blatternmortalität, sowie jene in Folge von Typhus gesunken ist. Das Verhältniß der Zahl der Sterbefälle zur Bevölkerung stellte sich für das Jahr 1894 gegenüber 1893 gleichfalls ungünstiger heraus, dagegen ergibt sich mit Rücksicht darauf, daß in den letzten 20 Jahren eine Zunahme der Bevölkerung eingetreten ist, dem Mittelwerthe gegenüber eine niedrigere Mortalitätsziffer. Auf 1000 Einwohner entfielen (ohne Todtgeborene) im Jahre 1894 28·12 Todesfälle, im Jahre 1893 27·48, 1892 28·77, 1891 27·95 und in den Jahren 1873—1892 im Durchschnitt 30·78 Todesfälle.

(Aus Berlin) schreibt man uns: Eine in ihrem Ursprung recht nichtige Sache ist im Laufe der jüngsten Zeit zu einem Ereigniß geworden, welches nicht nur die Gemüther in Spannung erhält, sondern ein Mitglied des hiesigen Lehrkörpers sogar zur Preisgebung seines akademischen Ranges bewog. Die Sache ist in

Kürze folgende: Ein Seifenfabrikant schickte einer großen Reihe von Aerzten sein Erzeugniß in's Haus; einige Zeit später wurden dieselben Aerzte durch Doppel-Postkarten an die längst verbrauchte oder auch gar nicht verwendete Seife erinnert und gebeten, auf der beigebogenen Karte ihr Urtheil über die Seife abzugeben. Es waren ihrer, wie sich hinterher herausstellte, nicht Wenige, welche „anstandshalber" Antwort gaben. Denn die respectiven Antworten erschienen alsbald gesammelt und in stattlicher Zahl als „ärztliche Zeugnisse" der famosen Seife. Unter diesen fanden sich auch Aeußerungen von vier hiesigen Universitätsdocenten, nämlich von Prof. GAD (gegenwärtig in Prag an Stelle HERING's), Prof. PFEIFER (Vorstand am KOCH'schen Institute), vom Docenten für Geschichte der Medicin Dr. PAGEL und vom Privatdocenten für Laryngologie, Tit.-Prof. HERMANN KRAUSE. An diese vier Docenten richtete nun der Cultusminister die Aufforderung, den Sachverhalt aufzuklären, was denn auch seitens der ersten drei Herren geschah, womit die Sache für sie erledigt war. Nur Prof. KRAUSE weigerte sich unter Hinweis darauf, daß er nur seiner vorgesetzten Behörde, d. i. der Facultät, Rede zu stehen habe, dem Minister Aufklärungen zu geben. Bei diesem Standpunkte beharrte KRAUSE auch, so daß von Seiten des Ministers an die Facultät die Aufforderung erging, gegen KRAUSE das Disciplinarverfahren einzuleiten. Dies geschah, und die Berliner medicinische Facultät beschloß, die von Prof. KRAUSE dem Minister ertheilte Antwort durch einen Verweis zu rügen. Prof. KRAUSE hat nun in einem Schreiben an die Facultät gegen den Verweis Protest erhoben und seinen Austritt aus dem Lehrkörper angezeigt.

(TOLDT's Anatomischer Atlas.) Von diesem im großartigsten Maßstab angelegten, im Verlage von Urban & Schwarzenberg erscheinenden Werke, dessen wir schon bei Ausgabe der ersten Lieferung Erwähnung gethan haben, liegt nunmehr die zweite Lieferung vor, welche den Schluß der Knochenlehre und das Register hiezu enthält. Darnach erscheint die Knochenlehre durch 377 Abbildungen illustrirt, welche sowohl vom didaktischen wie vom künstlerisch-technischen Standpunkte aus als auf der Höhe der Vollendung stehend bezeichnet werden können. Wenn die weiteren Lieferungen das halten, was die ersten beiden versprechen — und daran ist wohl nicht zu zweifeln — dann dürfte dieses Werk unseres heimischen Anatomen TOLDT unbestritten den ersten Rang unter allen ähnlichen Erscheinungen der Literatur einnehmen. Die nächste, Anfang nächsten Jahres erscheinende Lieferung wird die „Bänderlehre" enthalten.

(Suggestion und Selbstmord.) Die Gesellschaft der Aerzte in Bern hat kürzlich eine Resolution gefaßt, welche ungefähr folgenden Inhalts ist: Das jährliche Mittel der Selbstmorde in der Schweiz ist innerhalb der letzten 20 Jahre auf 650 gestiegen, eine Zahl, welche nur in Sachsen und Dänemark überschritten wird. Nun ließ sich in unseren großen Städten mit Leichtigkeit constatiren, daß die Selbstmorde sich in größeren oder kürzeren Intervallen häufen, indem ein erster Selbstmord oft wie ein suggestives Agens wirkte und disponirte Individuen dazu trieb, einen ähnlichen Act der Verzweiflung zu begehen. Es wäre daher zu wünschen, daß die Tagespresse in Zukunft von der Besprechung von Selbstmordfällen absehe. — Auf der einen Seite ist in der That der suggestive Effect sensationeller Selbstmordgeschichten auf die Massen nicht zu leugnen, andererseits geht es aber auch nicht an, daß die Tageschronik über derartige Ereignisse stillschweigend hinweggehe. Was uns aber wirklich durchführbar erscheint, das ist, zu verlangen, daß derartige nur zu oft das Gebiet des Pathologischen streifende Vorkommnisse nicht in die Breite getreten werden, um der sensationslüsternen Menge zu dienen.

(Cholera.) In der Woche vom 2. bis 8. December wurden aus Galizien 19 Erkrankungen und 13 Todesfälle (gegen 15 Erkrankungen und 14 Todesfälle der Vorwoche) an Cholera asiatica gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August l. J. constatirten Choleraerkrankungen beträgt 413, die Mortalität 65·5%.

(Eine Wundercur.) Prof. KOGEVNIKOF machte in einer der letzten Sitzungen der Moskauer Gesellschaft für Neuropathologie Mittheilung von einem höchst sonderbaren Fall, den er zwar nicht selbst behandelt hatte, von dessen Verlauf und Heilung er aber Zeuge war. Der Kranke, ein Moskauer Universitätsprofessor, litt seit Juni 1894 an einer schweren Form von Sycosis des Kinns, derentwegen er sich den verschiedensten Heilversuchen unterworfen hatte. Unter Anderen hatte er KAPOSI in Wien, SCHWIMMER in Budapest, LASSAR in Berlin, POSPIELOF in Moskau, STUKOVENKOF in Kiew consultirt. Im April d. J. kam er nach Moskau zurück; sein Kinn war mit einer abundanten eitrigen Eruption bedeckt. Er entschloß sich, seine Zuflucht zu einer Hebamme zu nehmen, welche sich großen Zuspruchs erfreute und die ihre Clienten mit Kräutern u. dergl. zu behandeln pflegte. In diesem Falle entschloß sich aber die Frau zu einer anderen Procedur. Man erzählt, daß der Kranke mit der Frau um 5 Uhr Morgens in der Erlöserkirche in Moskau zusammenkam, woselbst die Frau 3—4 Minuten in inbrünstigem Gebete verbrachte, während der Kranke lediglich die Rolle eines Zusehers spielte. Dieselbe Ceremonie wiederholte sich Abends und den anderen Morgen. Von der ersten „Sitzung" an begann die Sycosiseruption sich zu bessern, die Eiterung verschwand, desgleichen die Anschwellung, und nach 24 Stunden war jedes Zeichen der Krankheit verschwunden. Das sind die vom Kranken erzählten Thatsachen, welche Prof. KOGEVNIKOF bestätigen konnte. Derselbe fügte noch folgende Details bei: Der Kranke, um den es sich handelt, ist von entschieden nervösem Charakter; seine Schwester ist eine Hysterica, er selbst zeigte zu verschiedenen Zeiten Furunkeleruptionen an beiden Armen mit ausgesprochen symmetrischer Tendenz. Die Sycosis scheint, wenn nicht direct nervösen Ursprungs, wenigstens unter nervösem Einfluß entstanden zu sein. Die besonderen Bedingungen, unter welchen die „Cur" unternommen wurde, die kabbalistischen und mysteriösen Gebete waren entschieden geeignet, einen mächtigen Eindruck auf den impressioniblen und nervösen Charakter des Individuums auszuüben.

(Thee-Raucherinnen.) Man kennt sie bei uns noch nicht, diese neueste Unart der Culturmenschheit, wohl wissen aber die englischen Aerzte davon zu erzählen. Die Engländerinnen begnügen sich nicht mehr, den Thee bei ihrem „Five o'clock tea" zu trinken, sie müssen ihn, den Thee nämlich, rauchen. „Es ist eine Modethorheit geworden, sagt ein englischer Arzt, den grünen Thee in Form von Cigaretten zu rauchen. Zum großen Theil recrutiren sich die Adeptinnen dieses neuesten Zeitvertreibes aus den Damen der besten und gebildetsten Stände. Unter meinen Patientinnen, die an hochgradiger Nervosität und Schlaflosigkeit leiden, befindet sich auch eine Dame, eine bekannte Schriftstellerin, deren Romane weit verbreitet sind, und die bei ihrer Arbeit gewöhnlich 20—30 solcher Theecigaretten raucht. Bei einer sehr bekannten Dame, welche ich behandle, werden stets nach dem Diner Theecigaretten herumgereicht, und ich kenne 3 Schauspielerinnen von Namen, welche 2mal wöchentlich „Tea-smoking"-Partien veranstalten. Innerhalb einer literarischen Damengesellschaft in Kensington hat sich ein Club zu demselben Zwecke constituirt. Eine unter meinen Patientinnen gibt wöchentlich beinahe 2 Pfd. Sterling aus, um ihrer Leidenschaft zu fröhnen. Uebrigens bieten bereits Tabakhändler öffentlich solche „Theecigaretten" feil."

(Statistik.) Vom 1. bis inclusive 7. December 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6622 Personen behandelt Hievon wurden 1302 entlassen; 167 sind gestorben (11·3% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 91, egyptischer Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 101, Scharlach 99, Masern 408, Keuchhusten 81, Wundrothlauf 35, Wochenbettfieber 5, Parot. epid. 3, Influenza 2, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 561 Personen gestorben (— 13 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: in Graz Dr. GUSTAV PRÖLL, Ehrenbürger und Badearzt in Bad Gastein; in Bodenbach Dr. W. JANISCH, em. k. u. k. Reg.-Arzt.

(Erratum.) In Nr. 49 d. Bl., pag. 1873, Z. 18 und 31 v. o. lies statt „ophthalmologische" richtig ophthalmoplegische.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Die nächste wissenschaftliche Versammlung findet am 13. Januar 1896 statt

---

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 18. December 1895, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik Schrötter.

Programm:

1. Demonstrationen.
2. Administrative Sitzung.

Nr. 51. Sonntag den 22. December 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an **Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von **Urban & Schwarzenberg in Wien.**

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Kinderkrankenhause in Bremen.

Ueber zwei Fälle von Larynxpapillomen bei 2½jähr. Kindern.

Von **Dr. Ernst Winckler.**

Die Meinungen, welche bezüglich der therapeutischen Eingriffe bei Larynxpapillomen der Kinder herrschen. sind bis jetzt noch sehr wenig einheitlich. Von der einen Seite wird zu der extralaryngealen Operation gerathen, von der anderen Seite wird vor derselben gewarnt. Die Vertreter der Laryngofissur berufen sich auf ihre guten Resultate, die Gegner dieser Operation geben zu bedenken, daß die Thyreotomie nicht nur gewisse Gefahren für das Leben mit sich bringt, sondern auch bei einem für das Leben des Patienten günstigen Verlauf sehr leicht Stimmstörungen durch kleine Fehler bei der Adaption beider Kehlkopfhälften entstehen können. So wünschenswerth es für die Entwicklung des Kindes auch ist, ihm die Fähigkeit zum Sprechen zu verschaffen, bezw. wiederzugeben, so gewährt, wie zahlreiche Mittheilungen in der Literatur beweisen, doch die Laryngofissur keine absolute Sicherheit dafür, daß später die Recidive ausbleiben — von den berichteten, nach diesem Eingriff entstandenen, narbigen, operativen Stenosen gar nicht zu reden. Der seinerzeit auf dem internationalen medicinischen Congreß in Adelaide 1892 erwähnte Fall, bei welchem einem 4jährigen Knaben in 3 Jahren 17mal der Kehlkopf gespalten wurde und als Resultat aller Operationen eine Stenose erzielt worden war, welche allen Heilversuchen spottete, dürfte auf diesem Gebiete wohl ein Unicum bleiben. Es sei jedoch hier an diesen Fall erinnert, weil bis jetzt noch keine Mittheilung darüber eine maßgebende Auskunft gibt, ob überhaupt und wann nochmals ein extralaryngealer Eingriff in diesen Fällen zu machen ist.

Die Entscheidung einer solch' schwierigen Frage. wie die. ob im vorliegenden Falle eine Laryngofissur vorzunehmen ist oder nicht, bleibt vorläufig dem Ermessen des behandelnden Arztes ohne jeden genaueren Anhalt vollkommen anheimgestellt.

Vielleicht trägt die Mittheilung zweier höchst unglücklich verlaufener Fälle dazu bei, einen kleinen Anhalt für die Indication der Laryngofissur überhaupt zu geben.

Am 20. August 1894 wurde mir von auswärts ein 2½jähriges, sehr zartes Mädchen, Kind eines Eisenbahnarbeiters, in meine Sprechstunde gebracht, mit den Zeichen einer hochgradigen Larynxstenose. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, daß von den zu inspicirenden Kehlkopftheilen nur die Epiglottis zu sehen war, alle übrigen durch röthlich-graue, maulbeerförmige Tumoren verdeckt waren. Wie das Kind noch zwischen dieser Tumormasse Luft in die Lungen bekam, war mir unklar. Die Mutter gab an, daß das Kind schon im ersten Lebensjahre an Erstickungsanfällen mit heiserem, bellendem Husten gelitten habe. Diese seien seit circa 6 Monaten so bösartig geworden, daß sie wiederholt geglaubt hätte, das Kind würde an einem solchen Anfall zu Grunde gehen. Gesprochen hätte das Kind außer unverständlich und flüsternd: Papa und Mama — noch nichts; seine Wünsche äußerte es durch Geberden. Krank sei das Kind sonst nicht gewesen. Die Mutter wie der Vater, welchen ich später zu Gesicht bekam, erfreuten sich einer kernigen Gesundheit. 3 Geschwister der kleinen Patientin waren gesund. Eine hereditäre Belastung schien nicht vorzuliegen, da auch, soweit die Angabe lautete, die Großeltern der Patientin mit einer guten Gesundheit ausgestattet waren.

Ich schlug sofortige Aufnahme in das Kinderkrankenhaus zur Ausführung der Tracheotomie vor und wies die Mutter darauf hin, daß das Kind jeden Augenblick durch Erstickung zu Grunde gehen könnte. Trotzdem entschloß sich die Mutter nicht dazu, sie wollte zunächst mit ihrem Manne Rücksprache nehmen und fuhr mit dem Kinde ab. 3 Tage später benachrichtigte mich ein Telegramm über die Zeit, zu der das Kind im Krankenhause eintreffen würde. Ich empfing dort die Patientin, welche vollkommen cyanotisch mit Schaum vor dem Munde eingeliefert wurde.

Ich machte sofort die Tracheotomie, und zwar die inferior, um für eine etwaige Laryngofissur den nöthigen Raum zu behalten.

Nach der Tracheotomie gutes Allgemeinbefinden, kein Fieber. Leichter Bronchialcatarrh.

Nachdem letzterer abgelaufen war, versuchte ich 12 Tage nach der Tracheotomie die Tumoren endolaryngeal zu entfernen. Mit den bekannten Zangen von MACKENZIE und JURASZ, wie mit der Pincette von SCHRÖTTER gelang es mir, eine ganz ansehnliche Masse (s. Fig. 1) herauszubringen, so daß nach der Entfernung die Stimmbänder sichtbar wurden, und die Patientin bei geschlossener Canüle, wenn auch mühsam, durch den Larynx athmen konnte. Nach dem Eingriff 3 Tage hindurch Fieber: Morgens 38·1, 38·5, 38·2, Abends 38·8, 39—39·2; dann wieder normale Temperatur.

Fig. 1. Endolaryngeal entfernte Papillommasse. $2^1/_2$jähriges Mädchen (natürliche Größe).

Bei der laryngoskopischen Untersuchung am 10. September 1894 zeigte sich, daß von einer irgendwie genügenden Ausräumung der Larynxpapillome keine Rede sein konnte. Man sah von den Stimmbändern die hintere Hälfte; ihr vorderer Abschnitt war mit Tumoren bedeckt. Husten bei geschlossener Canüle möglich, an genügendes Athmen gar nicht zu denken. Das Kind sah recht elend aus und litt nebenbei unter einem starken Bronchialcatarrh.

Am 24. September ergab die Kehlkopfuntersuchung, daß nicht nur der vordere Theil der Stimmbänder mit Tumoren bedeckt war, sondern daß auch hinten aus der Tiefe wieder maulbeerförmige Geschwülste nach oben drängten — kurz, daß sich die kleine Lichtung, welche im Kehlkopf geschaffen war, wieder vollkommen geschlossen hatte. Der Catarrh der Trachea und Bronchien war weder durch Inhalationen, noch durch interne Medicamente zur Besserung gebracht worden. Es bestand namentlich Nachts ein so heftiger Husten, bei welchem eingedickte, mit Blutstreifen tingirte Schleimmassen aus der Canüle herausbefördert wurden, daß die Kleine wenig zum Schlafen kam und permanent eine Nachtwache zum Reinigen der Canüle brauchte. Sobald die Pat. aufgestanden war, stellte sich der Husten seltener ein, Tuberkelbacillen wurden in den ausgehusteten Massen nicht gefunden. — Ich glaubte die Hustenanfälle mit einem Catarrh, welchen die Tumoren im Kehlkopf unterhielten, in Verbindung bringen zu müssen, und entschloß mich, da trotz aller angewandten Linderungsmittel derselbe sich täglich verschlimmerte, am 5. October zur Laryngofissur. Hiebei fand sich nun, daß die ganze Kehlkopfhöhle, insbesondere der subchordale Raum, mit erbsen- bis bohnengroßen Tumoren angefüllt war. Nachdem dieselben mit Pincette und Scheere abgetragen waren und der ganze Hohlraum mit dem scharfen Löffel gründlich ausgekratzt war, wurde derselbe nach dem Vorschlag von MORIZ SCHMIDT mit concentrirter Milchsäure geätzt. Darauf wurde der Larynx durch Catgutnähte, die Hautwunde durch Seidennähte geschlossen. Verband, Ernährung per rectum.

Sofort nach der Operation, der eine Temperaturerhöhung nicht folgte, nahmen die Hustenanfälle mehr und mehr ab. Als am 9. October der Verband entfernt wurde, zeigte sich, daß eine prima intentio nicht zu erwarten war. Die Nähte wurden daher herausgenommen und wurde die Kehlkopfhöhle nochmals daraufhin inspicirt, ob Alles entfernt war, und der Sicherheit halber nochmals Milchsäure applicirt. Sodann wurde, um Adhäsionen zwischen den Kehlkopfwunden zu verhüten, eine Tube in die Larynxhöhle gelegt. Diese wurde mit einem an ihr befestigten Seidenfaden, von welchem ein Ende zum unteren Winkel der Larynxwunde, das andere zum linken Nasenloch hinausgeleitet wurde, in der Höhle fixirt. Ueber der Tube wurden die beiden Kehlkopfhälften durch Heftpflasterstreifen aneinandergezogen und vereinigt. Die kleine Pat. trug diese Tube bis zum 12. November 1894. Anfangs war das Schlucken stark durch dieselbe erschwert; doch nach 10 Tagen konnte sie mit ihr weiche Nahrung (Gelée, Puddings etc.), die neben den Ernährungsklystieren verabreicht wurde, ganz gut herunterbringen. Gleichzeitig wurde dem Kinde subcutan Arsenik in $2^1/_2{}^0/_0$ Lösung von Solut. Fowleri in steigender Dosis bis zu einer PRAVAZ'schen Spritze einverleibt. Das Allgemeinbefinden wurde sehr erfreulich; der Husten legte sich fast gänzlich. Gewichtszunahme von $1^1/_2$ Kilo seit der Aufnahme in das Krankenhaus.

Am 12. November wurde die Tube entfernt. Am 17. November war die kleine Fistel, welche durch die herausgeleiteten Seidenfäden zurückgeblieben war, geheilt. Die Athmung ging, als die Canüle mit einem Kork geschlossen wurde, ganz gut durch den Larynx vor sich. Anscheinend war Grund zu guten Hoffnungen vorhanden. Zu meiner Enttäuschung fand ich jedoch bei der laryngoskopischen Untersuchung die vordere Fläche der hinteren Larynxwand mit Tumoren bedeckt, welche ziemlich weit in die Glottis hineinragten und nur vorn eine etwa bleifederdicke Oeffnung freiließen.

Am 25. November wurde ein größeres Stück der Tumoren mit dem VOLTOLINI'schen Schwamm entfernt. Dem Eingriff folgte ein starker Bronchialcatarrh mit Fieber, welcher in circa 2 Wochen wieder zurückging.

Mit den Arsenikinjectionen wurde bis zum 24. December fortgefahren, ohne irgend welchen sichtbaren Einfluß auf die Tumoren. Vielmehr wuchsen letztere nicht nur an der hinteren Wand rapide weiter, sondern es zeigten sich auch vorn an der Epiglottis und den Taschenbändern neue Excrescenzen.

Am 15. Januar 1895 setzte wieder ein starker Bronchialcatarrh ein, der sich weder auf Inhalationen, noch interne Medicamente besserte.

Am 6. Februar 1895 entschloß ich mich, da die Kleine durch die schlaflosen Nächte und die schweren Hustenattaquen außerordentlich heruntergekommen war, nochmals zu einem extralaryngealen Eingriff, und zwar zur Pharyngotomia subhyoidea. Die angelegte Wunde sollte offen gehalten werden, um von ihr etwaige Recidive durch wiederholtes Curettement beherrschen zu können.

Es gelang bei dieser Operation ganz gut, eine Menge von Tumoren zu entfernen. Nach dem Eingriff Tamponade des Larynx wie des Eröffnungsschnittes mit Jodoformgaze. Ernährung per rectum.

Der Husten ließ sofort nach. Leidliches Allgemeinbefinden, kein Fieber. Am 9. Abends gegen 10 Uhr trat 1 Stunde, nachdem ich die Pat. mit gutem Pulse und ohne bedrohliche Symptome von Seiten der Lungen verlassen hatte, plötzlich ein Collaps ein, welchem $1^1/_2$ Stunden später unter Krämpfen der Exitus folgte.

Tracheotomiewunde

Fig. 2. Larynx, von hinten eröffnet (natürliche Größe).

Bei der Section fand sich zunächst bezüglich der Operationswunde, daß diese die Laryngei superiores nicht berührt hatte. Der Exitus war herbeigeführt worden durch frische Blutgerinnsel, welche die großen Bronchialäste beider Lungen ausfüllten. Die unteren Lappen beider Lungen dunkelroth, infiltrirt und luftleer. Das Lungengewebe sonst gut. Keine tuberculösen Herde. Keine käsigen Lymphdrüsen im Mediastinum. Die Kehlkopfhöhle (cf. Fig. 2) zeigte vorn in der Mitte eine breite Narbe. Der subchordale Raum wies eine glatte, analoge Schleimhaut auf. An den Taschenbändern, wie der Innenfläche der Epiglottis eine Anzahl kleiner, stecknadelkopfgroßer Excrescenzen, die durch das Curettement am 6. Februar nicht entfernt waren. Der Ursprung der Blutung, welche den Exitus herbeigeführt hatte, konnte nicht entdeckt werden.

(Schluß folgt.)

Zur Anwendung des Ichthyols.

Von **Dr. J. Rosenfeld** in Steinitz.

In Nr. 42 und 44 dieses Jahrganges der „Wiener Med. Presse“ ist aus der Feder des Collegen Dr. Eberson in Tarnow eine ziemlich ausführliche Mittheilung über „Ichthyol und seine Anwendung“ erschienen, in deren Einleitung der Herr Verf. eine anerkennenswerthe übersichtliche Zusammenstellung der physiologischen und pharmakologischen Eigenschaften des Ichthyols liefert; hierauf folgen die Indicationen zur Anwendung des Mittels und zum Schlusse das Resumé. Einen dieser „Schlüsse“, und zwar Schluß Nr. 2, will ich zum Ausgangspunkte meiner Ausführungen machen.

„Das Ichthyol ist Specificum gegen Erysipel“, so lautet Schluß 2.

An und für sich ist ja diese Behauptung nicht so kühn. Ich habe schon so manche Broschüre über Ichthyol gelesen, in welcher demselben nahezu die Eigenschaften eines Specificums gegen alle Krankheiten zuerkannt werden. Ja, man könnte, wenn man eben wollte, den ganzen Arzneimittelschatz über den Haufen werfen und, in Vertrauen auf das Ichthyol, die Kranken nur dieses Präparat essen, trinken und schmieren lassen. Ich glaube aber nicht, daß das Ichthyol ein Specificum gegen Erysipel ist. Wenn dasselbe ein Specificum wäre, müßte es in erster Reihe die dem Erysipel zukommende Tendenz der flächenhaften Ausdehnung aufzuheben, weiters den Locus affectionis selbst in Beziehung auf Temperatur, Spannung und Schmerzhaftigkeit in günstigem Sinne zu beeinflussen im Stande sein. Was das Acidum salicylicum, in entsprechender Verabreichung, beim acuten Gelenksrheumatismus leistet: Herabsetzung der Temperatur, der Schmerzen, ja größtentheils auch, wenn auch nur temporär, der Tendenz, auf bisher noch nicht afficirte Gelenke überzuspringen, das sollte füglich auch Ichthyol bei Erysipel leisten, wenn es überhaupt ein Specificum genannt werden soll. Ich wende schon seit 2—3 Jahren bei den verschiedensten Erysipelformen Ichthyol an, habe aber noch nie gefunden, daß es nur e i n e dieser wünschenswerthen Wirkungen entfaltet hätte. Wenn ich auch nur eine verhältnißmäßig geringe Anzahl von Erysipelfällen derartig zu behandeln Gelegenheit hatte, so genügte diese Anzahl doch immerhin, um mir über die Wirkung, respective Nichtwirkung des Ichthyols ein Urtheil bilden zu können.

Wenn wir speciell das Gesichtserysipel berücksichtigen, so kann sich dasselbe natürlich beliebig begrenzen; erfahrungsgemäß geschieht das aber zumeist an der behaarten Kopfgrenze oder, bei Ueberschreitung dieser Grenze, am Nacken und vorne am Kinn. Der Zeitraum, innerhalb dessen das Erysipel diese Wanderung zurücklegt, schwankt zwischen 3—6 Tagen, je nachdem es eben dem Erysipel vorzuschreiten beliebt. Den schlechtesten Erfolg — beim Pat. und dessen Umgebung — hat man stets, wenn man gleich beim Beginne der Erkrankung gerufen wird, weil man eben dem Weiterschreiten des Processes gegenüber machtlos ist. Den Knalleffect erzielt gewöhnlich derjenige Arzt, der zu einer Zeit die Behandlung übernimmt, in welcher das Erysipel sich eben schon ausgetobt hat. Der Herr Verf. thut also dem ungenannten Collegen Unrecht, wenn er unter Fall 2 anführt, daß der betreffende Studiosus die ersten zwei Tage anderwärts o h n e E r f o l g behandelt wurde; dasselbe hätte dem Herrn Verf. passiren können, ja wäre ihm auch ganz gewiß passirt, wenn e r den Studiosus die ersten zwei Tage, der ungenannte College aber später in Behandlung bekommen hätte. Wer hat schon nicht seine Freuden erlebt an einem Consiliarius am 7. Tage einer croupösen Pneumonie oder in der vierten Woche eines Typhus abdominalis? Jene Schmiere, die zur Zeit der Abgrenzung des Erysipels gegeben wird, ist gemeiniglich die beste, sei sie nun Ichthyol, Jodoformsalbe, Liq. Burowi oder, wie mancher College mir mit Recht schon vorgeschlagen, Mucilago Gummi arab.

Ich habe jetzt zufällig ein Gesichtserysipel in Behandlung, bei dem ich vom Anfange Ichthyol angewendet hatte, und dennoch entwickelte sich ein ziemlich schweres, bullöses Gesichtserysipel, das sich nach circa 5 Tagen — auf Anwendung von Ung. vaselin. lanolinatum cum Ol. Lavandul. gutt. II am 3.—4. Tage — abgegrenzt hat. So geht es nun zumeist. Sollten Andere mit der Ichthyolanwendung bei Erysipel wirklich glücklicher sein?

Bei diesem Anlasse will ich auch zwei Fälle von Typhlitis, respective Perityphlitis erwähnen, bei denen ich Ichthyol angewendet habe.

Der eine Fall betraf einen 25jährigen, etwas schmächtigen Tischlermeister; trotz Ichthyols und diverser Medication hatte die Krankheit einen sehr schleppenden Verlauf. Ich konnte in diesem Falle vom Ichthyol überhaupt keine großen Wunder erwarten, weil es sich von vorneherein um eine geringfügige Resistenz oberhalb des Lig. Poupartii parallel mit demselben, also vielleicht mehr um Appendicitis handelte. Der Mann laborirt noch jetzt an den Folgen der Krankheit.

Anders der zweite Fall, der einen ganz sonderbaren Verlauf nahm.

Schwächliche, 35jährige Frau mit rechtem Lungenspitzencatarrh, erkrankte am 26. September nach reichlichem Genusse von Obst unter starken Schmerzen in der rechten Darmbeingrube, kurz an den markanten Erscheinungen einer Typhlitis stercoralis. Uebliche Therapie: Darminfusionen und Ol. Ricini ohne wesentlichen Erfolg, trotzdem einige Stühle abgegangen waren. Befund am 28. September: Oberhalb des Lig. Poupartii eine längliche wurstförmige Geschwulst von derber Consistenz. Wegen großer Schmerzhaftigkeit Sistirung der abführenden Mittel und statt dessen Verabreichung von Opium — gegen die Schmerzen —, von 4 Blutegeln (gegen eventuellen zweiten Collegen), schließlich Ichthyoleinreibung und Umschläge. Trotzdem gehörige Mengen von Ichthyol aufgetragen wurden, entwickelte sich in den nächsten Tagen consecutiv ein mächtiges serofibrinöses, perityphlitisches Exsudat. Das Exsudat hatte die charakteristische Steinhärte bei leidlichem, subjectiven Befinden. Es hatte sich nun vor meinen Augen trotz Ichthyols ein massenhaftes Exsudat entwickelt. Nach circa 36 Stunden sah ich die Pat. wieder und fand zu meiner Ueberraschung das ganze Exsudat geschwunden; an den Bauchdecken beobachtete ich aber einzelne schmierige Bestandtheile, die einen Geruch nach zersetztem Urin verbreiteten. Die Frau gestand mir, daß sie über Anrathen einer guten Freundin diese Salbe, bestehend aus Dünger und Pferdeurin, local angewendet habe, daher diese Ueberbleibsel. Ich war von dieser Mittheilung natürlich nicht sehr erbaut, weil ich eben wegen der noch nicht ganz geheilten Egelstiche eine directe septische Infection befürchtete. Zum Glücke geschah nichts Derartiges. Er traten hernach erst Parästhesien der Beine auf und successive Heilung.

Hätte ich diese Ueberbleibsel, die den Geruchssinn gar zu heftig herausforderten, nicht entdeckt, so würde ich das Verschwinden des Exsudates in so kurzer Zeit dem Ichthyol zugeschrieben haben, womit ich jedoch die berüchtigte Composition, die sich in unserer Gegend noch bei so manchen Leuten als Heilmittel einer großen Beliebtheit erfreut, durchaus nicht als Specificum gegen serofibrinöse perityphlitische Exsudate empfohlen haben will. Es ist ja sicher, daß sich dieses Exsudat auch spontan oder etwa auf Anwendung von heißen Umschlägen, deren Wirkung doch analog derjenigen der beliebten „Salbe“ gewesen wäre — und dazu in einer die Geruchsnerven nicht so beeinträchtigenden Weise — resorbirt hätte. Immerhin fand ich auch, daß das Ichthyol sich doch nicht überall so glänzend bewährt.

Ichthyol ist gewiß ein gutes Mittel, aber kein Specificum, speciell nicht gegen Erysipel. Ich werde künftighin mit demselben Vertrauen wie Ichthyol, auch zur Abwechslung Jodoformsalbe, Zinksalbe, Lanolin mit Lavendel und zum Schlusse auch Gummischleim anwenden.

Aus der I. medicinischen Klinik zu Warschau.

Das Wesen und die Behandlung der Chlorose.

Von **Dr. Stanislaus Klein,** I. Assistenzarzt der Klinik.

IV.

Eine der ältesten Theorien stellt die Chlorose in Abhängigkeit vom Reifwerden der weiblichen Genitalien. Die Chlorose soll nach dieser Theorie entweder der unvollständigen, resp. verfrühten Reife der Geschlechtsorgane oder der unvollkommenen Befriedigung des Geschlechtstriebes ihren Ursprung verdanken. Wie wir sehen, stützt sich diese Theorie auf die unleugbare Thatsache der Entstehung der Chlorose fast ausschließlich bei Frauen, und zwar im Stadium der geschlechtlichen Reife. Von demselben Gesichtspunkte ausgehend, aber in weniger vager Form bespricht diesen Zusammenhang Beneke, indem er die Eisenarmuth des Blutes weder von der ungenügenden Zufuhr des Eisens in den Speisen noch von den unmittelbaren Anomalien der Geschlechtssphäre, sondern von Störungen des Intestinaltractus abhängig machen will, die auf reflectorischem Wege durch zu rasche oder zu langsame Entwicklung der Genitalien hervorgerufen werden: die abnorme Function des Darmtractus soll eine ungenügende Resorption des Eisens der Speisen, resp. eine übermäßige Ausscheidung des Körpereisens verursachen. Dieser Theorie fehlt leider jede factische Grundlage, da der Stoffwechsel, wie wir sehen, bei der Chlorose ganz normal vor sich geht. Beneke bleibt übrigens auch den Beweis schuldig, daß eine Reflexneurose im Allgemeinen den Stoffwechsel beeinflussen kann.

Virchow machte auf die häufig von ihm bei der Chlorose constatirte Aplasie des Herzens und der Arterienstämme aufmerksam. Das klinische Bild der Chlorose jedoch erinnert ziemlich wenig an die später genau von Fräntzel studirte Gefäßanomalie; die Erscheinungen seitens des Gefäßsystems der Chlorotischen weisen übrigens darauf hin, daß die anatomischen Veränderungen durch die Elasticität der Arterienwand sehr leicht ausgeglichen werden können.

Die verschiedenartigsten, im bunten Symptomencomplexe der Chlorose selten abwesenden Verdauungsstörungen suchte man ebenfalls in ursächlichen Zusammenhang mit der Bleichsucht zu bringen. Cl. Bernard und Vogel meinten, es rufe die fast nie bei der Chlorose fehlende Obstipation einen Widerwillen gegen die meisten Nahrungsmittel und in Folge dessen Ernährungsstörungen des Blutes und der Gewebe hervor; andere Autoren glaubten dagegen, daß die Reizung der reifenden Genitalien von dem überfüllten S Romanum und Rectum aus reflectorische Functionsstörungen in den blutbildenden Apparaten verursache, die durch die obstipatorische Autointoxication noch gesteigert werden können. In dieser Weise erklären die Entstehung der Chlorose in Frankreich Duclos und Bouchard, in England Sir Andrew Clark. Die Stuhlverstopfung als ursächliches Moment in Anspruch nehmend, unterscheiden sie sich von den oben genannten Autoren nur darin, daß sie das Hauptmoment ausschließlich in der Vergiftung des Organismus durch resorbirte Zerfallsproducte des Darmes sehen wollen. Die Entstehung der Chlorose im Pubertätsalter erklärt Clark in der Weise, daß Mädchen gewöhnlich zu dieser Zeit das die freie Darmperistaltik äußerst störende Corset zu tragen anfangen, und daß sie in Folge des sich in den Pubertätsjahren ausbildenden und durch falsche Erziehung zur äußersten Uebertreibung gezüchteten Schamgefühles selten vom Abtritt Gebrauch machen: beide Momente begünstigen somit die Ausbildung der Obstipation im jugendlichen Alter. In ähnlichem Sinne äußert sich Nothnagel.

Daß die genannten Ursachen Stuhlverstopfung bedingen können, wird wohl Keiner bezweifeln; unbewiesen bleibt jedoch der Zusammenhang des letzteren mit der Chlorose. Das klinische Bild der Chlorose erinnert kaum an das Bild der habituellen Obstipation (Vanni), man müßte übrigens bei der Häufigkeit der letzteren viel öfter die Chlorose beobachten. Eine Steigerung der Fäulnißproducte läßt sich, wie erwähnt, bei der Chlorose ebenfalls auf chemischem Wege nicht nachweisen.

Zander betrachtet als Entstehungsursache bei Chlorose Störungen in der Ausscheidung der Magensalzsäure. Der Mangel an Salzsäure soll die Resorption der Eisenverbindungen verhindern und in dieser Weise die Chlorose hervorrufen; die Darreichung von Salzsäure soll dagegen durch die Förderung der Resorption und Assimilation die Chlorose heilen können. Abgesehen davon, daß z. B. von Niemandem ein günstiger Einfluß der inneren Darreichung von Salzsäure constatirt werden konnte, ist die Zander'sche Theorie aus dem einfachen Grunde schwer haltbar, da wiederholte Untersuchungen anderer Autoren, insbesondere die genauen Analysen Oswald's aus der Riegel'schen Klinik, nur selten einen wirklichen Mangel an Salzsäure festzustellen vermochten.

Nahe verwandt mit der genannten ist die Theorie Bunge's, die sich folgendermaßen formuliren läßt. Im Darmtractus werden gewöhnlich nur die organischen Eisenverbindungen aus den eingeführten Speisen resorbirt; es wirken dennoch, wie bekannt, auch die anorganischen sehr günstig bei Chlorose. In krankhaften Zuständen, resp. bei Chlorose bilden sich im Darme in Folge der gesteigerten Fäulnißvorgänge die Schwefelalkalien im Uebermaß, so daß sie die organischen Eisenverbindungen der Speisen zerlegen und unresorbirbares Schwefeleisen niederschlagen. Führt man dagegen neben den Speisen ein anorganisches Eisensalz ein, das leichter als die organischen Präparate mit den Schwefelalkalien in chemische Verbindung tritt, so beugt man dem Verfalle der organischen Eisenverbindungen, mithin der mangelhaften Resorption derselben, in sehr einfacher Weise vor. Der gesteigerte Fermentationsproceß mit der übermäßigen Bildung von Schwefelalkalien im Darme entsteht nach Bunge in Folge des Salzsäuremangels des Magens. Die Chlorose würde somit von der schlechten Assimilation des Eisens der Speisen abhängig sein; letztere würde ihrerseits durch die in Folge des Salzsäuremangels gesteigerte Fermentation bedingt sein.

Wie verhält sich die durchaus sinnreiche Theorie Bunge's den klinisch und physiologisch festgestellten Thatsachen gegenüber? Wie schon oben erwähnt, kann die schlechte Assimilation des organischen Eisens bei der Chlorose nicht mit der Fermentation in Zusammenhang gebracht werden, da eine solche in der Regel zu fehlen pflegt. Ebenso unrichtig ist die Behauptung, daß die organischen Eisenverbindungen schlecht bei der Chlorose resorbirt werden, zum Mindesten spricht dagegen die klinische Erfahrung. Eine Hemmung der Darmfermentation mittelst Eisens ist übrigens kaum zu erreichen (Moerner). Mehrere andere Vorwürfe, die der Bunge'schen Theorie gemacht werden können, wollen wir bei der Therapie erwähnen.

Die längst in Vergessenheit gerathene nervöse Theorie der Chlorose sucht neuerdings Jones Lloyd wieder in's Leben zu rufen. Die Entstehung der Chlorose, die vermuthlich eine Neurose des Sympathicus darstellt, soll wesentlich begünstigt werden durch die von ihm auch bei gesunden Mädchen festgestellte Verminderung des specifischen Gewichtes der rothen Blutkörperchen. Im Anschluß an intensive psychische Affecte entstehe ein Reizungszustand des Sympathicus, eine consecutive Erweiterung der Bauchgefäße mit Hyperämie der Bauchorgane, resp. mit Blutungen, die bei im genannten Sinne prädisponirten Mädchen ohne Weiteres schwere Anämie verursachen.

Aehnlich lautet die Angabe Meinert's, der in der Gastroptose die Ursache der gesteigerten Reizbarkeit des Plexus solaris sehen will, unter dessen Einfluß die in der Milz stattfindende Hämoglobinbereitung steht.

Hyperämie der Bauchorgane und Blutungen dienten auch v. HOESSLIN zur Grundlage seiner, von den eben angeführten nur in der Ursache der Läsionen differirenden Theorie: Letztere wären seiner Meinung nach von gastro-intestinalen Störungen, die die einzelne wirkliche Ursache der Chlorose darstellen, repräsentirt. Als Stütze für seine Theorie führt HOESSLIN die Resultate seiner Kothuntersuchungen bei Chlorose an: der Koth enthält gelegentlich (unter 65 Fällen 25mal) viel Hämatin und Eisen.

Auf ähnlicher Grundlage ist die Theorie MURRI's basirt. Die von JONES LLOYD bei gesunden Mädchen festgestellte Blutveränderung, sowie die Aplasie der Gefäße prädisponiren zur Chlorose; zur Entstehung derselben sind jedoch manche Momente nothwendig, die ungünstig die Function der Genitalien beeinflussen; die auf diesem Wege sich ausbildende Irritabilität wirkt reflectorisch auf die sympathischen Nerven der Baucheingeweide, indem sie eine locale Gefäßerweiterung, Hyperämie und Verlangsamung der Blutcirculation verursacht, was wiederum zur Steigerung des Blutzerfalles und nachträglicher Entstehung einer Anämie vollends ausreicht. Näheres über den Mechanismus dieser Erscheinung vermissen wir in den Angaben MURRI's. Als Stützpunkt für seine Hypothese führt er folgende, theils bekannte, theils neue von ihm constatirte Thatsachen an. Kälte verschlechtert bekanntlich den Zustand der Chlorotischen, indem sie einen gesteigerten Zerfall der Blutkörperchen verursacht, die sich klinisch in der Oligocythämie und der Zunahme der Pigmente im Harn kundgibt. MURRI beobachtete weiterhin, daß unter dem Einfluß von Kälte die Leber der Chlorotischen deutlich vergrößert, die tägliche Harnmenge verringert wird, was seiner Meinung nach auf eine Blutüberfüllung in der Leber, in den Nieren und wahrscheinlich in der ganzen Bauchhöhle hinweisen dürfte. Andererseits ist eine vorsichtige Hydrotherapie mit ihrer kräftigenden Wirkung auf das Nervensystem im Stande, eine Chlorose zur Heilung zu bringen. Zu den die Geschlechtssphäre ungünstig beeinflussenden Momenten zählt MURRI die neuropathische Disposition, anatomische Lageanomalien des Uterus und physiologische Erscheinungen, die in der Ovulationsperiode aufzutreten pflegen; die Hypoplasie der Gefäße will er nur als Ausdruck einer hereditären Veranlagung betrachten, die sich gleichzeitig in der Aplasie der Genitalien und in der abnormen Reizbarkeit des vasomotorischen Apparates äußert.

Die MURRI'sche Theorie, die, die wichtigsten Symptome der Chlorose berücksichtigend, die Mehrzahl der herrschenden Hypothesen zusammenzulöthen sucht, enthält ohne Zweifel viel Lockendes für sich. Es gelten jedoch für dieselbe die meisten den oben erwähnten Theorien gemachten Vorwürfe. Zunächst ist der Blutkörperchenzerfall unter dem Einfluß von Kälte durchaus nicht typisch für die Chlorose (v. NOORDEN), da wir demselben bei den meisten Anämien begegnen. Uebrigens bleibt uns MURRI den Beweis schuldig, daß der gesteigerte Zerfall vom Beginne der Chlorose an datirt und durch eine Dilatation der Bauchgefäße hervorgerufen wird. Viele Thatsachen sprechen eher für eine permanente Blutarmuth der Abdominalorgane bei Chlorose. Wir sehen an dieser Stelle schon ganz davon ab, daß die Hyperämie der Bauchorgane, wenn sie sich thatsächlich nachweisen ließe, durchaus nicht von einer Reizung der Genitalien abhängig zu sein braucht. Die Chlorose müßte eine der häufigsten Krankheiten des weiblichen Geschlechtes sein, wenn das letztere Moment in der That von pathologischer Bedeutung wäre.

Was von der MURRI'schen Theorie gesagt wurde, gilt selbstverständlich mutatis mutandis für die von JONES LLOYD und MEINERT. Die HOESSLIN'sche Theorie ist ziemlich einseitig: sein cardinales Symptom — die Blutungen und die gesteigerte Menge Hämatin in den Fäces — ist eher selten, als häufig bei Chlorose zu treffen.

Beim fortwährenden Forschen nach der Aetiologie der Bleichsucht wurde auch nicht ohne Recht der infectiöse Charakter derselben in Betracht gezogen. Diese besonders in Frankreich verbreitete Ansicht hat neuerdings besonders in CLÉMENT einen Verfechter gefunden, der das epidemische Auftreten der Chlorose, die gelegentlich vorhandene Milzvergrößerung und Fieber für Beweise der infectiösen Natur heranzieht. Diese principiell rationelle Hypothese wird, solange man den Krankheitserreger nicht kennt, keinen Anspruch auf allgemeine Giltigkeit machen dürfen.

Die BUNGE'schen Befunde in der Leber der Säuglinge haben wir oben erwähnt und machen hier nochmals auf dieselben aufmerksam, da sie uns über die complicirte Oekonomie des organischen Eisens gründlich zu orientiren vermögen, ohne jedoch, leider, über das Primum movens der Chlorose genügenden Aufschluß zu geben.

Wir begnügen uns mit den angeführten Theorien der Chlorose. Die große Menge der nicht erwähnten Hypothesen ist entweder in den Grundzügen mit den besprochenen sehr nahe verwandt, oder beruhen auf so schwacher Basis, daß sie ohne Weiteres übergangen werden können.

Die Kritik der wichtigsten Theorien führt uns zum Schluß, daß keine derselben ihrem Ziele in genügender Weise entspricht. Das Studium der einzelnen Erscheinungen der Chlorose und der ihr verwandten Zustände legt den Gedanken nahe, daß die meisten Symptome der Chlorose auf eine Autointoxication des Organismus mit giftigen, nicht näher bekannten Stoffen zurückzuführen sind. Eine intestinale Autointoxication läßt sich, wie gesagt, ausschließen; sie ist möglich, aber gänzlich unbewiesen. Hingegen sprechen viele Thatsachen dafür, daß wir es bei der Chlorose mit giftigen, physiologisch im weiblichen Organismus sich bildenden Producten, die nicht in normaler Weise neutralisirt werden, zu thun haben. Ob es sich um eine übermäßige Bildung der giftigen Producte oder um eine ungenügende Neutralisation, resp. Zerstörung derselben handelt, darüber läßt sich ebenso wenig Bestimmtes aussagen, wie über den Sitz der mit der besprochenen Function behafteten Organe. Möglicherweise sind es, wie schon seit altersher vermuthet wird, die Geschlechtsorgane, oder was die BUNGE'schen Experimente als wahrscheinlicher hinstellen — die Leber. Es unterliegt jedenfalls keinem Zweifel, daß die Chlorose einerseits mit der Störung derjenigen Functionen des weiblichen Organismus eng zusammenhängt, die zur Anhäufung des Vorrathsmateriales für die nachkommende Frucht dienen, andererseits mit den schweren Anomalien des Stoffwechsels, insbesondere der Eisenbilanz. Beide Abweichungen von der normalen physiologischen Thätigkeit sind miteinander, wenngleich durch eine unsichtbare Kette, doch ziemlich eng verbunden.

Die in besprochener Weise gedeutete Chlorose kann und muß mit vollem Rechte zur Gruppe der constitutionellen Krankheiten gezählt werden, zu der bekanntlich solche Krankheitsformen gehören, wie der Kropf, der Morbus Basedowii, das Myxödem, die ADDISON'sche Krankheit etc., die sämmtlich von schweren Störungen des Stoffwechsels abhängig sind, Störungen, die, wie es neuerdings immer wahrscheinlicher gemacht wird, in der krankhaft veränderten Function mancher Organe ihren Ursprung haben und zur Autointoxication des Organismus regelmäßig führen.

—

daß man in den Ländern der Analphabeten den größten physischen Verfall der Bevölkerung wahrzunehmen vermag. Es wurde ja durch die Statistik über die Mortalität vom Jahre 1873—1882 sichergestellt, daß in den Ländern mit einem höheren Procent von Analphabeten auch die Sterblichkeit zunimmt oder wenigstens keine wesentliche Differenz zeigt, so daß in einer hygienisch strenge abgegrenzten Gruppe von Ländern unserer Monarchie die ostslavischen Länder in der IV. und somit in der letzten Gruppe sich befinden. Hieraus ist ersichtlich und unwiderlegbar erwiesen, welch großen Einfluß die Culturhöhe eines Volkes auf seinen sanitären Zustand hat und welch wichtige Aufgabe der Schule zukommt, indem dieselbe zur Wahrung der Anforderungen des öffentlichen Sanitätswesens führt; es ist weiter auch erwiesen, wie der obligatorische Unterricht der Hygiene in den Schulen nothwendig ist, wofür ich Seiner Excellenz dem Herrn Unterrichtsminister Dank sage, daß er einmal diese Idee auch ernst in's Auge gefaßt hat. Die officiellen Beherrscher der öffentlichen Meinung sollten als Prediger der Aufklärung die begeisternde Idee des großen Staatsmannes Disraeli dem Geiste auch der niedrigsten Volksclassen beizubringen trachten: „Die Größe einer Nation hängt vor Allem von der physischen Entwicklung der Bevölkerung ab, und Alles, was zur Hebung des sanitären Zustandes eines Volkes beiträgt, wird zur Grundlage der Größe und des Ruhmes einer Nation."

Es sollte überall in den Sinn des jugendlichen Nachwuchses eingeprägt werden, daß die Gesundheit der Bevölkerung regelmäßig im geraden Verhältnisse zu ihrem Wohlstande sich befindet, indem ja die Resultate der Krankheit die Arbeitsunfähigkeit, das Elend und die Armuth sind. Ferner sollte der Jugend die Ueberzeugung beigebracht werden, daß, je vollkommener die sanitären Verhältnisse eines Volkes sind, desto arbeitslustiger, thatkräftiger und leistungsfähiger dasselbe wird, sowie die Thatsache, daß in unserer Monarchie die ungleichmäßige Vertheilung der Sterblichkeit nicht nur durch die große Verschiedenheit der Länder, sondern auch durch die große Verschiedenheit der socialen und culturellen Verhältnisse der Bevölkerung bedingt ist. Es sollte keinem gebildeten Menschen unbekannt sein, daß durch die modernen social-hygienischen Maßnahmen viele Seuchen vermeidbar sind.

Charakteristisch für den schon im Anfang dieses Jahrhunderts in gewissen Kreisen entwickelten Sinn für die hygienischen Maßregeln und für die Anerkennung des großen Werthes der Bildung und Aufklärung ist ein Absatz eines Antrages des Hofkriegsrathes zu Reformen in volkswirthschaftlichen Zuständen in Böhmen aus dem Anfange dieses Jahrhundertes, welcher lautet: „Es verdient unter gesitteten und christlichen Völkern ein vorzügliches Augenmerk die Sauberkeit und Reinlichkeit, der Unterricht in der Religion, im Lesen und Schreiben, die Wartung und Heilung der Kranken. Angemessene Eintheilung der Pfarreien, hinlängliche Aufstellung von Schulmeistern, Einsetzung erfahrener geprüfter Land- oder Kreisphysicorum und Aerzte, die Wissenschaft haben und denen Menschenliebe mehr als der beständige Gewinn und Verdienst am Herzen liegt." „Das sind die wahren Mittel, das unterthänige Volk mehr vernünftig, nüchtern, reinlich und auch wohlhabender, mithin glücklicher zu machen."

Dies ist ein charakteristisches Zeichen der in der Aufklärungsperiode herrschenden volksfreundlichen Ansichten, und es würden diese Grundsätze wahrlich auch dem Programme einer modernen Regierung zur Ehre gereichen. Und wenn wir nun nach circa 80 Jahren eine Revue vornehmen, wie tief diese Ideen in unsere Volksschichten gedrungen sind, so müssen wir zu unserem Bedauern bekennen, daß von Staatswegen in der wahren Erziehung des Volkes in der Hygiene sehr viel unterlassen wurde und daß die Selbsterkenntniß in hygienischer Hinsicht in den breitesten Volksschichten noch sehr mangelhaft ist. Es ist leider selbst in den gebildetsten Kreisen der Begriff vom ökonomischen Werthe eines Menschenlebens nicht genug klar, ja meistens ganz dunkel und fremd. Und doch kann man sich schon aus den Daten über die Zahl der Verpflegten und über die Auslagen für die in allen öffentlichen und Privatspitälern unserer Monarchie Behandelten, sowie über die Kosten der Gesammterkrankungen bei allen österreichischen Krankencassen wenigstens einen kleinen Begriff machen, welch große Verluste durch Tod und Krankheit nur in einigen Gruppen der Bevölkerung bedingt werden.

Ich werde es versuchen, mittelst amtlicher Daten und mittelst meiner eigenen Berechnungen hierüber nur ein kleines Bild zu entwerfen.

Im Jahre 1893 betrugen die Verpflegskosten für die $9^1/_2$ Mill. Verpflegstage der in allen Spitälern unserer Monarchie Verpflegten bei einer durchschnittlichen Ausgabe von 95 kr. pro Kopf und Tag über 8 Millionen Gulden. Der Verlust an Verdienst und Erwerb der in den Krankenhäusern Verpflegten würde nach meiner Berechnung bei 60 kr. durchschnittlichem Taglohn über $5^1/_2$ Millionen Gulden betragen und daher mit den Auslagen für die Verpflegung mit einer Summe von $13^1/_2$ Millionen Gulden sich beziffern. Die Ausgaben aller österreichischen Krankencassen für die Behandlung der Mitglieder und für das Krankengeld betrugen nach den neuesten Daten im Jahre 1893 über 12 Millionen Gulden; und rechnet man bei 14,146.752 Krankentagen der in diesem Jahre erkrankten Mitglieder durchschnittlich nur 60 kr. Verlust an Taglohn, so beträgt dieser Verlust nach meiner Berechnung gegen $8^1/_2$ Millionen Gulden und zusammen mit den Krankenkosten über 20,700.000 fl. Somit würden sich die Auslagen und Verluste der in den österreichischen Krankenhäusern Verpflegten und der erkrankten Mitglieder aller österreichischen Krankencassen allein im Jahre 1893 mit über 34 Millionen Gulden beziffern.

In diese Summe sind jedoch, meine Herren, noch die Verluste der großen Kategorie von landwirthschaftlichen Arbeitern, der Mitglieder der Bruderladen und anderer Kategorien industrieller Arbeiter, zum Beispiel der Tabak- und Naphthafabriken etc., sowie aller andern Classen der Bevölkerung, so der Gewerbetreibenden, Landwirthe, Hausbesitzer, Beamten, Privatiers und somit die große Summe der in der Privatpflege behandelten Bevölkerung nicht einbezogen. Diese Summe dürfte gewiß mehr als fünfmal so viel betragen. Die approximative Höhe der in unserer Monarchie durch Tod und Krankheit bedingten Kosten könnte man auch auf die Art berechnen, wenn man nach den in Krankenhäusern gewonnenen Erfahrungen bei dem Mortalitätsprocente vom 27 Promille im Jahre 1893 in unserer Monarchie einen Todesfall auf 35 Erkrankungen und auf einen Kranken durchschnittlich 20 Verpflegstage annehmen würde. Es gibt Statistiker, welche auf einen Todesfall zehn Erkrankungen annehmen. Hienach würden nach meiner Berechnung im Jahre 1893 bei rund 27 Promille Mortalität und bei rund 24 Millionen Einwohnern unserer Monarchie die Verpflegs- und Behandlungskosten, sowie der Erwerbsverlust bei durchschnittlich blos 50 kr. täglich, mit Rücksicht auf Kinder und Arbeitsunfähige, jährlich über $2^1/_2$ Milliarden Gulden oder bei der minimalsten Zahl von durchschnittlich zehn Verpflegstagen bei einem Kranken, über $1^1/_4$ Milliarden Gulden betragen.

So viel kostet jährlich Tod und Krankheit unserer Monarchie. In Wien allein wurde mittelst desselben Schlüssels sichergestellt, daß sich bei 800.000 Einwohnern und bei dreißig Promille Mortalität der durch Tod und Krankheit bedingte jährliche Verlust auf 16,800.000 fl. beziffert und daß die jährliche Ersparniß bei Abnahme von einem Promille Mortalität 560.000 fl. betragen würde. Die Tuberculose allein kostet unserer Monarchie bei 89.000 Sterbefällen jährlich mehr als $142^1/_2$ Millionen Francs, das ist über 71 Millionen Gulden.

Nach ROCHARD kostet Frankreich Tod und Krankheit jährlich mindestens 1.649,107.027 Francs. Die Abnahme der Mortalität bloß um ein Promille würde bei rund 24 Millionen Einwohnern unserer Monarchie und bei 27 Promille Mortalität in einem einzigen Jahre eine Ersparniß von circa 87 Millionen Gulden bedeuten.

Hofrath Dr. KUSY hat auf eine ähnliche Art berechnet, daß der im Quinquennium vom Jahre 1888 bis 1892 constatirte *Abfall* der jährlichen Mortalität in unserer Monarchie um 2·1 Promille eine Ersparniß an 252.000 Menschenleben bei rund 24 Millionen Einwohnern bedeutet, was bei Annahme eines Todesfalles auf zehn Erkrankungen und somit bei $2^1/_2$ Millionen schweren Erkrankungen einen Verlust an Kosten und Erwerb im Betrage von einigen Millionen Gulden ausmachen würde. Außerdem hat Hofrath Dr. KUSY in seinem Berichte über die Entwicklung des öffentlichen Sanitäts-

wesens in Oesterreich von 1883 bis 1893 ziffermäßig nachgewiesen, daß zufolge Vervollkommnung des Sanitätsdienstes in unserer Monarchie die Sterblichkeit an Infectionskrankheiten im letzten Decennium von 21 Procent auf 15 Procent, oder in absoluten Zahlen um 6480 Menschenleben von 24 Millionen Einwohnern, abgenommen hat, was einen Werth von über 29 Millionen Gulden repräsentirt. Außerdem könnte man meiner Ansicht nach den ökonomischen Werth eines Menschenlebens aus der Arbeiterclasse auch auf die Art annähernd bestimmen, wenn man bei einem durchschnittlichen Alter von 40 Jahren den durchschnittlichen Erwerb unseres Arbeiters in einer Maximaldauer von 20 Jahren, zum Beispiel vom 20. bis 40. Lebensjahre und bei 60 kr. durchschnittlichem Taglohn, jährlich auf 250 fl. annehmen würde. Nach dieser gewiß nicht übertriebenen Berechnung würde der durchschnittliche Werth des Lebens unseres Arbeiters ein Capital von 4500 fl. repräsentiren, welches Capital auf 5 Procent den Zinsen von gerade 255 fl. entspricht, einer minimalen Summe, die jeder Arbeiter zur dürftigen Erhaltung seiner Familie unbedingt benöthigt. Auf diese Art würde der Gesammtwerth der bei den österreichischen Krankencassen im Jahre 1893 versicherten 1,840.043 Mitglieder den Betrag von 8.280,193.500 fl. repräsentiren. Nach Dr. CHADWICK beträgt der Werth des Menschenlebens eines englischen Arbeiters in jüngeren Jahren 200 Pfund Sterling und im 40. Lebensjahre 400 Pfund Sterling. Nach RICHARD beträgt der Werth eines französischen Bürgers 1097 Francs, nach Dr. FARR der durchschnittliche Werth eines Einwohners in England 159 Pfund Sterling (3975 Francs), und in Amerika der Werth eines Menschen 3500 Dollars. Indem nach den Erfahrungen des Hofrathes Dr. KUSY der Rückgang der Mortalität überhaupt und jener an Infectionskrankheiten insbesondere mit der Entwicklung und Vervollkommnung der sanitären Einrichtungen zusammenhängt, dürfte Jedermann ersichtlich sein, welch einen wichtigen Factor die Vervollkommnung des öffentlichen Sanitätsdienstes überhaupt und des Epidemiedienstes insbesondere bildet.

Ganz treffend sind folgende Worte des Professors HUEPPE in der gestrigen Nummer der „Zeit“: „Jedes Volk hat die Pflicht, dafür zu sorgen, daß es in seiner Gesammtheit so gestaltet ist, daß nicht durch die physische Entartung der unteren Stände eine Contraselection vor sich geht.“ (Schluß folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— Bekanntlich bilden Erscheinungen seitens des Magens sehr häufig die ersten Symptome bei Scharlach. Eine ganz besondere Bedeutung kommt nach A. VALLI („La sem. méd.“, 1895, Nr. 58) dem **Erbrechen als Frühsymptom der Scarlatina** zu. Dieses Symptom erlaubt nicht nur, die Diagnose in einer relativ frühen Periode zu stellen, sondern bildet auch ein differentialdiagnostisches Moment in jenen Fällen, welche einen abnormen Verlauf nehmen und bei welchen es zu keinem charakteristischen Exanthem kommt. Das Erbrechen der Scarlatinösen ist vor Allem dadurch ausgezeichnet, daß er ganz plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, eintritt. Es befällt die Kinder meist während des Spieles oder beim Essen, oder im Schlafe. Von da an fühlen sie sich krank. Untersucht man kurz nachher, so findet man große Mattigkeit, auffallend gesteigerten Puls, welcher von Temperatursteigerung gefolgt ist. Die Wichtigkeit dieses diagnostischen Zeichens wird noch durch den Umstand erhöht, daß das Erbrechen besonders häufig im Anfang der atypisch verlaufenden schweren Formen vorkommt, so daß dieses Symptom manche retrospective Diagnose (beispielsweise bei manchen Nephritisformen) zuließ. Scarlatinöse Erscheinungen seitens des Rachens können gleichzeitig, früher oder später als das Erbrechen auftreten. Niemals tritt das Erbrechen in seiner charakteristischen Form bei nicht scarlatinöser Angina auf. In einem Falle beobachtete V. bei einem Mädchen, das oft an gewöhnlicher Angina ohne Erbrechen gelitten hatte, einen Anginaanfall mit charakteristischem Erbrechen; es war eine scarlatinöse Angina.

— Dr. PAUL KOPPEL (Berlin) berichtet in den „Ther. Monatsh.“ (1895, 11. Heft) **über einige neuere Aluminiumpräparate**, welche er in den letzten 3 Jahren häufig angewendet hat. Es handelt sich um die unter den Namen Boral, Cutol und Cutolum solubile in den Handel gebrachten Aluminiumverbindungen, welche vor den gebräuchlichen essigsauren Thonerdeverbindungen den Vorzug größerer Beständigkeit besitzen. Das **Boral** ist seiner Zusammensetzung nach eine Doppelverbindung von Aluminium mit Borsäure und Weinsteinsäure. Dasselbe bildet feine, weiße Krystalle, ist in Wasser reichlich löslich und von leicht säuerlichem Geschmack. **Cutol** ist eine Doppelverbindung des Aluminium mit der Borsäure und Gerbsäure. Ein bräunliches, feines Pulver, von adstringirendem Geschmack, ist es in den üblichen Lösungsmitteln nicht löslich. Mit Acidum tartaricum geht Cutol eine in Wasser reichlich lösliche Verbindung ein, **Cutolum solubile**; das trockene sehr feine Pulver hat eine etwas hellere Farbe als Cutol. Alle drei Präparate sind geruchlos. Die bacteriologische Prüfung dieser 3 Präparate ergab eine das Wachsthum der Bacterien stark hemmende Wirkung. Therapeutisch ist die Anwendung des Boral eine beschränkte; es wurde mit gutem Erfolge bei eiternden Mittelohrerkrankungen sowohl in Form von Ausspülungen, als auch insbesondere von Einblasungen angewendet, ferner als reizlose Salbe (10%) bei Eczemen des Gehörganges. Das Cutol findet seine Anwendung, und zwar mit sehr gutem Erfolge, bei nässenden, acuten Eczemen, stark secernirenden Hautdefecten, Erosionen, Fissuren, Geschwüren. Nachdem die Eczemborken mit Oel erweicht und entfernt sind, wird das Cutol als Salbe oder Paste aufgelegt und mit einer Mullbinde befestigt:

Rp. Cutoli . . . . 4·0
Ol oliv. . . . . 10·0
Lanolin. q. s. ad . . . . 40·0
M. f. Ungt.

Rp. Cutoli . . . . 10·0
Olei olivar. . . . . 20·0
M. f. pasta.
S. Messerrückendick aufzustreichen.

Hat die Secretion nachgelassen, so empfiehlt sich die Weiterbehandlung mit Cutolstreupulver, rein oder mit Zincum oxyd. und Talcum aa. Von eminenter Wirkung war die austrocknende Eigenschaft des Cutol bei Intertrigo. Ferner wurde Cutol mit vorzüglichem Nutzen bei Fußgeschwüren mit starker Secretion gebraucht. Cutol, respective Cutolum solubile hat sich weiters in 8 Fällen von Brandwunden zweiten Grades bewährt. Erfolgreich war auch die Anwendung einer 10%igen Cutolglycerinlösung bei Catarrhen der Gebärmutter mit starker Secretion; die mit dieser Lösung getränkten Wattabäusche werden mittelst Speculum in die Scheide vor das Orificium ext. uteri eingeführt und nach 24 Stunden entfernt. Hämorrhoiden wurden durch Behandlung mit 15%igen Cutolsalben sehr günstig beeinflußt. Die Blutungen, sowie die Schmerzhaftigkeit ließen schnell nach. Hyperidrosis wurde vortheilhaft mit Cutolstreupulver und Cutollanolinsalbe behandelt. Endlich war die Anwendung in einigen Fällen von Frostbeulen und bei aufgesprungenen Händen erfolgreich. Das Cutol wurde hier in schwachen Resorbin- oder Lanolinsalben theils mit, theils ohne Campherzusatz verwendet.

— Ein französischer Militärarzt, Dr. A. PEGURIER, berichtet über die Anwendung von **Camphernaphthol-Irrigationen bei tuberculöser Peritonitis**, mit welchen er in einem Falle Heilung erzielte. Es handelte sich um einen Soldaten, welcher alle Zeichen einer chronischen Peritonitis, wahrscheinlich tuberculösen Ursprungs, aufwies, welche Affection jeglicher Behandlung widerstanden hatte. In diesem Falle nahm P. seine Zuflucht zu Irrigationen mit je 0·2 Camphernaphthol. Vom 4. Tage der Behandlung an änderte sich der Zustand des Kranken in günstigster Weise: Das Abdomen wurde kleiner, Diarrhöen und Fieber schwanden. Nach vierwöchentlicher Behandlung, während welcher Zeit täglich eine Darmeingießung mit 0·2 Camphernaphthol gemacht wurde, hatte der Bauch seinen früheren Umfang wieder erreicht, es bestand keine Druckempfindlichkeit mehr, der Erguß war vollständig resorbirt und der Tympanismus, sowie die übrigen Erscheinungen seitens des Darmes waren verschwunden.

— **Zur Behandlung der chronischen Pharyngitis**, jener so häufigen und peinlichen Affection, die sich bald in quälendem Husten, bald in einem Gefühl des Fremdkörpers in der Kehle, bald in unerträglicher Trockenheit im Rachen äußert, empfiehlt HAMON DU

FONCERAY („La Presse méd.", 1895, 30. Nov.) die Anwendung von Menthol:

Rp. Mentholi . . . . 1·0
Ol. amygd dulc. . . . . 10·0
S. 2—3mal täglich zu pinseln.

Der Pat. taucht einen kleinen Malerpinsel in die Flüssigkeit, führt denselben nach einander in jedes der beiden Nasenlöcher, beugt den Kopf nach rückwärts und aspirirt kräftig, bis er den Tropfen Menthol im Rachen spürt. Ferner pinselt sich der Pat. mit einem größeren Pinsel den Rachen aus, mit welchem er so tief und hoch als möglich zu gelangen sucht. Diese Procedur, 2—3mal täglich wiederholt, führt in der Regel zu rascher Beseitigung der Symptome.

— Es ist bekannt, daß die Influenza nicht selten unter einem Bilde verläuft, in welchem Erscheinungen seitens des Gehirns im Vordergrunde stehen. Kürzlich hat LÉPINE einen Fall von Influenza beschrieben, welchen er als Pseudomeningitis bezeichnete. Einen ähnlichen Fall, eine **Influenza unter dem Bilde einer Meningitis cerebrospinalis epidemica**, beschreibt nun ORAZIO RAPISARDA („Gaz. degli osped.", 1895, 9. Nov.). Der Pat. war unter hohem Fieber erkrankt, welches durch 8 Tage unter bedeutenden Schwankungen anhielt; außerdem litt Pat. an Muskelschmerzen im Rücken und an anderen Körperstellen. Am 8. Tage der Erkrankung gesellten sich zu dem Fieber und den heftigen Schmerzen Delirien, hochgradige Nackenstarre. In diesem Zustand wurde Pat. in's Spital aufgenommen. Er kam aus einer Gegend, in welcher die Cerebrospinalmeningitis epidemisch herrschte. Pat. befand sich bei der Aufnahme in comatösem Zustand, wies aber außer einem leichten Strabismus des linken Auges keinerlei meningitische oder Lähmungserscheinungen auf. Allmälig besserte sich der Zustand des Kranken und es blieben nur heftige Schmerzen im Nacken, so daß dieser noch steif gehalten wurde. Aber auch dieser Rest verschwand, so daß Pat. vollkommen genesen entlassen wurde. Prof. TOMASELLI, auf dessen Klinik der Kranke in Behandlung stand, glaubte die Diagnose auf einen heftigen Influenzaanfall stellen zu können, welcher unter dem Bilde einer Meningitis cerebrospinalis verlaufen war.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

VI. Italienischer Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Rom vom 22.—25. October 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

II.

Die Verlangsamung des Stoffwechsels.

REALE (Neapel), Referent: Damit der Organismus die Unversehrtheit seiner Functionen bewahren könne, muß er durch Einführung neuer Stoffe die Verluste ersetzen (Gleichgewicht der organischen Bilanz). Das Studium der Ernährung beruht auf der Kenntniß der chemischen Spannung, welche die Nahrungsmittel entwickeln können; durch die Lehre der Calorien wurde die Erkenntniß wesentlich gefördert. Die Nährstoffe entwickeln nicht die gleiche Zahl von Calorien; sie können nach dem Grade ihres Verbrennungswerthes sich gegenseitig vertreten (Gesetz der Isodynamie von RUBNER), übrigens ist das Verhältniß, in welchem sie in die Ernährung eintreten, sehr verschieden. Das Eiweiß kann durch keinen anderen Nährstoff vollständig ersetzt werden; Fette und Kohlehydrate können viel leichter sich gegenseitig ausgleichen. Die Zahl der Calorien, die der Organismus benöthigt, ist nach dem Individuum und der Lebensweise verschieden.

Die Einfuhr eines Nahrungsmittels, dessen Verbrennungswerth die Norm übersteigt, hat einen doppelten Effect: die Anhäufung von Fett und die Ersparniß von Eiweiß. Von dem im Körper abgelagerten Fett rührt ein Theil von Eiweiß her, aber dieser ist gering im Vergleiche zur Einfuhr von Nährfett oder zur Umwandlung der Kohlehydrate. Daher besteht im Organismus kein Luxusverbrauch, die übermäßige Einfuhr von Calorien steigert die eigene Masse, aber nicht den eigenen Verbrauch.

Die Verlangsamung des Stoffwechsels ist mit dem Zustande der Zellenergie direct verknüpft, dies führt auf den Gedanken des Bestehens einer einzigen, die Ernährungsprocesse regelnden Kraft, — und diese ist das Nervensystem; mit LE GENDRE muß man zugeben, daß eine angeborene mittlere Ernährungskraft bestehe. Unter den Störungen, welche von der verminderten Zellenenergie abhängen, ist die Polysarcia adiposa am häufigsten. Hereditäre Prädisposition und Substanzen, welche die Energie des Protoplasma herabsetzen (fortgesetzter Alkoholgenuß), begünstigen die Polysarcie. Für den Diabetes mellitus wurde gezeigt, daß die Entwickelung der Calorien nicht unter die Norm herabsteigt; nicht der allgemeine Stoffwechsel ist hier vermindert, sondern der Verbrauch der Kohlehydrate gestört. Eine rationelle Diabetes-Therapie muß die Kohlehydrate zu ersetzen trachten, deren gänzliche Unterdrückung und Ersatz durch ausschließliche Fleischnahrung das Problem nicht löst. Letztere wäre eine wahre Hungercur. v. NOORDEN schlägt die Fette wegen ihres hohen Verbrennungswerthes vor; besser ist der Gebrauch von die Polarisationsebene links drehenden Zuckerarten oder von Inulin, welches sich in frischen Vegetabilien vorfindet.

Was die celluläre Disassimilation betrifft, welche schwere Körperstörungen hervorrufen kann, so kennen wir wohl die letzten Producte des Stoffwechsels, aber es entgehen uns die Zwischenglieder. Wiewohl die Umwandlungen der Nährstoffe größtentheils Oxydationsprocesse sind, so muß doch eine anaërobische Function der thierischen Gewebe angenommen werden. GAUTIER hat gezeigt, daß der ausgeführte Sauerstoff den eingeführten um $^1/_5$ übertrifft. Frisches, dem Sauerstoff der bacteriellen Zersetzung entzogenes, bei 38° aufbewahrtes Fleisch transformirt die löslichen Albumine und erzeugt wie im lebenden Körper toxische Basen, die Leukomaïne. Die Disassimilation findet stetig statt, accumulirt sich unter pathologischen Einflüssen; die toxischen Producte lassen sich im Urin, in der Exspirationsluft, im Schweiße nachweisen; nur durch Sauerstoff wird die Giftwirkung vermindert und die Ausscheidung gefördert. Mangel an Sauerstoff bewirkt eine moleculäre Nekrose der Zelle (FRÄNKEL) oder eine Schmelzung des Protoplasma (KLEMPERER), — immer aber eine Anhäufung der toxischen Producte der Disassimilation. Die stärkste Wirkung zeigt sich in der sauren Intoxication. Vortr. konnte eine Zunahme an Oxalsäure und Schwefeläther, Andere phosphorsaure Ammoniakmagnesia im sauren Urin nachweisen. In Folge von Sauerstoffmangel können gewisse Zuckerarten, wie Glykose und Pentaglykose, im Organismus auftreten. Vortragender ist gegen HORBACZEWSKI'S Ansicht, daß die Harnsäure das Endproduct des specifischen organischen Stoffwechsels, das Nucleïn sei.

Endlich ist das Vorkommen oxydirender Fermente in den Geweben nachgewiesen worden. Die Extracte gewisser Organe (Milz, Niere u. s. w.) haben die Fähigkeit, Salicylaldehyd in Salicylsäure umzuwandeln; das Spermin ist ein Ferment einer innerhalb der Organe stattfindenden Oxydation. Das Studium dieser Fermente vermag vielleicht manche dunkle Punkte aufzuklären, wo die Verminderung oxydativer Processe nicht mit einer entsprechenden Verminderung des eingeführten Sauerstoffes verbunden ist.

REALE beurtheilt nach den Verhältnissen des sauren zum neutralen Schwefel im Harne die organischen Oxydationen.

DE RENZI (Neapel), Correferent.
(Wird ausführlich erscheinen.)

Bianchi: Hysterische Personen vermögen lange zu fasten. In vielen Psychosen begegnet man Alterationen des Blutes und des Stoffwechsels.

Devoto ist nach Versuchen gegen Fastencuren bei der Arthritis.

De Renzi erwidert, daß er nur eine wesentliche Herabminderung der Nahrung gemeint habe. Der Widerspruch zwischen Versuch und klinischer Erfahrung klärt sich dahin auf, daß sich beim Fasten die toxischen Stoffe oxydiren, die gastrointestinalen Störungen bessern und hiedurch der übermäßige Fettansatz vermindert wird.

COLASANTI und BENANNI: Diabetes pancreaticus.

Diese Krankheit ist eine constante Folge der Exstirpation des Pankreas. Verff. besprechen die bezüglichen Harn- und Blutbefunde

und bemerken schließlich, daß Acetonurie keine constante Folge der Exstirpation der Drüse ist.

FELETTI (Catania): **Pulsation des Kopfes bei zwei Fällen von Aneurysma des Aortenbogens.**

Das Phänomen besteht in einer rhythmischen Erschütterung des Kopfes, synchronisch mit der Herzsystole; die Pulsation war umso heftiger, je mehr der Kranke das Haupt ausstreckte und nach rückwärts beugte. Verf. sucht die Erklärung in dem Zuge nach abwärts, welchen die Trachea und der linke Bronchus bei der Diastole des Aneurysma erleiden. Die Pulsation des Kopfes ist mit den rhythmischen Erschütterungen in Folge von Muskelcontractionen nicht zu verwechseln.

MASSALONGO (Padua): **Zwei Fälle von Chorea bei Herzkranken (Chorea adultorum).**

Bei beiden ergab die Autopsie: Arteriitis chronica diffusa der Cerebralarterien, Hirnödem, Verwachsung der getrübten Hirnhäute mit den unterliegenden Windungen, ausschließlich entsprechend ROLAND'schen Region; weiters Herzleiden (welches? Ref.) und interstitielle Nephritis. Demnach bestand im Leben eine Irritation vorwiegend der motorischen Rindenzone, durch den meningealen Proceß hervorgerufen. Das Hirnödem wirkte mechanisch auf die Nervenelemente und verhinderte die Ausscheidung der Toxine oder Leukomaïne.

PHILARDUCCI (Rom): **Eine neue Form der degenerativen Reaction (elektromusculäre Reaction auf Distanz).**

Vortr. beobachtete bei 22 atrophischen Paralysen, daß bei Schließung des Stromes Contracturen degenerirter Muskeln entstehen, wenn die Elektroden in Entfernung von denselben, jedoch so aufgesetzt werden, daß der Muskel sich im Stromkreise befindet. Die Reaction auf Distanz dauerte Monate und Jahre, und so lange sie besteht, kann die willkürliche Motilität noch zurückkehren.

MASINI: Myoclonus auricularis.

In den bisher beschriebenen Fällen waren die Zuckungen der Muskeln des Mittelohres immer von solchen anderer Muskelgruppen begleitet. Vortr. beschreibt einen Apparat, der die Contractionen des Tensor tympani verzeichnet.

REALE: Magenauswaschungen mit Lösungen von Nitras argenti (0·25—2 Grm. pro Mille).

Erfolg gut, besonders in Bezug auf das Erbrechen; motorische Magenthätigkeit erhöht, Chlorwasserstoffsäure vermehrt, Putrefaction vermindert.

Baccelli: Manche Magenaffectionen werden für Pylorusstenosen gehalten und operirt, die Beschwerden bleiben auch nach der Operation und heilen auf Nitras argenti. Vortr. bezeichnet derlei Affectionen als Folliculitis peripylorica, welche wie die Pharyngitis granulosa Symptome der Arthritis sind.

MAGGIORANI: Elektrisches Wasserbad bei Herzkranken.

Die günstige Wirkung erklärt sich durch den Einfluß auf den Stoffwechsel. Das Bad muß kaum lau, der elektrische Strom schwach sein.

MENNELLA: Velocipedismus.

Das Radfahren ist contraindicirt bei Disposition und Vorhandensein von Lungen-, Herz- und Gefäßkrankheiten. Sp.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

X.

ULLMANN: Experimenteller Beitrag zur Trichophytie.

Vortr. demonstrirt drei mikroskopisch verschiedene Arten von künstlichen Culturen von Trichophyten auf Agar, Malzagar und Kartoffel, die er aus verschiedenen Krankheitsproducten von der menschlichen Haut gewonnen hatte. Dazu eine Reihe von mikroskopischen Zeichnungen aus Culturen im hängenden Tropfen oder Deckglaspräparaten. Ferner diverse Farbenzeichnungen und Photographien der Patienten, denen die Krankheitsproducte entstammen.

Was seine Stellung zu den Thesen KRÖSING's betrifft, so könne er wohl dessen Punkten 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12 ohne Weiteres vollkommen beipflichten.

Bezüglich 7 und 8 weiche er insoferne von KRÖSING ab, als er bei einzelnen Trichophytenformen die Malzagar- und Peptonagarculturen für ebenso charakteristisch halte, wie die Kartoffelcultur. Die letztere gerade zu einer principiellen und vollständigen Eintheilung der Pilze zu benützen, Punkt 8, sei deshalb einigermaßen willkürlich. So habe er auch Kartoffelculturen erhalten mit Braunfärbung des Belages ohne Verfärbung der Kartoffel, demnach Culturen, wie sie KRÖSING gar nicht beschrieben.

Bezüglich des Punktes 13 habe Redner keine systematischen Erfahrungen.

Bezüglich Thierversuchen auf Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen stimme er dem Vorredner insoferne bei, als die erzeugten Erkrankungen sich nicht immer den entsprechenden Erkrankungen des Menschen (haarige Trichophytie, knotige eitrige Trichophytie), von denen der Pilz stammte, gleich gestalteten, sondern meist in einfacher Schuppung mit Haarausfall der erkrankten Hautpartie bestanden und niemals eiterten. Die Pilze waren in den Haarfollikeln und Epidermisschuppen meist einzeln und spärlich, selten in den schönen Ketten, niemals in die Haare einwachsend.

Bezüglich des Punktes 1 glaube Redner, daß hier Keiner, also auch nicht KRÖSING, zur Feststellung einer Eintheilung in groß- und kleinsporige Formen berechtigt sei, der solche Erkrankungen nicht primär in dem Kopfhaare des Kindes gesehen habe. SABOURAUD sah allein 192 primär kleinsporige Formen und konnte ganz specielle klinische Erscheinungen constatiren, die diese — von GRUBY im Jahre 1853 bereits beschriebene — Erkrankung von allen anderen großsporigen Trichophytien des Kopfes und Bartes, sowie des Körpers klinisch wie mikroskopisch scheidet.

Redner habe wohl unter seinen 32 klinisch und im Wiener pathologischen Institute genau mikroskopisch und culturell verfolgten Erkrankungen von Herpes tonsurans 7 Trichophytien des Haares gehabt, jedoch darunter keine kleinsporige, so zwar, daß er glaube, für heute daran festhalten zu müssen: die Angelegenheit einer Eintheilung in klein- und großsporige Formen sei schon deshalb nicht spruchreif, da keiner von den heutigen Referenten zugestandenermaßen die nöthigen klinischen wie experimentellen Beweise in Händen habe, um SABOURAUD's Thesen von der Existenz der GRUBY-schen Krankheit entgegen zu treten.

Ferner berichtet der Vortr. über seine negativen mikroskopischen und culturellen Resultate von 10 Erkrankungen von Herpes tonsurans maculosus der Haut (4 davon mit gleichzeitigem Eczema marginatum ad genitale). Trotzdem ist Vortr. fest von der parasitären, wahrscheinlich trichophytischen, jedenfalls aber mykotischen Natur dieser in Wien so häufigen Form überzeugt, die andererseits wegen ihrer stets negativen Pilzergebnisse von fast allen italienischen, deutschen, französischen und englischen Dermatologen als Pityriasis rosea (GIBERTS) bezeichnet und als nicht parasitär aufgefaßt werde.

Pick hält Herpes tonsurans maculosus und Pityriasis rosea für zwei ganz verschiedenartige Erkrankungen.

Jadassohn hält die Meinung ULLMANN's bezüglich der Möglichkeit einer Existenz einer eigenen kleinsporigen Trichophytie, die jetzt auch schon in Italien von MIBELLI anerkannt werde, der erst durch SABOURAUD auf sie aufmerksam gemacht worden sei für sehr berechtigt.

Pringle bestätigt das Vorkommen einer kleinsporigen Form in England, wo überhaupt die Haare von Trichophytenpilzen häufiger befallen würden als der Körper. ULLMANN's Fälle, d. h. seine vorgezeigten Photographien von Herpes tonsurans maculosus, hält er für Pityriasis rosea und dementsprechend nicht für parasitär. Daraus seien auch dessen negative Pilzbefunde zu erklären.

WAELSCH: Mykologische Beiträge.

W. bespricht an der Hand von Reinculturen aus Favus, den verschiedenen Mycosis tonsurans Formen und Eczema marginatum den Pleomorphismus der pathogenen Hyphomyceten. Dieser während des saprophytischen Wachsthums auftretende Pleomorphismus beruht auf außerhalb des Pilzes oder im Pilze selbst gelegenen Ursachen, welch letztere ihm überhaupt zukommen oder erst während seines Wachsthums als Saprophyt erworben werden.

Von hoher Bedeutung für die spätere Wachsthumsform einer Pilzcultur erscheint sowohl der Nährboden, auf welchem sie bis zu ihrer Uebertragung auf einen anderen gewachsen war, als auch das

Nährsubstrat, auf dem sie weiter gezüchtet wird. Es kann dies sowohl ein künstlicher wie ein natürlicher (Impfung auf Mensch oder Thier) Nährboden sein.

Bedeutende Wachsthumsdifferenzen ergaben sich z. B. bei Züchtung wohlcharakterisirter Pilzformen auf wasserarmen Nährböden. Der Wassergehalt des Nährsubstrats ist von Einfluß für das Auftreten des rothen Pigmentes des Trichophyton.

Das biologische Verhalten der Pilze ist ebenfalls sehr variabel. Der Eintritt der Milchgerinnung oder der Gelatineverflüssigung in Folge des Pilzwachsthums scheint abhängig vom Nährboden, auf dem der Pilz bisher gewachsen, ferner von der Zahl der vorausgegangenen Generationen.

Als Resumé ergibt sich Folgendes: Die Wachsthumsform der Pilze und auch ihr biologisches Verhalten ist sehr labil und abhängig von den verschiedensten Bedingungen. Der Pilz besitzt einerseits die Fähigkeit, während seines saprophytischen Wachsthums erworbene Eigenschaften noch in den späteren Generationen festzuhalten, andererseits aber adaptirt er sich sehr rasch dem neuen Nährboden und reagirt in der empfindlichsten Weise auf die geringfügigen Veränderungen des Nährsubstrats.

Die Züchtung ein und desselben Pilzes auf künstlichen Nährböden kann daher unter gewissen Umständen in späteren Generationen sehr verschiedenartige Culturbilder ergeben, welche bei der Weiterzüchtung Artunterschiede vortäuschen können.

Andererseits aber können durch Umzüchtung verschiedener Pilze Differenzen ihres Wachsthums, welche scheinbar zur strengen Trennung dieser Pilze berechtigt hätten, so verwischt werden, daß die Gleichartigkeit derselben sich ergibt.

Am Schlusse seines Vortrages verweist W. auf aufgestellte Schnittpräparate von Trichophytia capillitii, Herpes tonsurans vesiculosus, sowie Sycosis parasitaria, deren Demonstration ihm wegen der Kürze der Zeit nicht möglich ist; er behält sich die ausführliche Publication des Gegenstandes vor. C. Ullmann.

Aus den Abtheilungen der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

XI.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Schatz (Rostock): **Ueber die Organisation des Hebammenwesens.**

Vortr. berichtet über die Organisation des Hebammenwesens in Mecklenburg, welche seit 10 Jahren in Function ist. Sch. ist zu dieser Organisation gekommen, weil die anderweitig gemachten Vorschläge, die Hebammen leistungsfähiger zu machen, nicht genügten. Es sei nicht möglich, alle Frauen in staatlichen Entbindungsanstalten entbinden zu lassen. Die Entbindungen durchweg von Aerzten leiten zu lassen, würde zu theuer sein und würde wieder alsbald das System der Wickelfrauen herbeiführen. Das Hebammeninstitut ist aufrecht zu erhalten, nur ist die Function der Hebamme möglichst abzugrenzen und die Hebamme möglichst tüchtig zu machen. Der Unterricht in der Hebammenschule sei nicht ausreichend, zumal in keiner Anstalt mehr als 50% der Schülerinnen den bescheidensten Anforderungen genügten.

In Mecklenburg ist daher das Institut der Hebammenaufsichtsärzte eingerichtet worden. Diese haben gegen ein Entgelt von 15 Mark pro Jahr und Hebamme bis 5 Hebammen ihrer nächsten Umgebung fortdauernd direct und indirect so zu beaufsichtigen, als ob sie in der Praxis und im Interesse des Arztes functionirten, was die Physici bei der Größe ihrer Bezirke und der Zahl ihrer Hebammen bisher nicht konnten. Die Aufsichtsärzte haben oft, wenigstens 2mal jährlich, alle Geburten mit den ihnen unterstellten Hebammen genau durchzugehen, sie zu examiniren und ihr Instrumentarium zu controliren. Die Hebamme hat das Recht, sich jederzeit beim Aufsichtsarzt Rath zu holen und die Pflicht, ansteckende Krankheiten in ihrer Familie und bei Wöchnerinnen zu melden. Die Aufsichtsführung durch die Aufsichtsärzte wird von der medicinischen Centralbehörde durch die halbjährige Einsendung aller Geburtslisten der Hebammen controlirt und durch Instructionen oder schriftliche Weisungen regulirt. Die Hebammen werden bei Puerperalfieberfällen zur kostenlosen Desinfection in die Hebammenschule geschickt und dort weiter geprüft.

Die Durchführung dieser Bestimmungen hat bei den praktischen Aerzten Verständniß gefunden. Die bisherigen Erfolge bezüglich der Mortalität im Wochenbett sind sehr befriedigende. Seit 1886 ist sie um 2% aller Wöchnerinnen herabgegangen, so daß in Mecklenburg bei 18 000 Entbindungen jährlich in den letzten Jahren je 36—40 Wöchnerinnen weniger gestorben sind als früher.

Discussion.

Brennecke (Magdeburg) begrüßt die von Sch. eingeführte Organisation, doch sei sie nicht ausreichend. Vielmehr sei eine Reform der ganzen Geburts- und Wochenbetthygiene anzustreben. Die einzelnen Organe, Aerzte, Hebammen, Pflegerinnen, müßten bewußt mit einander arbeiten. Dies sei nur durch Gründung von Wöchnerinnenasylen möglich, deren es in Deutschland bis jetzt 18 gebe. Alle bedürftigen und in schlechten häuslichen Verhältnissen lebenden Frauen müssen hier aufgenommen werden, und zwar unentgeltlich. In dem Asyl werden gleichzeitig Pflegerinnen ausgebildet, die an das Mutterhaus contractlich gebunden sind, und könnten auch Hebammen gründlich unterrichtet werden, die unter sich zu einem geburtshilflichen Schwesterverband vereinigt, die frei prakticirenden Hebammen günstig beeinflussen könnten. Die Communen müßten aber die Gründung solcher Wöchnerinnenasyle in die Hand nehmen, sie dürfen keine Wohlthätigkeitsinstitute sein.

Friedländer (Lauenburg) ist gegen solche Asyle, weil sie in den ärmeren Gegenden nicht durchführbar sind. Für kleinere Kreise genüge die Aufsicht des Physicus. Der Uebelstand liege in unserem socialen Elend, das besonders in kleinen Dörfern zum Ausdruck komme.

Fehling (Halle) steht den Ausführungen Sch.'s sympathisch gegenüber. Der aufsichtführende Arzt muß ausübender Geburtshelfer sein. Schwere Puerperalerkrankungen kommen gerade in der besseren Praxis vor. Unter aseptischen und antiseptischen Cautelen lasse sich auch in der Wohnung der Armen eine Geburt aseptisch leiten. Die Wöchnerinnenasyle genügen allein nicht; der Hebammenstand muß sich aus den gebildeteren Classen recrutiren und dadurch gehoben werden; man solle aus ihnen Geburtshelferinnen neben den bisherigen Hebammen schaffen; denn der Name schrecke viele Gebildete von dem Berufe ab. Diese Geburtshelferinnen müßten nach der gesetzlichen Lehrzeit noch zweijährige Curse an einem geburtshilflichen Institut durchmachen, dürften aber nur im Nothfalle die Wendung und Extraction machen. Ein Theil der Puerperalerkrankungen falle den Aerzten zur Last.

Prochownik (Hamburg) weist auf die neu geregelten Hamburger Verhältnisse hin, wo jede Hebamme zu regelmäßigen Temperaturmessungen verpflichtet sei. Jede Temperatursteigerung sei innerhalb 24 Stunden anzuzeigen, die Hebammen werden, wenn in ihrer Praxis eine fieberhafte Erkrankung vorgekommen, sofort in die Desinfectionsanstalt geschickt. Die meisten gemeldeten Fälle seien solche, wo neben der Hebamme Aerzte mitgewirkt hätten. Dem Physicus ist ein Geburtshelfer als Adjunct zur Seite zu stellen.

Doornkaat (Hamburg) will entweder das Hebammeninstitut ganz beseitigt wissen oder wenigstens verboten sehen, daß die Hebammen Placentarlösungen vornehmen und mit der ganzen Hand in die Scheide eingehen können. Er hat nicht bemerkt, daß in Hamburg die Zahl der Kindbettfieber geringer geworden ist. Die reinen Unterlagen und aseptische Watte sollen den Hebammen gratis geliefert werden; doch ist auch er für Wöchnerinnenasyle.

Riedel (Lübeck) will die Aufsicht dem Physicus reservirt wissen.

Leopold (Dresden): Das Bedürfniß nach einer Reform sei abhängig von den localen Verhältnissen; so seien in Sachsen, wo das Hebammeninstitut staatlich organisirt (Districtshebammen) ist, die Verhältnisse ganz vorzügliche. Finde eine Districtshebamme ihr Brot nicht, so könne sie staatlich subventionirt werden. Diese Hebammen sind dem Bezirksarzt unterstellt. L. weist auf die Schwierigkeit in der Wahl der Aufsichtsärzte hin. Das Ausbildungsmaterial an kleineren Hebammenschulen sei zu klein. In besseren Kreisen besteht eine Scheu, von gebildeten Damen niedrige, schmutzige Hilfeleistung anzunehmen; deshalb sei die Schaffung solcher Geburtshelferinnen im Sinne von Fehling nicht wohl angängig. Die Hebammenzeitung habe einen Uebermuth unter den Hebammen großgezogen.

Henfnitz (Siegen) ist für eine energische Reform des Hebammenwesens, die Schülerinnen müssen vorsichtiger ausgewählt und die Lernzeit verlängert werden.

Schatz (Schlußwort): In besseren Ständen sei im Allgemeinen keine höhere Intelligenz als in den niederen. Die besten Elemente heiraten; als Hebammenschülerin melde sich, was übrig bleibe. Sch. ist nicht gegen Asyle, doch verlange er eine staatliche Organisation derselben. Die Physici haben neben dem Aufsichtsarzte auch in Mecklenburg noch die Controle in Händen. Wichtig sei, daß die Aerzte die Sache nicht aus der Hand geben. Auch die Aerzte seien viel an dem Puerperalfieber schuld, nicht blos die Hebammen, auch für erstere seien die vorgeschriebenen Geburtslisten eine gute Controle. Er empfehle deshalb nochmals die in Mecklenburg herrschende Organisation des Hebammenwesens zur Einführung in anderen Staaten.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 4. December 1895.

Vorsitzender: Prof. OBERSTEINER.

Dr. FRIEDRICH PINELES demonstrirt (aus der Abtheilung PAL) einen Fall von Tabes, der wegen der in Betracht kommenden ätiologischen Momente von besonderem Interesse erscheint. Der 36jährige, aus Russisch-Polen stammende Patient bietet folgende Symptome dar: Genuine, sehr weit vorgeschrittene Sehnervenatrophie, reflectorische Pupillenstarre und fehlende Patellarsehnenreflexe, während Coordinationsstörungen und Störungen von Seiten der Sensibilität fehlen.

Sein gegenwärtiges Leiden führt Pat. auf einen Unfall zurück, den er vor 15 Jahren während seiner Dienstzeit beim Militär erlitten hatte. Damals stürzte er beim Abspringen von einem Wagen auf die linke Seite und zog sich eine Verrenkung des linken Oberschenkels zu. Er lag 6 Monate im Lazareth, wurde dann superarbitrirt und musste sich noch einige Monate zu Hause ruhig verhalten, da sich der Zustand nur langsam besserte. Einige Monate später stellten sich das erstemal Schmerzen von ziehendem und reißendem Charakter in dem von dem Unfall direct betroffenen linken Beine ein. Diese Schmerzen kamen in größeren und kleineren Intervallen immer wieder; seit einigen Jahren verspürt er Schmerzen von ähnlichem Charakter auch im rechten Bein. Sommer 1894 durch mehrere Wochen Doppeltsehen; etwas später bemerkte P. eine Abnahme des Sehvermögens zuerst am rechten und dann am linken Auge. Seit 2 Monaten besteht fast vollkommene Amaurose; Magen- und Darmkrisen, Blasenbeschwerden waren nie vorhanden.

Pat. stammt aus gesunder Familie und erfreute sich in seiner Jugend der besten Gesundheit. Potus leugnet er; eine luetische Affection stellt er ganz entschieden in Abrede. Er betheuert, vor seiner Verheiratung nie geschlechtlichen Verkehr gepflogen zu haben. Die Frau des Pat. war achtmal schwanger; die ersten 3 Geburten waren Todtgeburten (im 3., resp. 5. und 7. Schwangerschaftsmonat). Das 4. Kind ist 11 Jahre alt und gesund. Das fünfte 9 Jahre alt. Das 6. starb an Masern. Die 2 letzten Kinder leben. Die Frau war angeblich immer gesund.

Während die 3 Fehlgeburten der Frau des Patienten eine vorausgegangene luetische Infection vermuthen ließen, sprachen die sonstigen Angaben dafür, daß die Tabes sich im Anschluß an ein Trauma entwickelt habe. Da die Gegner der ERB-FOURNIER'schen Theorie von dem Zusammenhang zwischen Tabes und Lues bekanntlich verschiedenen anderen Momenten, darunter auch dem Trauma, eine große Bedeutung bei der Entstehung der Tabes zugeschrieben haben, erschien es gerade in dem vorliegenden Falle wünschenswerth, die Lues mit Sicherheit nachzuweisen. Nach längerem Examiniren gestand auch die Frau des Pat., im Frühjahr d. J. unter Schmerzen in der Lebergegend und nachfolgender Leberschwellung und Verhärtung erkrankt zu sein, welche Beschwerden auf eine energische Schmiercur vollkommen zurückgingen. Ferner gelang es, ausfindig zu machen, daß das vierte, jetzt 11 J. alte Kind im Alter von 2 J. einen pustulösen Ausschlag gehabt habe, der nach dem Gebrauch von Sublimatbädern verschwand. Somit erscheint eine syphilitische Affection mit großer Wahrscheinlichkeit festgestellt. Was die Bedeutung des Trauma anlangt, so können Trauma und Lues unmöglich als gleichwerthige ätiologische Momente in Betracht gezogen werden, da es nicht angeht, anzunehmen, daß Tabes das eine Mal durch ein Luesgift und das andere Mal durch ein Trauma hervorgerufen werde. Das Trauma kann höchstens nur als untergeordnetes Moment in Betracht kommen, insofern als es vielleicht auf die Localisation der ersten Tabessymptome bei dem durch die vorausgegangene luetische Infection zur Tabes prädisponirten Patienten von Einfluß gewesen ist.

Dr. Emil Kohn berichtigt eine in der letzten Sitzung gemachte Aeußerung.

Dr. H. SCHLESINGER demonstrirt einen Fall von musikalischem diastolischen Distanzgeräusch über der Aorta aus der Klinik Prof. Schrötter's.

Derartige Geräusche nehmen in der Pathogenese der Herzkrankheiten eine ganz andere Stellung ein, wie die systolischen. Während systolische Geräusche oft nur für den Kliniker Interesse darbieten, sind diastolische Geräusche auch für den Praktiker von Wichtigkeit, zumal wenn sie plötzlich und an der Aorta auftreten. Die diastolischen musikalischen Geräusche über der Aorta können — wie SCHRÖTTER gezeigt hat — in der Weise zu Stande kommen, daß ein durch das Ostium der Aorta gespannter Sehnenfaden von dem regurgitirenden Blutstrom in Schwingung versetzt wird. Man hat bereits zu wiederholten Malen constatiren können, daß bei Kranken, welche man längere Zeit hindurch beobachtet hat, plötzlich ein solches Geräusch auftrat; ein derartiger Fall ist auch der gegenwärtige. Die Untersuchung des Patienten ergibt: an der Herzspitze ein anscheinend durch Systole und Diastole hindurchgehendes musikalisches Geräusch; am unteren Sternalende einen systolischen Ton und daran sich schließend ein exquisit musikalisches Geräusch in der Diastole; über der Aorta ein lautes diastolisches musikalisches Geräusch, welches bis auf eine Entfernung von $^1/_2$ Meter vom Thorax hörbar ist und welches auch in den größeren peripheren Arterien (Subclavia, Carotis, Vertebralis) beiderseits wahrzunehmen ist. Aus der Verlagerung des kräftigen Spitzenstoßes nach außen von der Mamillarlinie, aus der Celerität des Radialispulses, dem Tönen der peripheren Arterien und dem exquisiten Capillarpulse läßt sich mit Sicherheit eine Aorteninsufficienz diagnosticiren, und da man am Herzen kein anderes als die erwähnten Geräusche hört, muß man wohl annehmen, daß das musikalische Geräusch am Aortenostium entstehe. Der Kranke leidet seit Frühjahr dieses Jahres an Herzklopfen. Im Juli bekam er eines Tages plötzlich ungemein starkes Herzklopfen und hörte zu seinem Erstaunen ein Summen, das ihm aus der Brust zu kommen schien; seit jener Zeit hört er dieses Geräusch, besonders wenn er steht. Aus diesen Angaben läßt sich entnehmen, daß im Juli d. J. plötzlich eine Veränderung im Herzen eingetreten sein dürfte, welche das musikalische Geräusch erzeugte. Da diese Veränderung plötzlich aufgetreten ist, ist es wahrscheinlich, daß eine Semilunarklappe perforirt wurde und von ihr ein dünner Saum abgetrennt wurde, welcher nun dem Rande dieser Klappe entspricht, bei Klappenschluß inmitten des Aortenlumens liegt und durch den regurgitirenden Blutstrom in Schwingungen versetzt wird, wie dies schon in mehreren Fällen der Literatur, besonders von SCHRÖTTER, berichtet wird. Vortragender hat bisher zwei Fälle von musikalischem diastolischem Aortengeräusch gesehen. Bei dem ersten Falle bestätigte die Section die in vivo an der Klinik SCHRÖTTER gestellte Diagnose: Klappenperforation in Folge von Endocarditis ulcerosa. In dem zweiten Falle war ein Aneurysma der Aortenklappen durchgebrochen, und hatte sich dadurch ein dünnes im Blutstrom schwingendes Bändchen gebildet, welches dem Klappenraume entsprach. Mit Rücksicht auf diese zwei Fälle und auf die Befunde in der Literatur möchte Vortr. hier eine Aortenklappenperforation diagnosticiren. Merkwürdig ist es nun, daß das diastolische Geräusch sich entgegen dem Blutstrome fortpflanzt, was vielleicht so zu erklären ist, daß das Geräusch nicht mit der Blutwelle geht, sondern mit der Gefäßwand fortgeleitet wird.

Dr. RUDOLF HIRSCH: Zur Klinik der Halsrippen.

Nach einer kurzen Einleitung und Besprechung der anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse der Halsrippe kommt Vortragender auf die Symptomatologie der letzteren zu sprechen: Die durch die Halsrippe bedingten Symptome lassen sich in anatomische und functionelle eintheilen; zu den ersteren gehören: das Fehlen der normalerweise vorhandenen Einsenkung zwischen lateralem Rande des M. sternocleidomastoideus und Clavicula, die hohe, oberflächliche Pulsation der Art. subclavia und das Vorhandensein eines Tumors in der Supraclaviculargrube von ganz charakteristischer Gestalt. Die functionellen Symptome bestehen in Circulationsstörungen und Erscheinungen, die durch Druck auf den Plexus brachialis verursacht werden; erstere äußern sich in Compression der Gefäße, Thrombose derselben und Aneurysmenbildung an der Art. subclavia, letztere führen zu motorischer Parese, Sensibilitäts- und vasomotorischen Störungen, sowie zu Anomalien der Schweißsecretion und neuralgischen Schmerzen.

Des Weiteren erörtert der Vortragende die Frage, warum Halsrippen, die doch angeborene Mißbildungen sind, wenn überhaupt, erst in späteren Jahrzehnten zu Erscheinungen am Lebenden führen,

und bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen Halsrippen und Exostosen der 1. Brustrippe.

Ferner wird die Wichtigkeit der Halsrippe im Allgemeinen sowohl für den Chirurgen als den Internisten und Neuropathologen hervorgehoben und hiebei auf die Arbeiten QUERVAIN's, ARON's und BERNHARD's hingewiesen.

Vortragender bespricht nun eingehend einen im September d. J. an der Klinik SCHRÖTTER von ihm beobachteten interessanten Fall von einseitiger Halsrippe, welcher einige bis jetzt noch nicht beschriebene Symptome aufwies. Die von ersterer verursachten Erscheinungen bestanden in Schwäche des rechten Armes, Parästhesien, Sensibilitäts-, vasomotorischen und Störungen der Schweißsecretion, sowie exquisiter Druckschmerzhaftigkeit des Plexus brach. und dem Vorhandensein eines Tumors in der Fossa supraclavicularis von charakteristischer Gestalt und außerordentlicher Schmerzhaftigkeit. Die Druckempfindlichkeit des Plexus in der Fossa supraclavicularis und in der Axilla wird auf Neuritis incipiens zurückgeführt. Die schweren Erscheinungen von Seiten des Plexus brach. sind wahrscheinlich durch Compression bedingt; die letztere wird nach der Ansicht HIRSCH's in diesem Falle durch eine Periostitis der Halsrippe verursacht, woraus sich auch die Schmerzhaftigkeit der letzteren erklärt. Die durch die Periostitis bedingte Schwellung verursacht durch Verengerung des für den Nerven bestimmten Raumes im Verein mit der Unmöglichkeit des Plexus, an dieser Stelle auszuweichen zu können, die relativ schweren Compressionserscheinungen. Zum Schluß berichtet Vortragender kurz über einen von ihm im Ambulatorium des Herrn Prof. v. MOSETIG beobachteten zweiten Fall von Halsrippe, in welchem Erscheinungen dadurch hervorgerufen wurden, daß der Callus einer fracturirt gewesenen Clavicula den Plexus gegen die Rippe andrückte.

Notizen.

Wien, 21. December 1895.

(Reform der medicinischen Studien- und Prüfungsordnung.) Vorgestern haben im Unterrichtsministerium die Verhandlungen der Enquête begonnen, welcher unter dem Vorsitze des Unterrichtsministers, Dr. Freih. v. GAUTSCH, die Ressortvertreter des Unterrichtsministeriums, Vertreter des Ministeriums des Innern (Hofr. KUSY und R. v. HOFMANN), der Referent Prof. S. EXNER, Vertreter der medicinischen Facultäten in Wien (Hofr. ALBERT), der deutschen Facultät Prag (H. CHIARI), der böhmischen Facultät Prag (B. v. JIRUS), Krakau (RYDYGIER), Graz (ROLLET), Innsbruck (v. VINTSCHGAU), die Landessanitätsreferenten von Niederösterreich, Böhmen und Galizien, ferner Prof. PUSCHMANN (Wien) und Prof. PONIKLO (Krakau), endlich die Vertreter der unten genannten Aerztekammern mit Ausnahme des erkrankten Delegirten der Triestiner Kammer beiwohnten. Von den den Mitgliedern der Enquête vorgelegten 14 Fragen wurden am ersten Verhandlungstage sechs erledigt. Beschlossen wurde u. A.: Abschaffung der naturhistorischen Vorprüfungen, Einführung von Zwangscollegien (Secirübungen, Kliniken) und Verpflichtung jedes ordentlichen Hörers, mindestens zwanzig Stunden wöchentlich von den obligaten Lehrgegenständen zu inscribiren. — Ueber den weiteren Verlauf der Enquête werden wir berichten.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 17. d. M. abgehaltenen Plenarsitzung der Wiener Kammer wurden zahlreiche wichtige Agenden erledigt. Nicht ohne Interesse war zunächst die Mittheilung des Cassendirectors Dr. TELEKY, daß im Jahre 1894 von 1424 kammerpflichtigen Aerzten 414, im Jahre 1895 von 1683 Aerzten bisher 515 die Kammerbeiträge nicht entrichtet haben. Hierauf erstattete Prof. HOFMOKL das Referat betreffend die Bekämpfung der Laienmassage im Sinne der von den ärztlichen Vereinen des I., II. und der südlichen Bezirke gefaßten Resolutionen (s. „Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 18), beantragte aber gleichzeitig, den praktischen Aerzten Wiens die Erfüllung folgender Vorbedingungen zu empfehlen:

1. Es wäre erwünscht, daß die Massage zu Heilzwecken mehr Gemeingut der praktischen Aerzte werde, was, bei gegenwärtiger Ermangelung einer derartigen staatlichen Lehranstalt, nur durch einen gründlichen privaten Unterricht bei einem in dieser Specialität anerkannten Fachmanne des In- oder Auslandes zu erreichen wäre.

2. Die Honoraransprüche für Massage dürften die gewöhnlichen ärztlichen Besuche nicht viel übersteigen.

3. Alle, die Massage zu Heilzwecken ausübenden praktischen Aerzte müßten in den ämtlichen und nichtämtlichen Ausweisen über die Aerzte Wiens durch das Wörtchen „Masseur" deutlich ersichtlich gemacht werden zur allgemeinen Kenntniß für das Hilfe suchende Publicum, sowie auch für jene praktischen Aerzte, die selbst nicht massiren.

Die Kammer hat die Beschlußfassung über diese Anträge, auf welche wir noch zurückkommen werden, vertagt, um dieselben gleichzeitig mit der demnächst vorzulegenden Standesordnung in Verhandlung zu ziehen. — In eingehender Weise beschäftigte sich die Kammer mit der Frage der Revision der medicinischen Studien- und Prüfungsordnung, deren Enquête-Berathung soeben im Unterrichtsministerium stattfindet. Das Referat des ständigen Referenten dieses Ministeriums, eines Mitgliedes des Wiener Professorencollegiums, welches weder bei diesem, noch bei den anderen Collegien besonderen Anklang gefunden hat, erfuhr in der informativen Discussion der Wiener Kammer, deren Präsident, Dr. HEIM, gleich den Präsidenten der mährischen, böhmischen, westgalizischen, steiermärkischen, Kärntner, Tiroler und Triestiner Kammern, der Enquête beigezogen wurde, lebhafte Gegnerschaft zahlreichen Punkten gegenüber. Während das Referat in Betreff der vom letzten Aerztevereinstage einhellig befürworteten obligatorischen Spitalpraxis vor Gestattung der ärztlichen Privatpraxis (Antrag VALENTA) absieht, weil, nach Ansicht des Referenten, die Studienzeit des Arztes ungebührlich verlängert würde, was dem auf dem flachen Lande bestehenden Aerztemangel gegenüber unthunlich sei, der Arzt vielmehr „in der Praxis lernen" und dem Studierenden durch Heranziehung von Docenten und der die Venia legendi besitzenden Primar- und ordinirenden Aerzte zu klinischen Vorlesungen die Möglichkeit praktischer Ausbildung schon während des Quinquenniums geboten sei, sprach sich die Kammer für eine obligatorische zweijährige Spitalpraxis aus, in welche das von einjährig-freiwilligen Militärärzten in einem Garnisonsspitale abzuleistende Halbjahr einzurechnen wäre. Die medicinischen Prüfungen betreffend, stimmte die Kammer dem Referate, welches die Auflassung der naturhistorischen Vorprüfungen und die Einführung einer obligatorischen theoretisch-praktischen Prüfung (dem bisherigen I. Rigorosum entsprechend) nach absolvirtem 4. Semester befürwortet, zu, konnte sich aber mit dem Vorschlage des Referates, bei dem nach absolvirtem 8. Semester abzulegenden II. Rigorosum eine nochmalige Prüfung aus Anatomie und Physiologie vorzunehmen, sowie die obligatorischen vier Semester über interne Medicin und Chirurgie auf drei Semester zu restringiren (gleichzeitig wird Erhöhung der obligatorischen Studienzeit für Geburtshilfe und Gynäkologie von ein auf zwei Semester, ferner je ein Semester für Augenheilkunde, Pädiatrie, Psychiatrie, sowie für Dermato- und Syphilidologie beantragt), nicht befreunden und schloß sich den Beschlüssen des Wiener und Prager deutschen Professorencollegiums, die theoretischen Prüfungen mit Ausnahme des I., nach absolvirtem 4. Semester abzulegenden Rigorosums aufzulassen und dafür den praktischen Einzelprüfungen am Krankenbette und Phantom breiteren Raum zu gönnen, an, „da es die Aufgabe und Pflicht der Universität sei, praktische Aerzte zu erziehen". Dem vom Referenten vorgeschlagenen Studienplane stimmte die Kammer nicht bei, tritt vielmehr — mit der einzigen Beschränkung der obligatorischen Prüfung aus den theoretischen Fächern nach dem 4. Semester — für die der Hochschule einzig würdige Lehr- und Lernfreiheit ein.

(Deutsche Section der Aerztekammer für Böhmen.) Aus Prag wird uns berichtet: In der am 12. d. M. stattgehabten Sitzung der deutschen Section der Aerztekammer für Böhmen ist über eine Reihe höchst wichtiger Angelegenheiten berathen und Beschluß gefaßt worden. Nach Genehmigung des Berichtes über das ärztliche Reclamewesen (Ref. HANISCH-Reichenberg) und über die Honorarfrage (MARIAN Aussig) erstattete Prof. v. ROSTHORN das Referat bezüglich der Regelung der Laienmassage, welches in folgenden, von der Section einstimmig genehmigten Schlußsätzen gipfelt: Die Massage ist anerkanntermaßen ein für eine große Anzahl von Krankheitsfällen vorzügliches Heilverfahren, wenn es

von kundiger Hand in entsprechend gewählten Fällen ausgeübt wird. Unverständniß in der Auswahl und Mangel an Technik können schwere Nachtheile, ja Gefahren für das Leben der Behandelten herbeiführen. Es erscheint daher geboten, daß die Massage nur von Aerzten geübt werde. Können oder wollen einzelne Aerzte sich nicht mit Massage befassen, so mögen dieselben im Interesse ihrer Clienten die Behandlung jenen Collegen zuweisen, welche Eignung und Neigung für diese Art der Therapie besitzen. Nur in ganz bestimmten, klaren und nicht zu gefährdenden Fällen könnte Massagebehandlung auch Laien übertragen werden. Dieselbe hat dann genau nach Angabe und unter steter Controle des behandelnden Arztes zu geschehen, welcher auch die Verantwortung für diese Behandlung zu tragen hat. Sonst ist die Laienmassage auf allgemeine Körpermassage zu beschränken. Aber auch diese soll nur von solchen Personen geübt werden können, welche die entsprechende Ausbildung in staatlichen Krankenanstalten (chirurgischen Kliniken und Polikliniken) genossen und über ihre technische Befähigung von den betreffenden klinischen Vorständen ärztliche Zeugnisse erhalten haben Die Ausübung der Massage an Kranken durch Laien ohne Verordnung und Zuweisung des Arztes ist behördlich zu verbieten und in Uebertretungsfällen entsprechend schwer zu bestrafen. „Eine Regelung dieses Erwerbszweiges durch das Gewerbegesetz ist anzustreben." Im Sinne dieser Ausführungen wird von der deutschen Section eine Eingabe an die Behörden gemacht werden. — Ein zweites Referat des Prof. v. ROSTHORN betraf die Stellungnahme der Kammer zur Zweitheilung der Hebammenschule in Prag. Referent wies auf die aus der bisherigen einheitlichen Hebammenklinik resultirenden Uebelstände hin und beantragte, eine Petition an das Ministerium zu richten, daß die bisherige Hebammenschule in der Landesgebäranstalt in eine deutsche und czechische Schule mit je einem Vorstande, der gleichen Anzahl von Assistenten, Operationszöglingen, Aerzten, Schulhebammen und Wärterinnen getheilt werde, daß jeder Schule die Hälfte des gegenwärtigen Materiales zuzuweisen und für die deutsche Schule 2 Curse von je 5monatlicher Dauer einzurichten seien. Dieselbe Petition sei auch an die beiden Häuser des Reichsrathes zu richten. Auch dieser Bericht wurde einstimmig genehmigt — Einen weiteren Programmpunkt bildet die Berathung über die Gründung von Wohlfahrtseinrichtungen durch die deutsche Section. Im Sinne des von Dr. M. WEISS (Prag) erstatteten Referates wurde beschlossen, eine Krankencasse für die deutschen Aerzte in Böhmen zu errichten, und der Vorstand zur Einleitung der nöthigen Schritte zur Gründung einer Krankencasse beauftragt. — Schließlich wurde der Entwurf einer Geschäftsordnung für das ehrenräthliche Verfahren der Kammer (Referent Dr. HERRNHEISER) durchberathen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrirte zunächst Assistent Dr. A. KREIDL zwei Katzen, bei welchen das Labyrinth, bei dem einen Thier vor 9 Monaten beiderseitig, bei dem anderen vor 4 Wochen einseitig, zerstört worden war. Diese Operation, welche von KREIDL als dem Ersten an Katzen nach von ihm angegebener Methode ausgeführt worden war, erzeugte bei den Thieren jene charakteristischen Störungen des Gleichgewichtes, auf welche schon BREUER in seiner grundlegenden Arbeit über diesen Gegenstand hingewiesen hat. Allerdings erwiesen sich die Thiere nicht als völlig desorientirt, weil so hochentwickelte Thiere, wie die Katzen, es im Laufe der Zeit lernen, sich mit Hilfe anderweitiger Sinnesorgane (Tastsinn, Gesicht) bis zu einem gewissen Grade zu orientiren. — Hierauf begann Prof. ENGLISCH einen Vortrag „Ueber die neueren Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie", welchen er in der nächsten Sitzung zu beendigen gedenkt. Wir behalten uns vor, über diesen Vortrag in continuo zu berichten.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 14. d. M. wurde zunächst ein Gutachten erstattet über die Vorkehrungen, welche bei Ertheilung des klinischen Unterrichtes an Infectionskranken zu beobachten sind, sowie über die unumgänglichen Einrichtungen, welche bei Einrichtung von Infections-Krankenabtheilungen, die zum klinischen Unterrichte dienen sollen, als nothwendig erscheinen. Der Oberste Sanitätsrath betonte die Nothwendigkeit, daß auch bezüglich der Infectionskrankheiten ein ausreichender praktischer klinischer Unterricht ermöglicht werde, und erörterte ausführlich die sanitätspolizeilichen Vorsichtsmaßregeln sowohl bei Errichtung von klinischen Infections-Krankenpavillons, als auch bei Ertheilung des praktischen klinischen Unterrichtes am Krankenbette, bei deren Beobachtung die Erreichung des Zweckes unter Hintanhaltung der Gefahr der Verbreitung der Infectionskrankheiten in Folge dieses Unterrichtes möglich erscheint. Hiebei wurde auf die wissenschaftlichen Erfahrungen über die Ansteckungsfähigkeit der einzelnen Infectionskrankheiten entsprechend Rücksicht genommen. — Ferner wurde ein Gutachten abgegeben über die Frage, inwiefern die insbesondere in einigen südlichen Gegenden des Reiches gewerbsmäßig betriebene Herstellung von Kunstwein unter Anwendung großer Quantitäten von Tamarindenextract als gesundheitsschädlich anzusehen sei. Der Oberste Sanitätsrath unterzog die Darstellungsweise des gedachten Kunstweines, sowie auch die pharmakologisch festgestellte Wirkungsweise des Tamarindenextractes auf den menschlichen Organismus einer genauen Erörterung und gelangte zum Beschlusse, daß einer derartigen Kunstweinproduction aus öffentlichen sanitären Rücksichten entschieden entgegengetreten werden sollte.

(Zur Organisation des Sanitätsdienstes in Oesterreich.) Das Abgeordnetenhaus hat im Laufe dieser Woche die Gesetzesnovelle betreffend die Reorganisirung des Status der österreichischen Sanitätsbeamten durchberathen, und fast conform der Regierungsvorlage, welche wir in Nr. 29 dieses Jahrganges wörtlich reproducirt haben, in dritter Lesung zum Beschluß erhoben. Damit haben die Stellung und die Bezüge der Amtsärzte eine vorläufige Regelung erhalten, die zwar einer entschiedenen Besserung der bisherigen Verhältnisse gleichkommt, aber noch lange nicht geeignet ist, einer großen Reihe von Wünschen, und darunter nur zu berechtigten, zu entsprechen. Der Gesetzesvorlage gemäß sollen der X. Rangsclasse („Sanitätsconcipisten") ein Fünftel, der IX. („Bezirksärzte") drei Fünftel, der VIII. („Bezirksoberärzte") ein Fünftel des Personalstatus angehören, so daß sich die Zahlenverhältnisse gegen früher in folgender Weise gestalten würden:

Sanitätsreferenten	VI.	Rangsclasse	14	(bisher 14)
Sanitätsinspectoren	VII.	„	7	(„ —)
Bezirksoberärzte	VIII.	„	69	(„ —)
Bezirksärzte	IX.	„	206	(„ 134)
Sanitätsconcipisten	X.	„	68	(„ 206)

Außerdem würden zur Heranziehung eines geeigneten Nachwuchses Sanitätsassistenten mit und ohne Adjuten bestellt werden. — An der Generaldebatte über die Vorlage betheiligte sich eine Reihe von Redne.n (DVORZAK, ROSER, HOFMANN V. WELLENHOF, V. WIEDERSPERG, SCHÜCKER, V. WIKLOWIEVSKI), welche mit warmen Worten für die Sache der Amtsärzte eintraten. Insbesondere die Ausführungen des Abgeordneten Dr. DVORZAK haben wir für bedeutend genug gehalten, um sie an anderem Orte dieses Blattes in extenso wiederzugeben. In der Specialdebatte wurde die Bezeichnung „Bezirksoberärzte" in „Oberbezirksärzte" umgewandelt. Hingegen wurden der Antrag des Abgeordneten BENDEL, daß von der für jedes Verwaltungsgebiet systemisirten Gesammtzahl der Amtsärzte in der Regel ein Fünftel der X., zwei Fünftel der IX. und zwei Fünftel der VIII. Rangsclasse angehören sollen, ferner der Abänderungsantrag des Abgeordneten Dr. SCHAMANEK, dahingehend, daß nur Sanitätsassistenten mit Adjutum bestellt werden können, abgelehnt. Mehrere im Laufe der Debatte beantragte Resolutionen wurden zum Beschluß erhoben. Es sind dies die Resolution Dr. HOFMANN V. WELLENHOF'S, wonach von der Bezeichnung „Sanitätsconcipisten" abzusehen und dafür die frühere Bezeichnung „Bezirksärzte II. Classe" beizubehalten sei, ferner die Resolution Dr. SCHÜCKER'S, durch welche die Regierung aufgefordert wird, Vorkehrungen zu treffen, daß die zurückgelegte, zur Ablegung der Physicatsprüfung nothwendige dreijährige ärztliche Praxis der k. k. Bezirksärzte in deren Dienstzeit eingerechnet werde, endlich die Resolution des Abgeordneten PERIC, welcher die Bestellung eines Sanitätsinspectors für Dalmatien beantragte. Das neue Gesetz soll mit 1. Juni 1896 in Kraft treten, und es werden dann, wie der Regierungsvertreter, Sectionschef Freiherr v. ERB, in der Debatte bemerkte, an einem und demselben Tage 7 Bezirksärzte der IX. Rangsclasse in die VII., 69 Bezirksärzte der IX. Rangsclasse in

die VIII. und 148 Bezirksärzte und Sanitätsconcipisten von der X. in die IX. Rangsclasse vorrücken.

(Universitäts-Nachrichten.) Dr. HERMANN SCHLESINGER, Assistent an der Klinik v. SCHRÖTTER, hat sich als Docent für interne Medicin an der Wiener medicinischen Facultät habilitirt. — Dem Docenten Dr. ANTON ELSCHNIGG ist die an der Grazer Facultät erworbene Venia legendi für Augenheilkunde für die medicinische Facultät der Wiener Universität als giltig anerkannt worden.

(Wiener dermatologische Gesellschaft.) In der diesmonatlichen administrativen Sitzung dieser Gesellschaft wurde die Neuwahl des Vorstandes für das Jahr 1896 vorgenommen. Gewählt wurden Hofrath NEUMANN zum Präsidenten, Prof. FINGER zum Vicepräsidenten und die DDr. J. RILLE und Polizeibezirksarzt K. FUCHS zu Schriftführern.

(Cholera.) In der Woche vom 10.—16. December wurden aus Galizien 11 Erkrankungen und 7 Todesfälle (gegen 19 Erkrankungen und 13 Todesfälle in der Vorwoche) an Cholera asiatica gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August l. J. constatirten Choleraerkrankungen beträgt 424, die Mortalität 65·5%.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Rostock der o. Prof. der Anatomie Dr. A. v. BRUNN im 46. Lebensjahre; in Berlin der prakt. Arzt Dr. JULIUS SKAMPER.

Ueber locale Anästhesie mit Kelen

(Aethylenchlorid der kleinen Chirurgie).

Von **Dr. Albert Fischl,** Bruderladenarzt in Dux.

Das Präparat, welches in Glasröhrchen mit eigenem Verschlusse verschickt wird und dessen anästhesirende Wirkung auf die Haut oder Schleimhäute beim Zerstäuben dadurch zu Stande kommt, daß die Haut zum Gefrieren gebracht wird, ist seit mehreren Jahren bereits im Gebrauch, doch hat es sich bei den praktischen Aerzten noch nicht jenen Eingang verschafft, den es in vielen Fällen verdient. Besonders ist jenes Mittel für den praktischen Arzt auf dem Lande willkommen, der in vielen Fällen auch geringere chirurgische Eingriffe zurückweisen muß, weil er eine allgemeine Anästhesie mit Chloroform allein nicht ausführen kann, dagegen ein Mittel, das ihn in die Lage setzt, die locale Anästhesie sicher zu beherrschen, bisher vermissen mußte.

Das Cocain, das gewiß in vielen Fällen dem praktischen Arzte große Dienste leistet, hat jedoch deswegen eine Einschränkung in seiner Anwendung erfahren, weil es bei schwachen Individuen schlimme Intoxicationserscheinungen hervorruft und weil es in die zu anästhesirenden Stellen injicirt werden muß. Die Injectionen in **entzündete Stellen** sind jedoch an und für sich sehr schmerzhaft, und daher ist es nicht richtig, wenn man die Cocainanästhesie als vollkommen schmerzlosen Eingriff bezeichnet hat.

Das **Aethylenchlorid** dagegen ermöglicht es dem praktischen Arzte die locale Anästhesie da hervorzurufen, wo das Cocain nicht gut angewendet werden kann. Da es immerhin viele Zweifler unter den praktischen Aerzten gibt, welche nur mit großem und oft berechtigtem Mißtrauen ein neues Mittel, sei es welcher Art immer, aufnehmen, so ist es angezeigt, wenn auch von Seite praktischer Aerzte und nicht nur von Seite der Kliniken ein solches Mittel empfohlen wird. **Thatsächlich verdient es das Aethylenchlorid,** daß es nicht, kaum aufgetaucht, wieder verschwindet, sondern **daß es allerwärts Eingang findet.**

In der dem Präparate beigegebenen Beschreibung ist die Art der Anwendung genau und verständlich angegeben, so daß dies übergangen werden kann. Ich will hier nur auseinandersetzen, in welchen Fällen chirurgischer Art sich nun das Verfahren bewährt hat und namentlich wie es die weitverbreitete Cocainisirung nicht verdrängen, sondern nur ergänzen soll.

Obzwar es ursprünglich von einem Zahnarzt (Prof. REDARD) zur **Extraction von Zähnen** empfohlen ist, so gelingt es schwer, ohne große Beschwerden für den Patienten das Mittel anzuwenden, so daß auch ich das Kelen in diesem Sinne nicht brauchbar gefunden habe. Es muß das Kelen auf das Zahnfleisch des zu extrahirenden Zahnes aufgespritzt werden, und bei dieser Manipulation gelangt dasselbe in den Mund und wird eingeathmet, erzeugt Ueblichkeiten und Benommenheit. **Bei Phlegmonen der Haut,** wo es sich darum handelt, tiefe und lange Incisionen zur Entspannung der festen Gewebe auszuführen, ist das Aethylenchlorid unbezahlbar; man muß jedoch die zu bespritzende Stelle, in welche das Messer eingesenkt werden soll, mit Vaselin (am besten Jodoformvaselin) bestreichen, um das schmerzhafte Kältegefühl zu lindern. **Panaritien** und namentlich tiefe, periostale, wo das Messer bis auf den Knochen geführt werden soll, machen die besprochene Methode zu einer sehr bewährten; hier muß Kelen das Cocain verdrängen. **Bei Unguis incarnatus** wird der Nagelrand und der Nagelfalz so lange bespritzt, bis diese Stellen mit Eiskrystallen bedeckt sind, und dann gelingt es ohne jede Schmerzensäußerung von Seite des Patienten, die Hälfte des Nagels zu entfernen. Ein Mann, mit einer **Hydrocele** behaftet, der eine Radicaloperation verweigerte, und dem ich im Laufe eines Jahres bereits zweimal mittelst eines bleistiftdicken Troicars die Flüssigkeit abgelassen hatte, wollte zum drittenmal punctirt werden, jedoch möglichst schmerzlos; der dritte Theil einer 10grammigen Kelentube genügte, um die Punction in vollkommener Anästhesie zu vollenden. Ein übernußgroßes **Atherom an der Kopfhaut** einer 60 Jahre alten Frau wurde in vollkommener Anästhesie nach Anwendung des Aethylenchlorid exstirpirt.

Ich kann auf Grund der gesammelten Erfahrung, berichtete Dr. FISCHL im „Med.-chir. Centralblatt“, die Anwendung des Aethylenchlorids bei Vornahme von kleinen chirurgischen Eingriffen nur wärmstens empfehlen.

Wie leicht das Eisenalbuminpräparat **„Ferratin“** der Firma C. F. Boehringer & Söhne resorbirt wird, beweist neuerdings Dr. SCHMIEDEBERG in seinem Grundriß der Arzneimittellehre. Es heißt dort auf Seite 741:

„An Thieren kann man experimentell die Folgen des Eisenhungers nachweisen. **Ein kräftiger, lebhafter Hund, welcher nach einem mäßigen Aderlaß fünf Monate lang nur reine Milch als Nahrung erhielt, kam dabei allmälig so herunter, daß er die Milch nicht mehr zu sich nehmen wollte, stark an Körpergewicht verlor, beim Gehen hin- und herschwankte und schließlich dem Verenden nahe war. Als aber der Milch täglich 1 Grm. Ferratin zugesetzt wurde, fraß der Hund dieselbe mit großem Appetit und erholte sich binnen 14 Tagen unter Zunahme des Körpergewichts derartig, daß er so kräftig und lebhaft wurde, wie vor Beginn des Versuchs.“**

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der vorletzten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unsrer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

ANZEIGEN.

Nr. 52. Sonntag den 29. December 1895. XXXVI. Jahrgang.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Gross-Quart-Format stark. Hiezu eine Reihe ausserordentlicher Beilagen. Als regelmässige Beilage, aber zugleich auch selbstständig, erscheint die „Wiener Klinik", allmonatlich ein Heft im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Mediz. Presse"** in Wien, I., **Maximilianstrasse Nr. 4**, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn **Dr. Anton Bum, Wien, I., Hegelgasse Nr. 21.**

Abonnementspreise: „Mediz. Presse" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden nach Tarif berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von **Dr. Anton Bum.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Dieser Nummer liegen Titelblatt, Autoren-Verzeichniß und Sachregister für den Jahrgang 1895 bei.

An unsere Leser!

Wir stehen an der Schwelle eines neuen Jahres. Der **sechsunddreissigste Jahrgang** *der „Wiener Medizinischen Presse" ist mit vorliegender Nummer zum Abschluß gelangt, und in gewohnter Weise sei heute, an der Jahreswende, ein kurzer Rückblick gethan auf das im abgelaufenen Jahre Geleistete.*

Die schwierige Aufgabe eines Blattes, ein treuer Spiegel der Zeit zu sein, in welchem die Errungenschaften der Gegenwart reflectirt werden, die nicht leichtere Verpflichtung eines ärztlichen Organs, nur Fertiges, Verläßliches, und auch dies in übersichtlicher, orientirender Form, dem Leserkreise zu bieten, hat auch in diesem Jahre die Arbeitskraft der Redaction in hohem Maße in Anspruch genommen. Sie wurde in ihrem Streben mächtig gefördert durch die hingebende Unterstützung ausgezeichneter **Mitarbeiter** *und gewissenhafter Referenten, wie durch die präcise Arbeitsleistung fachkundiger Correspondenten des In- und Auslandes. All diesen langjährigen, treuen und verläßlichen Mitarbeitern, deren publicistische Thätigkeit nur einen Theil anerkannter wissenschaftlicher Leistung bildet, sei wiederholt Dank gesagt.*

Unser Dank gebührt aber auch unserem großen Leserkreise, aus dessen Mitte nicht nur Worte der Anerkennung, sondern auch der **Anregung** *an uns gelangt sind, Beweise des innigen Contactes, der seit jeher zwischen Redaction und Lesern der „Wiener Medizinischen Presse" besteht und welchem nicht in letzter Reihe unser Blatt die Erfolge zu verdanken hat, die es errungen und mit jedem Jahre neu erringt.*

Wir wollen auch in Zukunft die gewohnten Wege wandeln. Nach wie vor soll die „Wiener Medizinische Presse" eine **Zeitung** *sein, die, nicht nur die* **wissenschaftlichen** *Interessen ihrer Leser, sondern auch die* **wirthschaftlichen** *Interessen der Aerzteschaft im Auge haltend, dem Bedürfnisse des Arztes, die Fortschritte scientifischer Forschung und Arbeit auf allen Gebieten der Medicin und ihrer Hilfsdisciplinen zu verfolgen, Genüge leisten und das Bestreben der Aerzteschaft, die so tief gesunkenen socialen Verhältnisse des Standes zu verbessern, mannhaft und consequent unterstützen wird.*

Die vollständige **Unabhängigkeit** *unseres Blattes von jeder Clique, jedweder Partei, gestattet demselben, sein Programm unbehindert und rücksichtslos durchzuführen. „Fortiter in re, suaviter in modo", wie wir dies seinerzeit als Richtschnur unseres Handelns angekündigt, werden wir auch in Zukunft unsere volle Pflicht thun im Dienste der* **praktischen Aerzte,** *im Sinne unserer treuen, unsere Bestrebungen freundlich unterstützenden Leser, welche wir angesichts des neu beginnenden Jahres herzlichst begrüßen.*

Die Redaction der „Wiener Medizinischen Presse".

Originalien und klinische Vorlesungen.

Peritonitis, hervorgerufen durch Ruptur eines Ovarialhämatoms. — Laparotomie. — Heilung.

Mitgetheilt von **Dr. K. J. Boldt** in New-York.

Frau Emma L. kam zu mir in poliklinische Behandlung am 4. Januar 1890. Sie ist 31 Jahre alt, seit 10 Jahren verheiratet. Vor 9 Jahren wurde sie nach langer Geburtsdauer im 7. Schwangerschaftsmonat entbunden. Seit jener Zeit klagt Pat. über Unterleibsbeschwerden, zu welchen in letzter Zeit sich noch beständige heftige Kreuzschmerzen hinzugesellt haben. Die heftigsten Schmerzen sind in der linken Ovarialgegend. Obstipatio. Heftige Dysmenorrhoea. Die Untersuchung der herabgekommenen, sehr leidend aussehenden Pat. ergibt: Damm intact, Scheide geräumig, kleiner Cervixriß, Uterus anteflectirt, rechtes Ovarium und Tuba etwas verdickt, an normaler Stelle, schmerzhaft. Linkes Ovarium nebst Tuba tief gelegen, scheinbar bedeutend vergrößert, ungemein schmerzhaft, so daß eine genaue bimanuelle Untersuchung ohne Narkose unmöglich ist.

Am 8. Januar wurde mir in der Poliklinik berichtet, daß Pat. Tags zuvor einen plötzlichen heftigen Schmerz in der linken Ovarialgegend verspürt habe und gleich darauf ohnmächtig wurde; daß sich die Schmerzen über den ganzen Leib erstreckten und öfteres Erbrechen vorhanden wäre. Bei der Aufnahme ins Hospital ließ sich Peritonitis sofort constatiren. Die Temperatur schwankte zwischen 39·2° und 39·8° in der Achselhöhle bei einer Frequenz des kleinen Pulses von 120—130. Es wurde angenommen, obgleich kein definitiver Befund außer einer unbestimmten Vollheit im Douglas'schen Raum bei der vaginalen Untersuchung in Folge der dabei verursachten Schmerzen zu constatiren war, daß die Ursache ein mäßiger Eiteraustritt aus der linken vergrößerten Tube war. Eisbeutel und ein salinisches Abführmittel bildeten die eingeschlagene Therapie; später Morphium zur Schmerzstillung. Keine Besserung.

Der aufgetriebene tympanitische Leib nebst frequenter und schwächer werdendem Puls (140) ließen mir am 10. Januar bei einer Körpertemperatur von 39·6° in der Achselhöhle einen chirurgischen Eingriff für geboten erscheinen.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle trat sofort ein ziemlich bedeutendes Quantum blutig gefärbten Serums heraus. Aus dem Douglas'schen Raume wurden etwa 200 Grm. Blut und Coagula entfernt. Die linken Adnexa wurden abgebunden. Rechts schien mir die Entfernung nicht gerechtfertigt. Die Bauchhöhle wurde alsdann mit einer großen Quantität heißen Wassers ausgewaschen, wobei jedoch die Darmverlöthungen so wenig wie möglich gestört wurden. Kein Austupfen der Bauchhöhle. Schluß der Wunde. Die vorhergehende Therapie wurde mit Ausnahme von Narcotica fortgesetzt. Temperatur und Puls fielen sofort, so daß nach Verlauf der ersten 24 Stunden beide normal waren. Convalescenz ungestört. Das entfaltete linke Ovarium bot dem freien Auge einen überraschenden Anblick dar.

An der oberen hinteren Fläche des wenig vergrößerten, mit zahlreichen seichten Einkerbungen versehenen Eierstockes saß eine dunkelrothbraune, reichlich kirschengroße Geschwulst. Dieselbe war mit etwa einem Drittel ihres Umfanges fest in das Gewebe des Ovariums eingelagert, während mindestens zwei Drittel der Geschwulst frei in die Bauchhöhle hervorragten. Die Oberfläche dieser Geschwulst war kleinlappig und mit kleinen sammtartigen Hügeln besetzt. An der obersten Peripherie der Geschwulst befand sich ein 6 Mm. langer und $1\frac{1}{2}$ Mm. weiter Riß, von gefransten unregelmäßigen Rändern begrenzt, theilweise mit Blut und Blutgerinnseln erfüllt. Die Consistenz dieses Tumors war etwas weicher als jene eines normalen Ovariums.

Mit freiem Auge ließ sich demnach feststellen, daß es sich in diesem Falle um ein spontan geborstenes Hämatom handelte und die Frage mußte zunächst aufgeworfen werden: Wie ist dieses Hämatom entstanden? Eine Frage, die selbstverständlich nur durch mikroskopische Untersuchung gelöst werden konnte. Um die mikroskopischen Befunde verständlich zu machen, muß ich folgende historische Daten vorausschicken. Nach 4jährigen Studien von etwa 40 durch Laparotomie gewonnenen Ovarien hat Dr. Jones von Brooklyn (New-York) feststellen können, daß die Hämatome des Eierstockes aus Endothelienbildungen hervorgehen, in welchen eine starke Neubildung von cavernösen Blutgefäßen und gleichzeitig auch von Blut vor sich geht. Jones hat die Ergebnisse seiner, in Dr. C. Heitzmann's Laboratorium in New-York angestellten Forschungen im „New York Medical Journ." September 1889, veröffentlicht. Weiter fortgesetzte Studien haben ergeben, daß die Endotheliome aus der vielfach gewundenen, sogenannten structurlosen Wand von bei der Menstruation geborstenen Graaf'schen Follikeln hervorgehen. Die Follicularwand wird in Folge eines plastischen oder formativen Entzündungsprocesses allmälig verbreitert, wobei sie ihr gewundenes Aussehen beibehält. Die Verbreiterung der Follicularwand kann beträchtliche Dimensionen annehmen, indem in manchen Fällen nahezu das ganze Ovarium, sowohl Cortex wie Medulla, in solche gewundene Bildungen umgewandelt werden. Wegen der vielfachen Windungen dieser Bildungen wurde für dieselben der Name Gyrom vorgeschlagen. Da die diesbezüglichen Forschungsresultate augenblicklich noch nicht publicirt sind, muß ich mich auf das eben Gesagte beschränken. Ich darf nur hinzufügen, daß Gyrome keineswegs seltene Vorkommnisse sind und ich selbst in meiner Sammlung eine Anzahl diesbezüglicher Fälle besitze.

Aus den Gyromen gehen dadurch, daß die Wände derselben in einen Medullarzustand zurückkehren, die etwas selteneren Endotheliome hervor, welche ohne Ausnahme durch Neubildungen von Blutgefäßen und rothen Blutkörperchen zunächst Angiome und weiterhin Hämatome erzeugen.

Mein eigener Fall ist gleichfalls ein typisches Endotheliom mit Ausgang zu Angiom und Hämatombildung. Alles was ich in meinem Falle mit dem Mikroskope gesehen habe, ist eine Bestätigung der Angaben von Jones. Das Interesse wird selbstverständlich dadurch erhöht, daß hier das Hämatom geborsten war und zu einer das Leben bedrohenden Blutung in die Peritonealhöhle geführt hat. Ein Querschnitt durch das Hämatom unseres Falles ergibt ein dunkelrothbraunes Centrum mit zahlreichen Ausläufern gegen eine helle Corticalschicht, welche im Durchmesser durchschnittlich 1 Mm. beträgt, gegen die Rißstelle hin sich verdünnt und daselbst stellenweise gänzlich fehlt. Senkrechte Schnitte durch diese Bildung zeigen unter dem Mikroskope bei ganz schwacher Vergrößerung folgenden Befund:

Die Oberfläche der Geschwulst wird von einer bindegewebigen Kapsel gebildet, deren Oberfläche zarte papilläre und hügelige Erhabenheiten besitzt und gegen die Rißstelle hin namhaft verdünnt ist. In der Substanz der Kapsel befinden sich zahlreiche, in die Länge gezogene Blutextravasate, welche offenbar in Folge des Einreißens der Kapsel durch Eindringen von Blut entstanden sind; dicht unter der Kapsel beginnt die endotheliale Formation, welche das ganze Rindenlager des Hämatoms herstellt. Die Züge der Endothelien verlaufen parallel mit der Oberfläche nahe der Kapsel, während sie gegen das centrale Hämatom hin eine radiäre Anordnung zeigen, entweder vorwiegend aus cubischen oder aus in die Länge gezogenen Elementen zusammengesetzt. Am Endotheliom befinden sich vereinzelte große, arterielle und venöse Blutgefäße, letztere strotzend mit Blut erfüllt. Zahlreiche, theils im Werden begriffene, theils fertige Blutgefäße durchziehen das endotheliale Gewebe, besonders reichlich in den radiären Zügen, wo gleichzeitig auch starke Neubildung von rothen Blutkörperchen stattfindet. Sämmtliche angiomatöse Züge verlaufen gegen das centrale Hämatom, welche nur aus augenscheinlich neugebildetem Blute hergestellt wird.

An manchen Stellen ist das Blutlager gegen das Endotheliom zu durch schmale Bindegewebsbündel abgegrenzt.

In der ganzen endothelialen Rinde geht eine Neubildung von rothen Blutkörperchen vor sich. Studiren wir zunächst solche Züge von Endothelien, welche in der Umwandlung zu Angiom begriffen sind ohne ausgesprochene Blutbildung. Wir sehen theils cubische, theils in die Länge gezogene Endothelien von beträchtlicher Größe, fast sämmtlich mit runden oder oblongen Kernen versehen, in welchen sehr häufig unregelmäßige karyokinetische Figuren nachweisbar sind. Das Protoplasma der Endothelelemente ist feinkörnig; die Begrenzung zwischen den Elementen findet durch Säume von Kittsubstanz statt, in welchen stachelförmige Bildungen von wechselnder Größe und Deutlichkeit nachweisbar sind. An der stärksten Entwicklung der Stacheln sind dieselben aus Reihen stark glänzender, säulenförmiger Stückchen aufgebaut. Die Neubildung von Blutgefäßen erfolgt durch Vacuolisirung einzelner Endothelien, wobei das Protoplasma derselben abblaßt und einem Processe hydropischer Verquellung unterliegt. Sämmtliche auf diese Weise hervorgegangene Räume enthalten wechselnde Mengen von Körnchengruppen, den Ueberresten des früheren Protoplasmas. Die Räume sind direct von den unveränderten Endothelien begrenzt, so zwar, daß zwischen zwei Gefäßräumen stets ein unverändertes Endothel erhalten bleibt. Hand in Hand mit der Gefäßneubildung geht eine Neubildung von rothen Blutkörperchen vor sich, und zwar aus vergrößerten Körnchen der lebenden Materie des Protoplasmas; ferner aus den zersplitterten karyokinetischen Schlingen der Kerne und endlich aus Stückchen der vergrößerten Stacheln in der Kittsubstanz zwischen benachbarten Endothelien. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Endothelien die zuerst gebildeten Elemente sind, aus welchen hinterher durch hydropische Verquellung des Protoplasmas einzelner Endothelien Blutgefäße und durch Auswachsen der lebenden Materie des Protoplasmas rothe Blutkörperchen entstehen. Schon C. Heitzmann hat 1872 die Neubildung von Blutgefäßen und rothen Blutkörperchen als auf dieselbe Weise vor sich gehend beschrieben, wie wir dies in unseren Präparaten sehen. Er hat schon damals für Klümpchen lebender Materie, welche in Folge von Aufnahme von Hämoglobin eine deutlich gelbe Farbe und einen starken Glanz besitzen, den Namen Hämatoblasten vorgeschlagen. Dieser Name wurde von Hayem 1876 zur Bezeichnung der im Blute suspendirten Jugendformen rother Blutkörperchen benützt. Beide Forscher haben augenscheinlich für identische Bildungen identische Namen gewählt. An meinen Präparaten läßt sich die stufenweise Entwicklung der Hämatoblasten zu rothen Blutkörperchen mit großer Sicherheit verfolgen. Ich habe schon erwähnt, daß angiomatöse Züge innerhalb des Endothelioms gegen das centrale Hämatom hin verlaufen. An diesen Zügen läßt sich nun die Entwicklung des cavernösen Angioms deutlich studiren.

Wir erkennen als Ueberreste von Endothelien solide, durch gelbrothe Farbe ausgezeichnete Trabekeln, welche mächtige, vielfach miteinander anastomosirende Bluträume umschließen. Die Begrenzung der Bluträume wird vielfach durch von den großen Endothelzügen differenzirte Gefäßendothelien hergestellt, welche im Querschnitte die bekannte Spindelform besitzen. Die Endothelzüge sind grobkörnig und lassen sich innerhalb derselben kernähnliche Bildungen, sowie Kittsubstanzbildungen nur mit Mühe nachweisen. Es ist klar, daß die lebende Materie des Protoplasmas der meisten Endothelien in diesen Zügen zu Hämatoblasten angewachsen ist. An der Hämatoblastenbildung nimmt nicht nur die lebende Materie des Protoplasmas, sondern auch jene der Kerne und jene der die Kittsubstanz durchziehenden Stacheln theil. Das ist der Grund, warum weder Kerne, noch Kittsubstanz besonders ausgeprägt erscheinen. Aus den Hämatoblasten der verschiedensten Größen gehen endlich fertige rothe Blutkörperchen hervor, bei gleichzeitiger Verquellung und Disintegrirung des Protoplasmas. Blutgefäße und Blutkörper sind demnach gleichzeitige Bildungen. Letztere sind mit einer großen Menge von Körnchen gemengt, augenscheinlich den Ueberresten des ehemaligen Protoplasmas. Ist das genannte Protoplasma der Endothelien zur Umbildung von Blutkörperchen und Blutgefäßen verwerthet worden, dann fehlen die begrenzenden Endothelialzüge vollständig und sehen wir vor uns nichts weiter als eine Anhäufung rother Blutkörperchen, demnach ein Hämatom ohne körnige Ueberreste des ehemaligen Protoplasmas. Dann haben wir eine Anhäufung von Blut vor uns, über dessen Herkunft das Studium der umgebenden Endothelialbildung unzweideutige Aufschlüsse gibt. Um zu begreifen, daß durch Berstung eines Hämatoms eine so beträchtliche Blutung entstehen kann, wie dies in unserem Falle stattfand, müssen wir zu der Annahme unsere Zuflucht nehmen, daß die neugebildeten cavernösen Gefäßräume mit erweiterten Venen des Eierstockes in Verbindung stehen. Daß eine solche Communication thatsächlich besteht, habe ich zwar in meinem Falle nicht nachweisen können, aber ich weiß aus dem Studium von Präparaten anderer Endotheliome, daß in deren Umgebung die Venen mächtig erweitert und von Blut strotzend erfüllt sind, während die Arterien in Folge von Endarteritis obliterans undurchgängig geworden oder in ihrem Lumen stark reducirt sind.

Zum Schlusse will ich noch bemerken, daß die wenigen, bisher als Endotheliome von Dr. J. Pomorski in der „Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn.“, 1890, Bd. XVIII, Heft 1, geschilderten Endotheliome mächtige Geschwülste des Ovariums darstellen. Die Endotheliome, welche sich nach Dr. Jones zu Angiomen und Hämatomen umwandeln, sind dagegen keine Geschwülste, sondern Producte einer formativen Entzündung, welche nicht zu einer ausgesprochenen Vergrößerung des Ovariums führen. Hämatome sind entweder im Ovarialstroma eingebettet oder springen an der Oberfläche mehr oder weniger vor. Sie sind vom eigentlichen Ovarialgewebe stets scharf abgegrenzt und mit demselben häufig nur durch zartes, lockeres Bindegewebe verbunden.

Man kann nicht selten aus den bestehenden Symptomen und dem Resultat einer bimanuellen Untersuchung einen derartigen Zustand vermuthen, obgleich es höchst gewagt wäre, behaupten zu wollen, daß man eine Diagnose vom klinischen Befund mit Sicherheit machen kann.

Aus dem Kinderkrankenhause in Bremen.

Ueber zwei Fälle von Larynxpapillomen bei 2½jähr. Kindern.

Von **Dr. Ernst Winckler.**

(Schluß.)

Der zweite Fall betraf einen 2½jähr. Knaben, der wegen Athembeschwerden im November vorigen Jahres in das Krankenhaus geschickt war. Anamnestische Daten über die Entstehung derselben, sowie über alle sonstigen Verhältnisse fehlten. Der Knabe war unehelich geboren und erst seit kurzer Zeit mit den bereits vorhandenen Beschwerden von den Leuten, welche ihn in das Krankenhaus einlieferten, zur Pflege übernommen worden. Blasser, schlecht ernährter Knabe, athmet mit Anstrengung; langgezogene pfeifende Inspiration, bei welcher der Larynx deutlich nach unten geht und das Jugulum, epigastrium, wie die unteren seitlichen Thoraxpartien eingezogen werden. Hochgradige Hyperplasie der Gaumentonsillen und beträchtliche catarrhalische Pharyngitis. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigte sich eine maulbeerförmige, röthlichgraue Tumormasse an der Vorderfläche der hinteren Larynxwand, sonst schien der Larynx frei zu sein. 14. November Tonsillotomie.

1. December. Tracheotomia inferior. Roborirende Diät. Arsenik.

18. Januar 1895. Laryngofissur. Die Tumoren füllten den subchordalen Raum aus. Ihr Ursprung beschränkte sich im Wesentlichen auf die Vorderfläche der hinteren Larynxwand. Der obere

Kehlkopfraum, insbesondere die Taschenbänder, soweit sich dies makroskopisch erkennen ließ, waren vollkommen normal.

Die Größe des entfernten warzigen Tumors gibt Fig. 3 wieder. Nach der Abtragung desselben mit Pincette, Scheere, Paquelin Tamponade der Kehlkopfhöhle mit Jodoformgaze. Verband.

Fig. 3.
$2^1/_2$jähriger Knabe. Papillom von der Vorderfläche der hinteren Larynxwand (natürliche Größe). Nach vorausgegangener Laryngofissur entfernt.

22.—25. Januar. Verbandwechsel. Controle der Larynxhöhle. Entfernung einiger kleiner Reste, nochmalige Application des Paquelin. 1. Februar. Verbandwechsel, nochmalige Controle. Nachbehandlung mit Gazetampons. Heftpflasterverband. Heilung der Kehlkopfwunde bis zum 26. Februar. Entfernung des letzten Tampons am 12. Februar, Larynx frei; Pat. kann mit geschlossener Canüle durch den Larynx athmen und auch die Canüle tagsüber entbehren.

Vom 26. Februar bis 18. April sah ich den Pat. nicht, da ich zu einer Dienstleistung einberufen war. Wie mir berichtet wurde, stellte sich etwa 8 Tage nach meiner Abreise wieder Athemnoth ein, welche das dauernde Tragen der Canüle nöthig machte. Als ich den Knaben am 18. April wieder sah, bot die laryngoskopische Untersuchung dasselbe Bild, wie vor der Operation.

Jeder weitere therapeutische Versuch unterblieb in diesem Falle. Der Kranke wird gut gepflegt. Hat an Körpergewicht seit der Operation $2^1/_2$ Kilo zugenommen. Er soll, falls nicht besondere Umstände einen extralaryngealen Eingriff indiciren, so lange in Beobachtung bleiben, bis mit einiger Sicherheit unter Leitung des Kehlkopfspiegels die Tumoren entfernt werden können. Bemerkenswerth ist, daß der Knabe wiederholt einer genauen Lungenuntersuchung unterworfen ist. Irgendwelche Zeichen einer tuberculösen Erkrankung waren nicht zu ermitteln. Auch ihm ist bis zum 26. Februar 1895 Arsenik subcutan und innerlich gegeben worden.

Die mitgetheilten Fälle haben eine gewisse Aehnlichkeit mit dem in der Londoner laryngoskopischen Gesellschaft vom 10. Januar 1894 von Percy Kidd berichteten.

Es handelte sich auch hier um multiple Papillome bei einem 9jähr. Knaben. Innerhalb 2 Monaten wurde trotz gründlich vorgenommener Thyreotomie und Auskratzens der Tumoren eine 2. Laryngofissur nothwendig, und wieder in 3 Wochen nach der letzteren erfolgte ein neuer Nachschub. In der sich an diesen Bericht schließenden Discussion erwähnt Butlin zweier Fälle, bei welchen wegen multipler Papillome an demselben Tage die Thyreotomie gemacht wurde. In dem einen Fall war die Operation durchaus erfolgreich mit Wiedergewinnen einer guten Stimme, im zweiten Falle erfolgte ein Recidiv nach dem andern, so daß der Pat. die Canüle nicht entbehren konnte.

Solche Fälle lehren jedenfalls, daß die Resultate der Laryngofissur bei den multiplen Papillomen der Kinder durchaus unsichere sind und die Geschwülste bezüglich ihrer Recidivfähigkeit in den einzelnen Fällen prognostisch sehr verschieden zu beurtheilen sind.

Von ganz besonderer Bedeutung scheint mir das Ergebniß der mikroskopischen Untersuchung zu sein.

In meinen beiden mitgetheilten Fällen ergab dieselbe, daß die herausgenommenen Tumoren, wie es bereits nach dem makroskopischen Aussehen erwartet werden konnte, Papillombildungen waren. In beiden Fällen fand sich eine sehr starke Wucherung des Epithels und der Papillen, und zwar war der Antheil des Epithels an dieser Wucherung entschieden der größere. Das bindegewebige Stroma, das sich überall in der Achse der kolbenförmigen Epithelsprossen vorfand, war nicht besonders zahlreich. Dieser Befund wie der Umstand, daß die Epithelwucherung überall nur eine oberflächliche war, unterscheiden die Neubildung von Carcinom, welches bei dem mikroskopischen Bilde allein hätte in Frage kommen können. Herr Prof. Orth, welcher einige der Präparate controlirt hat, bezeichnete die Tumoren als Epithelioma papillosum, weil die Wucherung des Epithels das Wesentliche daran sei.

Nach den angeführten Beispielen dürfte bei den Papillomen der Kinder die mikroskopische Untersuchung an einem herausgenommenen Probestückchen nicht zu unterlassen sein, ehe man sich zu der Laryngofissur entschließt. Ergibt die mikroskopische Untersuchung Papillombildung mit ausgesprochener Epithelwucherung, so ist es zweifelhaft, ob auch nach gründlichster Ausräumung des Larynx vollkommene Restitutio ad integrum eintritt. In derartigen Fällen wird man Semon wohl zustimmen müssen, solche Geschwülste einstweilen als ein Noli me tangere zu betrachten, und wird sich, falls sie Dyspnoe verursachen, mit der Tracheotomie begnügen. Ist das Kind herangewachsen und zu der Vornahme endolaryngealer Eingriffe verständig genug, dann bieten diese bei der außerordentlichen Recidivfähigkeit der Tumoren mehr Chance, endlich den Larynx von ihnen zu befreien, als die Thyreotomie, weil sie mit der nöthigen Vorsicht ohne besondere Gefahr für den Patienten des Oefteren wiederholt werden können.

Jedenfalls scheint es mir ebenso ungerechtfertigt zu sein, wenn für jeden Fall zu der Laryngofissur gerathen wird, wie wenn vor dieser Operation ausnahmslos auf das Entschiedenste gewarnt wird. Der Mittelweg wird auch hier der beste sein. Zu ihm wird die mikroskopische Untersuchung führen. Sie ergibt einen Anhalt zur Indication und Contraindication der Laryngofissur in diesen Fällen.

Eine Ausnahme kann vielleicht dann eintreten, wenn die Tumoren schwerere catarrhalische, abwärtssteigende Zustände unterhalten — wie bei dem ersten von mir mitgetheilten Falle. Hiebei möchte ich jedoch zu bedenken geben, daß das Wachsthum der Tumoren in beiden Fällen erst nach der Laryngofissur beobachtet wurde, und daß sich nach der Tracheotomie allein die Kinder leidlich wohl befanden. Letztere beeinflußte die zunehmende Vergrößerung der Tumoren in keiner Weise, wie namentlich in dem zweiten Falle festgestellt werden konnte. Ebenso habe ich in beiden Fällen das von den englischen Autoren empfohlene Arsenik als völlig wirkungslos befunden. Ob nach dem Ecrasement der Tumoren, wie ich sie beschrieben habe, concentrirte Milchsäure oder das Glüheisen angewendet wird, scheint gleichgiltig zu sein — die Recidive bleiben doch nicht aus.

Zum Schlusse möchte ich noch kurz erwähnen, daß mir bei Operationen im Larynx nach vorausgegangener Thyreotomie eine doppelt gebogene kleine Cooper'sche Scheere, die mir der hiesige Instrumentenmacher Lindstädt nach meiner Angabe verfertigt hat, sehr gute Dienste leistete. Man gelangt mit derselben auch bei den kleinsten Verhältnissen bequem in alle Buchten und Nischen und kann das Kranke stets unter Controle der Augen genau entfernen.

Referate und literarische Anzeigen.

Wladimir K. Roth (Moskau): Meralgia paraesthetica.

Mit dem Namen Meralgia paraesthetica bezeichnet R. in einer kürzlich erschienenen Schrift (Berlin, S. Karger) eine Sensibilitätsstörung am Oberschenkel, welche gleichzeitig und unabhängig von ihm von Bernhardt in Berlin beschrieben wurde. Es ist ein längst bekannter Symptomencomplex, dem aber bisher ein eigener Name gefehlt hat, und der sich durch Schmerzen, Parästhesien und Anästhesien an der Außenseite des Oberschenkels charakterisirt; am intensivsten pflegen die Schmerzen in dem mittleren und dem unteren Drittel der Oberschenkel zu sein; sie sind von brennendem Charakter und verstärken sich beim Stehen und Gehen; bei gebeugter Stellung der Extremität, beim Sitzen oder Liegen vergeht der Schmerz gewöhnlich in einigen Minuten, zuweilen momentan; aber beim Liegen auf dem Rücken mit ausgestreckten Extremitäten tritt der Schmerz von Neuem auf. Der Schmerz folgt der Ausbreitung des Nervus cutaneus femoris externus, wird aber durch Druck auf den Nerven nicht gesteigert. Bei eintretender Besserung schwinden der Schmerz und die Parästhesie zuerst im Gebiete der oberen Verästlungen des Nerven.

Gewöhnlich ist nur eine Seite, manchmal aber sind beide Seiten ergriffen; bei beiderseitiger Affection sind der Umfang und

die Intensität auf der einen Seite wesentlich geringer als auf der anderen.

Der Verlauf der Krankheit ist meist langwierig, die Entwicklung ist ziemlich langsam; anfangs bemerken die Patienten, daß von Zeit zu Zeit die Erscheinungen der Parästhesie und Vertaubung auftreten, welche späterhin stationär werden. Das männliche Geschlecht wird häufiger ergriffen als das weibliche, meist bei wohlbeleibten Individuen mit sitzender Lebensweise; das Alter der Erkrankten schwankt zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr. Alkoholismus scheint begünstigend einzuwirken, Lues und Erkältungen scheinen keine Beziehung zur Aetiologie zu haben; traumatische Einflüsse dürften nicht ohne Belang sein.

Anatomisch liegt vielleicht ein gewisser Grad von Paraneuritis oder von Perineuritis vor, veranlaßt durch eine Reizung der Nerven beim Stehen und Gehen. R. nimmt an, daß diese Reizung auf die Dauer im Nerven eine Alteration des Blutumlaufs und einen gewissen Grad der Entzündung hervorrufe oder vielleicht auch den Nerven zur Erkrankung unter dem Einflusse äußerlicher Momente prädisponiren kann. Beim Strecken des Hüftgelenks während des Stehens und Gehens kann der Nerv gedehnt oder gedrückt werden, wobei Muskelcontractionen und venöse Stauung eine gewisse Rolle spielen. Im Verlaufe des Nerven sind vier Stellen zu nennen, an welchen er mehr oder weniger mechanischen Einflüssen zugänglich sein könnte: sein Austritt unter dem Musculus psoas, die Biegungsstelle unmittelbar unter der Spina anterior superior ossis ilei, der fibröse Canal in der Fascia lata femoris, welcher den Nerven einschließt, und die Stelle des Austritts aus diesem Canal. Wenn die Fascia lata sehr angespannt wird, so kann bei sonstigen ungünstigen Bedingungen der Nerv im fibrösen Canal gedrückt werden. An der Crista ilei anterior superior biegt der Nerv bei gestreckter Stellung der Extremität unter rechtem Winkel um und ist hier einem Drucke leicht ausgesetzt. Bei ad maximum gestrecktem Hüftgelenke und bei Contraction des Musculus sartorius und iliacus internus sind sowohl Anspannung als auch Compression des Nerven denkbar und gleichzeitig auch locale Circulationsstörung in demselben. Dagegen kann die Contraction des Musculus psoas allein wohl schwerlich eine Compression des Nerven bewirken, umsomehr, als manchmal der Schmerz auch bei Rückenlage, also bei erschlafftem Muskel, auftritt.

Die Behandlung muß sich auf den angenommenen Locus morbi, nicht auf den Locus doloris richten; bei Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Spina ilei ant. sup. verordnet R. Cantharidenpflaster und locale Massage; daneben zieht er die Galvanisation des Nerven in Anwendung und sorgt für Regelung der Diät, sowie für regelmäßige Stuhlentleerung.

R. bezeichnet diese Form der Meralgie als Meralgia paraesthetica externa zum Unterschiede von den Schmerzen in den vorderen Hautästen des Nervus cruralis, welche er Meralgia paraesthetica anterior nennt. Fe.

Aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald.

KONRAD PORT: Multiple Polypenbildung im Tractus intestinalis.

Einzelne Polypen des Darmes, besonders des Rectums, welche dem Träger wenig Beschwerden machen, sind recht häufig; recht selten aber sind multiple Polypenbildungen, die weite Strecken des Darmes erfüllen und zu Tenesmus, schweren Diarrhoen, Blut- und Eiterentleerung ex ano und zur Inanition führen. Zu den bisher beschriebenen Fällen (etwa ein Dutzend) fügt PORT („Deutsche Zeitschrift f. Chir.", XLII, Heft 1—2) eine neue Beobachtung aus HELFERICH's Klinik. Eine Nebeneinanderstellung dieser Fälle ergibt, daß es sich meist um jugendliche Patienten handelt; mehr als die Hälfte hatte das zwanzigste Lebensjahr noch nicht erreicht, und ihre ersten Krankheitserscheinungen reichten meist bis in das Kindesalter zurück; nur einmal sollen sie erst im 26., einmal sogar erst im 44. Jahre begonnen haben. Merkwürdig ist, daß sich wiederholt bei mehreren Gliedern derselben Familie das Krankheitsbild entwickelte (zwei Schwestern, Bruder und Schwester, Mutter und Kind). Die Prognose des Leidens ist außerordentlich trübe; vor Allem haben diese multiplen Polypen eine große Neigung zu maligner, carcinomatöser Degeneration, was bei dem jugendlichen Alter der Kranken umso verwunderlicher erscheint. Auch PORT's 19jähriger Patient ging an ausgedehnter Unterleibscarcinose zu Grunde; den gleichen Ausgang sahen SMITH, HANDFORD, HUTCHINSON und MAKINS. Außerdem können die gefäßreichen Polypen zur Verblutung führen (DALTON, PAGET) oder eine tödtliche Invagination veranlassen (GUILLET, GEISSLER). Nur wenn eine Anlegung des Anus praeternaturalis oberhalb der erkrankten Schleimhaut gelingt, kann wenigstens Besserung erreicht werden; aber nur zu häufig ist selbst das Coecum noch Sitz der Wucherungen. Im PORT'schen Falle fand der Obducent sogar das untere Drittel des Magens „dicht mit kleinen, erbsen- bis bohnengroßen, rundlichen, weichen Tumoren, von denen die größeren gestielt waren, besetzt". R. L.

Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Von **Prof. Dr. Carl von Noorden.** Berlin 1895. August Hirschwald.

Das vorliegende Buch ist als eine geradezu classische Monographie des Diabetes zu bezeichnen; klar, übersichtlich angeordnet und die Literatur in weiterem Ausmaße benützend, beginnt er mit der Physiologie des Zuckerhaushaltes, schildert in lichtvoller Darstellung den Stoffwechsel im Diabetes und gibt ein erschöpfendes Bild des ganzen Krankheitsprocesses und seiner Behandlung. Ein ausführliches Inhaltsverzeichniß unterstützt die Brauchbarkeit des Buches, dessen Nahrungstabellen jedem Praktiker sehr willkommen sein werden. Fe.

Feuilleton.

Zur Reorganisation im Status der österreichischen Sanitätsbeamten.

Vom Abgeordneten **Dr. Dvořák.**

(Schluß.)

Es war mir daran gelegen, nicht nur den hohen ökonomischen Werth des menschlichen Lebens ziffermäßig zu veranschaulichen und nachzuweisen, sondern wenigstens approximativ auch mathematisch darzuthun, welch ein wichtiger Zweig der Nationalökonomie das Sanitätswesen ist, welch große ökonomische Werthe die menschliche Gesellschaft dem im Allgemeinen so wenig geachteten ärztlichen Stande anvertraut, und welch würdige Rolle im gesellschaftlichen Leben der ärztliche Beamtenstand, also der getreueste Hüter und Pfleger der höchsten menschlichen Güter, unleugbar zu spielen verdienen würde. Durch die großen Errungenschaften auf dem Gebiete der Hygiene, sowie durch verschiedene Reformen der socialen Verhältnisse des Gewerbe- und Arbeiterstandes haben in den letzten Decennien auch im ärztlichen Stande nicht nur in ihm selbst, sondern auch im Verhältnisse zu anderen Ständen große Umwandlungen stattgefunden. Nach Hofrath Professor ALBERT ändert der ärztliche Stand in unserer Zeit seine sociale Stellung. Aus dem Arzte als Gewerbsmann, hierauf als Gelehrter und Künstler wird in neuerer Zeit ein Arzt als Beamter. Wohl wahr, meine Herren, es ist aber durch Erfahrungen erwiesen, daß dies nicht zu Gunsten des ärztlichen Standes stattfand, indem er weder an Ansehen noch materiell gewonnen hat. Mit der so erfreulichen und gedeihlichen Entwicklung der Prophylaxis auf dem Gebiete der Medicin, und durch Pauschalirung des ärztlichen Dienstes durch verschiedene Krankencassen schwindet allmälig die ehemalige freie und unabhängige und somit angesehene Kategorie der praktischen Aerzte κατ᾽ ἐξοχήν, sie wird archaistisch, und an ihre Stelle tritt einerseits die Kategorie der staatlichen ärztlichen Beamten, anderseits der autonomen sanitären Organe. Die menschliche Gesellschaft will jedoch nicht einsehen, daß die Verrichtungen und Pflichten des Arztes als Beamten, welchem durch seine Instructionen die Ausübung der prophylaktischen Maßregeln gegen die Entstehung und Verbreitung der Krankheiten und die Bekämpfung der antisocialen hygienischen Mißstände obliegt, ganz entgegengesetzt sind den Verrichtungen des ehemaligen praktischen Arztes κατ᾽ ἐξοχήν, welcher

sich ja bekanntermaßen nur mit der Behandlung bereits entwickelter und somit bestehender Krankheiten beschäftigte. Vom gewerblichen Standunkte allein aufgefaßt, welchen ich jedoch in der Medicin nie billigen würde, arbeitet der ärztliche Beamte als angestellter Hüter der menschlichen Gesundheit gegen die materiellen Interessen des ehemaligen praktischen Arztes und somit gegen die Interessen der praktischen Aerzte überhaupt. Für diese der menschlichen Gesellschaft auf dem Gebiete der Hygiene geleisteten Dienste wird diesen sanitären Beamten ein gewisses Honorar zutheil — Gehalt kann man einen Betrag nicht nennen, welcher zur Deckung der nöthigsten Lebensbedingungen nicht hinreicht, daher er sowohl durch den Staat, als durch die autonome Behörde auf Ausübung der Praxis angewiesen erscheint. Durch diese Phase, die dem ärztlichen Stande durchzumachen beschieden war, hat er leider nicht nur an seiner materiellen Stellung, sondern durch das Bewußtsein der Bevölkerung, auf den Arzt bei der allgemeinen Krise noch beisteuern zu müssen, auch an dem ehemaligen Ansehen viel eingebüßt.

Das ist das Los des Arztes der Neuzeit, als ein überflüssiges Uebel angesehen werden zu müssen; und glauben Sie mir, daß er die problematische Würde, in eine ihm unwürdige Beamtenkategorie eingereiht zu werden, für seine ehemalige Freiheit als praktischer Arzt sehr gerne hergeben würde. Denn man hat den Arzt ohne jedwedes tiefere Motiv nicht nur beim Militär den Combattanten derselben Rangsclasse moralisch subordinirt, sondern denselben sowohl als staatlichen, als auch als autonomen Beamten allen politischen und technischen Beamtenkategorien unbegründeterweise nicht nur nicht adäquat und äquivalent, sondern materiell untergeordnet gestellt. Ist denn die menschliche Gesundheit, meine Herren, welche man einem Sanitätsbeamten anvertraut, etwas Geringfügigeres als die Agende des politischen oder technischen Beamtenpersonales, welches in seinen Rangsclassen auch nach Annahme der vorliegenden Reformvorlage in der Sanitätsorganisation bedeutend höher gestellt sein wird als die Aerzte? Und ist die Vorbildung der ärztlichen Beamten, die scientifische Seite derselben geringer, die Verrichtungen des sanitären Beamten weniger zahlreich und anstrengend als jene anderer politischer und technischer Beamtenkategorien? Nein, meine Herren, nicht nur nicht das, sondern die Verrichtungen der sanitären Beamten sind viel absorbirender, mit einer größeren Lebensgefahr verbunden, wie die so vielen Opfer ihres Berufes in Galizien und die kleinere durchschnittliche Lebensdauer der Aerzte am besten nachweisen.

Die Verurtheilung dieser durch nichts begründeten Mißachtung und abträglichen Stellung des ärztlichen Standes findet sogar in dem Motivenberichte der Regierungsvorlage, betreffend die Reorganisation des Status der Sanitätsbeamten, durch folgende Worte ihren Ausdruck: „Die inferiore Dienstesstellung wird jedoch von den einer hohen akademischen Vorbildung sich rühmenden ärztlichen Sanitätsbeamten um so drückender empfunden, da, wie aus der beigeschlossenen Uebersicht hervorgeht, die Rangsverhältnisse bei anderen Kategorien des politischen Beamtenstandes, auch bei dem nächst vergleichbaren der technischen Beamten im politischen Staatsdienste, weit günstiger sind."

Ein einziger Blick in die dem Gesetzentwurfe beigeschlossene Uebersichtstabelle wird Sie, meine Herren, von dieser großen Disparität belehren, denn Sie werden zum Beispiel in der 7. Diätenclasse auch nach Annahme der projectirten Reorganisation blos 2·16% Aerzte, dagegen volle 26·38% Juristen finden. Die Motivirung der Einreihung der sanitären Beamten in niedere Diätenclassen durch Rücksichten auf die Möglichkeit des Nebenerwerbes durch die Privatpraxis ist in neuerer Zeit nicht nur vollkommen unbegründet, sondern auch ganz obsolet. Wird denn bei andern Beamtenkategorien der staatlichen Beamten der Nebenerwerb in freien Stunden denselben angerechnet und in die Wagschale gelegt? Und was die Privatpraxis des sanitären Beamtenpersonales anbelangt, so ist dieselbe nicht nur durch die stetige Zunahme der administrativen Agende, durch die große Menge der Inspectionsreisen und das lange Ausbleiben aus ihrem Domicil, durch die gleichmäßigere Vertheilung von fachmännisch gebildeten Aerzten in einzelnen Districten, sondern auch dadurch auf ein Minimum reducirt, daß die scientifische Ueberlegenheit der ehemaligen berühmten Kreisphysici über die auf dem Lande damals prakticirenden Chirurgen heutzutage bereits zu den historischen Reminiscenzen gehört. Ueberhaupt wäre es im Interesse des Sanitätswesens, wenn die staatlichen Sanitätsfunctionäre ihrer hohen akademischen Vorbildung, ihrer den anderen Beamtenkategorien adäquaten Rangsclasse gemäß materiell so angestellt würden, daß ihnen die Ausübung der Privatpraxis ganz untersagt werden könnte. Bei der projectirten Gehaltsregulirung der Beamten hat die Regierung, wie der vorliegende Gesetzentwurf beweist, die Gerechtigkeit für die sanitären Beamten nicht in dem Maßstabe, wie es sich gebürte, walten lassen, indem sie dieselben trotz ihrer schwierigen und gefahrvollen Dienste unter den weit günstiger situirten technischen und juridischen Verwaltungsbeamten in so abträgliche Rangsverhältnisse versetzt hat. Die Regierung hat wohl mit den Worten Seiner Excellenz des Herrn Finanzministers in der Generaldebatte anerkannt, daß „kein Widerspruch zwischen den Interessen des Beamtenstandes und den Interessen der producirenden Stände bestehe"; allein dem factischen Widerspruche zwischen den Interessen der ärztlichen und denen der anderen Beamtenkategorien hat die Regierung nicht gehörig Rechnung getragen. Ich gebe wohl Seiner Excellenz dem Herrn Finanzminister zu: „Die Beamtenschaft producirt gerade so wie die eigentlich producirenden Stände, sie producirt eine Menge geistiger Leistungen, welche für die eigentlich producirenden Stände unentbehrlich sind," allein die Regierung sollte nicht vergessen, daß jede Beamtenkategorie sowohl nach ihrer qualitativen, als auch quantitativen Production entlohnt und angestellt werden sollte, um der unverdienten und unbegründeten Herabsetzung und Unzufriedenheit vorzubeugen.

Es ist demnach kein Wunder, daß der erste und auch bleibende Eindruck, welchen dieser neue Reformgesetzentwurf in den Kreisen der Aerzte überhaupt gemacht hat, eine allgemeine Enttäuschung war. Ein derartiger Staatsbeamter hat doch wohl das Recht, auf ein den Lebensunterhalt unter allen Verhältnissen sicherndes Einkommen rechnen zu können, um Humanität üben zu können, und nicht auf ungewissen Nebenerwerb durch zufällige Privatpraxis angewiesen sein zu müssen. Allein wo wird auch unter den durch die Reorganisation geschaffenen Verhältnissen der landesfürstliche Arzt, welcher ja durchschnittlich erst im 30. Lebensjahre in den Staatsdienst zu treten vermag, welcher in der X. Diätenclasse zuweilen jahrelang einem Bezirkssecretär oder Steuercontrolor ohne jedwede höhere Vorbildung gleichgestellt ist, welcher ferner aus der IX. Diätenclasse nur äußerst selten und erst im späten Alter in die VIII. Diätenclasse bei einem Status von blos einem Fünftel Aerzte sich emporzuschwingen vermag, und dazu noch wegen vorzeitiger Dienstunfähigkeit nur in den seltensten Fällen die volle Pension erlebt, wo wird, sage ich, ein landesfürstlicher Arzt Hoffnung hegen können auf eine entsprechende Altersversorgung?

Ich schließe mit den Worten des berühmten Statistikers und Sociologen RAUCHBERG: „In dem Wettbewerbe der Nationen hat diejenige die größten Chancen, welche ihre Macht und Culturentfaltung auf der breitesten und kräftigsten physischen Basis, als welche die Bevölkerung aufzufassen ist, aufbaut."

Kleine Mittheilungen.

— Schon gelegentlich des diesjährigen Gynäkologencongresses in Wien hat Dr. GOTTSCHALK (Berlin) von einer Substanz kurz Erwähnung gethan, welche sich ihm bei Gebärmutterblutungen bewährt hat. G. macht nunmehr unter tabellarischer Anführung von 47 behandelten Fällen eingehendere Mittheilung über dieses Mittel („Ther. Monatsh.", 1895, 12. Heft). Dasselbe führt den Namen **Stypticin.** Es ist ein amorphes, fast schwefelgelbes Pulver, das sich in Wasser mit strohgelber Farbe leicht löst. Dieses Pulver ist aus dem Opiumalkaloid Narcotin gewonnen, welches unter dem Einfluß oxydirender Mittel in eine Säure, die Opiansäure, und in eine Base, das Cotarnin, zerlegt wird. Dieses Cotarnin steht chemisch dem Hydrastinin sehr nahe. Das Cotarninum hydrochloricum wurde nun von FREUND, da es sich als ein bei Gebärmutterblutungen wirksames, blutstillendes Mittel erwies, mit dem Namen Stypticin belegt. Das Mittel wurde in Pulverform zu 0·05 5—6mal täglich oder in Gelatinekapseln verabfolgt. Bei profusen Gebärmutterblutungen injicirte G. täglich 0·2 Stypticin subcutan in die Musc. glutaei. Das

Mittel wurde stets gut vertragen, nur in einzelnen Fällen, in welchen auch Opiate schlecht vertragen wurden, kam es zu Aufregungszuständen oder Uebelkeiten. Sonst kommt dem Stypticin im Gegentheile eine sedative Wirkung zu, was gerade bei dysmenorrhoischen Zuständen von Werth ist. Das Stypticin hat zunächst in allen Fällen von Blutungen in Folge von reiner Subinvolutio uteri puerperalis prompt gewirkt, desgleichen bei der fungösen Endometritis, resp. bei Blutungen oophorogenen Ursprungs. In hiehergehörigen Fällen, in welchen trotz der Auskratzung die Blutung andauerte, hat sich das Mittel bewährt, auch wenn es vor der Auskratzung ohne Erfolg genommen worden war. Ferner läßt sich das Stypticin bei Myomen und bei klimacterischen Blutungen mit Erfolg anwenden. Bei Blutungen, die durch Exsudate neben dem Uterus und Adnexgeschwülste bedingt sind, scheinen Hydrastis und Hydrastinin mehr zu wirken. Diesen Mitteln gleichwerthig ist aber das Stypticin bei den Menorrhagien rein congestiver Natur ohne pathologisch-anatomische Substrate. Bei Blutungen in Folge von Polypen des Uteruscavums ist das Stypticin machtlos; hier steht die Blutung oft mit der radicalen Entfernung der Polypen. Geradezu contraindicirt ist das Stypticin bei drohendem Abort, so lange derselbe noch aufhaltbar erscheint; ebenso bei Blutungen in der Schwangerschaft, denn durch das Stypticin werden unzweifelhaft Uteruscontractionen ausgelöst. Die Wirkung des Stypticins ist eine weit sicherere, wenn man schon 4—5 Tage vor der zu erwartenden Regel das Mittel nehmen läßt; allerdings genügen dann kleinere Dosen, etwa 4mal täglich 0·025; für die Dauer der Menstruation gebe man die doppelte Dosis. Wird man auf der Höhe einer menstruellen Blutung um Rath angegangen, so injicire man gleich 0·2 subcutan in die Glutaealmuskeln, welche Dosis man an den darauffolgenden Tagen ohne Schaden wiederholen kann. Die subcutane Einverleibung scheint überhaupt wirksamer zu sein als die interne.

— Am Schlusse einer zusammenfassenden Arbeit über **Ausspülungen in der gynäkologischen Behandlung** aus der gynäkologischen Universitätspoliklinik der königl. Charité (Prof. GUSSEROW) gibt Dr. PAUL STRASSMANN („Ther. Monatsh.", 1895, 12. Heft) folgende Uebersicht der bei den Ausspülungen in Betracht kommenden Mittel und Indicationen:

1. Bei gesunden Genitalorganen Ausspülungen unnöthig (Menstruation, Cohabitation, Schwangerschaft). Dafür äußere Waschungen.

2. Reinigende Ausspülungen (lauwarm) bei Fremdkörpern (Pessaren) in der Scheide. Auch während der Menstruation.

3. Heisse Ausspülungen (40—45—50° C.). Zusätze: die verschiedenen Salze (1 Hand voll), Mutterlaugen, Jodtinctur (1 bis 2 Theelöffel);

a) bei Amenorrhoe (Ausnahme: junge, in der Entwicklung begriffene Mädchen), Lactationsatrophie, vorzeitigem Climacterium;

b) bei mangelhafter Involution, bei chronischer Metritis;

c) bei Exsudaten (Vorsicht bei Perimetritis). Wenn Fieber vorhanden ist, befördern die heißen Ausspülungen nicht die Resorption, sondern den Durchbruch des Exsudates;

d) bei chronischen Adnexerkrankungen (für sich oder als Unterstützung bei Tampon- oder Massagecuren);

e) zur Blutstillung bei profuser Menstruation, Endometritis, Myomen etc. und sogenannten secundären Uterusblutungen (Zusatz: Acid. tannic. 1 Esslöffel).

4. Kalte Ausspülungen nur ausnahmsweise zur Blutstillung an Stelle der heißen. Bei blutenden Carcinomen vorzuziehen.

5. Medicamentöse Spülungen.

a) Scheidenerkrankungen:

α) bei „trockenem" Catarrh (Seborrhoea vaginae) die schleimlösenden Mittel Soda, Natron bicarbonicum (1 Esslöffel), Lysol (5—10 Grm.);

β) bei eiterigem Catarrh: Holzessig (zwei Eßlöffel, senile Colpitis), Zinc. sulfuricum (1 Eßlöffel), Solveol (1 bis 2 Theelöffel), Sublimat (1 : 1000, zu Händen des Arztes);

γ) bei Scheidenwunden: Kalium hypermangan. (1 Messerspitze) (Decubitus), Acid. tannic. (1 Eßlöffel), Acid. boric. (1 Eßlöffel);

b) bei Portio- und Cervixerkrankungen (Erosio, Ectropion, Catarrhus) Holzessig (2 Eßlöffel), Solveol (1—2 Theelöffel), Formalin (10%ige Lösung, 1 Eßlöffel);

c) bei Cervix- und Corpuscatarrh: zur Lösung und Fortschaffung des Secrets (Soda, Natron, Lysol) neben localer Behandlung. Keine Ausspülungen bei dem Fluor der Anämischen, bei mangelhafter Entwicklung, sondern allgemeine Therapie;

d) bei Gonorrhoe: im acuten Stadium (Urethritis, Vulvitis) keine Aus-, sondern Abspülungen (Zinc. sulf.), ebenso bei Endometritis erst im chronischen Stadium Ausspülungen. — Bei Vaginitis: Solveol. — Sublimat nie bei Schwangeren. — Bei acuten Adnexentzündungen und schmerzhaften chronischen keine Ausspülungen;

e) bei Jauchung: Creolin (1—2 Theelöffel). — Bei malignen Processen sind die Ausspülungen möglichst bald durch Trockenbehandlung (Jodoformgaze) zu ersetzen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Gehalten zu Graz vom 23.—25. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse".)

XI.

R. LEDERMANN (Berlin): Zur Histologie der Dermatitis papillaris capillitii (KAPOSI).

L. gibt zunächst eine Uebersicht über die bisherigen histologischen Untersuchungen, welche so verschiedenartig sind, daß er es für der Mühe werth fand, sich abermals histologisch mit zwei von ihm beobachteten Fällen zu beschäftigen. Er führt die Differenz der Befunde der einzelnen Autoren auf die Verschiedenheit der Entwicklungsstadien dieser Affection zurück, von denen das Untersuchungsmateriale stammte. In seinen Untersuchungen sind sämmtliche Stadien berücksichtigt. Die Anfangsstadien stellen derbe, papulöse Infiltrate, nicht aber, wie französische Autoren beobachteten, pustulöse, von einem Haare durchbohrte Efflorescenzen dar. Im ersten Stadium findet L. Knötchen mit intactem Epithel, stark erweiterten und vermehrten Gefäßen, die in der mittleren Cutisschichte von Rundzellen umgeben sind, während der Papillarkörper nur wenig entzündliche Veränderungen zeigt. Rings um die Haarbälge ist das Bindegewebe stark von Rundzellen durchsetzt, darunter viel Mastzellen. Talg- und Schweißdrüsen sind frei von Veränderungen. In den größeren Knoten wachsen die kleinzelligen Infiltrate bedeutend, sie bestehen dort aus einkernigen Rundzellen, Spindel-Epithelioiden und Plasmazellen. Auch die Infiltrate um die Haarbälge haben zugenommen. Das Rete sei jedoch noch wenig verändert, nur von vereinzelten Rundzellen durchsetzt. In oberen Epithelschichten sei zuweilen ein kleiner Eiterherd. Die Infiltration in den äußeren Haarwurzelscheiden habe im Allgemeinen etwas zu-, speciell die Mastzellen im Infiltrate jedoch abgenommen. Die Talgdrüsen seien etwas vergrößert, ohne jedoch das Centrum vorhandener Infiltrationsbezirke zu bilden. Im weiteren Stadium finde man blutig-eiterige Krusten auf dem Epithel, im Rete Malpighi zahlreiche Mitosen, die Cutis sei diffus rundzellig infiltrirt, stellenweise kleine Abscesse bildend, die auch nach der Oberfläche durchbrechen. Seitlich davon komme es zur Verlängerung der Retezapfen. Die Haare erscheinen, dem umgebenden Infiltrate entsprechend, geschlängelt, geknickt, die äußere Wurzelscheide kleinzellig infiltrirt, in ihrem Zellleib gelockert, der Markraum vielfach verengt, oft geschwunden. In der Umgebung der Haare seien Haufen von Riesenzellen mit öfters zu 20 Kernen, welche aus Talgdrüsen hervorgegangen zu sein scheinen. Neben diesen epithelialen oder Fremdkörperriesenzellen seien noch echte LANGHANS'sche Riesenzellen nach dem Typus der Tuberkelriesenzellen im Granulationsgewebe zu finden. In einem weiteren Stadium beginne erst die Bildung jungen Bindegewebes, insbesondere längs der Gefäße, das später derb und fibrös werde. Die Cutis ist in

diesem Stadium auf mehrere Centimeter verdickt. In diesen Granulationsherden und über die Bindegewebsfasern zerstreut findet man eosinophile Zellen in sehr großer Menge, außerdem kugelige Gebilde, die L. für GOLDMANN'sche Zellen oder RUSSEL'sche Körperchen hält. Theils einzeln, theils in Gruppen liegen dieselben entweder frei im Gewebe oder innerhalb einer Contour, welche als der Rand einer Zelle aufgefaßt werden müsse. Auch degenerirte, eosinophile Zellen, hydropisch geschwellte, mit kleinen Kerngranulis versehene und solche mit geblähtem Protoplasma ohne Zellgranula, endlich solche mit einer eigenthümlichen Segmentirung des Plasmas in kugelige Gebilde hat L. gesehen. Letztere stehen offenbar im Zusammenhang mit der Bildung der RUSSEL'schen Körperchen. Die elastischen Fasern sind fast überall verschwunden, die Haarbälge theils in die Tiefe gezerrt durch Seitendruck, theils in Gruppen beisammenstehend durch Compression.

Auf Grund dieser histologischen Daten, welche KAPOSI's Anschauungen gegenüber den französischen und italienischen Forschern stützen, schlägt Redner vor, diese Affection aus der von ZIEGLER aufgestellten Gruppe von infectiösen Granulationsgeschwülsten auszuscheiden und sie den „traumatischen Granulomen" zuzurechnen. Andererseits glaubt aber Vortr. doch an die Mitwirkung von Bacterien, für deren Entwicklung das Trauma nur ein veranlassendes Moment abgebe, und dies mit Rücksicht auf den progressiven Charakter der Geschwülste. Die Toxine dieser fraglichen Bacterien bewirken möglicherweise die keloide Bindegewebsbildung. Mit Rücksicht auf den klinischen und histologischen Typus der Affection möchte Redner zu der Annahme des Namens Dermatitis keloidea nucleae der Italiener, zumal er den papillaren Charakter nur als accidentelles Moment ansieht, rathen.

Ullmann, der mehrere klinisch markant ausgeprägte Fälle dieses seltenen Leidens in den letzten Jahren zu beobachten und nach Richtung der Histologie und Aetiologie zu untersuchen Gelegenheit hatte, wendete sich zunächst gegen die vom Vorredner hervorgehobene Thatsache, daß die primäre Veränderung in den Anfangsstadien des Leidens, den kleinen harten Knötchen an den Gefäßen zu constatiren sei, und zwar zu einer Zeit, wo der Follicularapparat sich noch intact finde. Nach seinen eigenen Präparaten, die mehreren Kranken dieser Art entstammen, sei schon in den kleinsten und jüngsten Knötchen periglanduläre Infiltration, beziehungsweise vermehrte Bindegewebsbildung zu constatiren, und zwar ganz unabhängig von den Veränderungen an den Gefäßen.

Der Beitrag bezüglich des reichlichen Vorkommens eosinophiler und sogenannter RUSSEL'scher Körperchen sei descriptiv sehr interessant und ihm selbst, da er darauf hin nicht speciell untersucht, auch neu, jedoch halte er diesen Befund nicht für charakteristisch, sondern insoferne für ganz belanglos, da er bei anderen Geschwülsten ebenfalls constatirt wurde.

Für die Nothwendigkeit, die bisherige Eintheilung und Bezeichnung der in Rede stehenden Affection in der vom Vorredner bezeichneten Weise zu ändern, läge wohl weder eine genügende Veranlassung, noch ein logischer Grund, noch ein genügendes neues Untersuchungsmateriale vor. Die Aetiologie dieser seltenen Affection, mit der sich Redner seit Jahren durch mikroskopische und experimentelle Untersuchungen beschäftige, sei bisher nach wie vor noch nicht in's Klare gebracht, denn die stets gefundenen Staphylococcen könnten an und für sich die primäre Induration und den eigenthümlichen chronischen Verlauf der Affection nicht erklären.

Touton schließt sich der Ansicht des Vorredners an, indem er den histologischen Befunden des Vortragenden, z. B. den RUSSEL'schen Körpern, gar keine specifische Bedeutung für den in Rede stehenden Proceß beimißt.

C. ULLMANN.

Aus den Abtheilungen der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Gehalten zu Lübeck vom 16.—21. September 1895.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse".)

XII.

Abtheilung für Chirurgie.

ROTH (Lübeck): **Ein operativ geheilter Fall von Gehirntumor.**

Der von R. demonstrirte 60jährige Pat. bot das typische Bild einer JACKSON'schen Epilepsie, und zwar begannen die in Zwischenräumen von 7—9 Tagen eintretenden clonischen Krämpfe regelmäßig im rechten Daumen und Zeigefinger, gingen dann auf den rechten Arm, zuweilen auch auf die rechte Gesichtshälfte und das rechte Bein über. Den Krampfanfällen folgten stets längere Zeit anhaltende heftige Kopfschmerzen. Im August vorigen Jahres war nach einem nächtlichen Anfalle die ganze rechte Seite mit Ausnahme des Gesichts gelähmt gewesen, die Lähmung hatte sich dann aber allmälig bis auf eine erhebliche Parese des rechten Armes zurückgebildet. Erscheinungen am Auge fehlten; der Puls war nicht verlangsamt.

Die Diagnose konnte mit Wahrscheinlichkeit auf eine wegen des Fehlens der Stauungspapille voraussichtlich nicht große Neubildung in der Gegend der linken Centralfurche gestellt werden, und zwar wurde in erster Reihe an ein Gumma gedacht, da Pat. angab, früher einen Schanker gehabt zu haben. Eine Jodkali- und Schmiercur hatte allerdings immer den Erfolg gehabt, daß die heftigen Kopfschmerzen, nicht aber die Krampfanfälle nachließen. Durch den Befund bei der Operation am 23. October wurde diese Annahme, es handle sich um ein Gumma, nicht beatärkt. Bei der Ausmeißelung eines Haut-Periost-Knochenlappens mit unterer Basis aus der Gegend der linken Centralfurche erwies sich der Knochen erheblich verdickt und zeigte an seiner Oberfläche zahlreiche Hyperostosen und Osteophyten. Die Dura mater war von einer braunrothen, Granulationsgewebe ähnlichen Masse bedeckt. An dem aufgeklappten Knochenstücke war beim Emporhebeln ein Theil der Neubildung haften geblieben, das Stück selbst war in der Mitte angefressen und, entsprechend einer schon von außen fühlbaren seichten Stelle, erheblich verdünnt. Das erkrankte Knochenstück wurde von seinem Perioste losgetrennt und entfernt, die braunrothe, der harten Hirnhaut ziemlich locker anhaftende Neubildung wurde mit einem scharfen Löffel abgekratzt, die Dura mater nicht verletzt; auch war sie nirgends durch die Neubildung zerstört. Die frisch untersuchten Massen erwiesen sich unter dem Mikroskop als aus Rundzellen zusammengesetzt.

Die Operation hatte auf das Leiden keinen Einfluß, vielmehr trat Ende Januar 1895 eine rapide Verschlimmerung des Zustandes ein. Die Anfälle von nächtlichen Kopfschmerzen wurden sehr heftig, Pat. wurde vergeßlich, die Sprache schwerfällig. Dabei stellte sich ein großes Schwächegefühl ein, so daß der Kranke den ganzen Tag zu Bette lag. Der Puls war nicht verlangsamt, der ophthalmoskopische Befund auch jetzt noch negativ. Es wurde am 4. Februar die Schädelhöhle in der alten Narbe eröffnet. Nach Entfernung der narbigen Dura mater mit dem Messer kam eine braunroth gefärbte, pulsirende Masse zu Gesicht. An einer Stelle am Rande ließ sich eine Grenze zwischen dieser und der grauen Gehirnoberfläche erkennen, und es gelang schließlich mit Mühe, einen weichen Tumor, der in die Furchen zwischen die Windungen hineingewachsen und an einigen Stellen mit der Pia mater fester verklebt war, größtentheils stumpf heraus zu holen. Im Grunde der etwa hühnereigroßen Höhle lag die comprimirte, bei der Entfernung der Geschwulst zum Theil aufgerissene Oberfläche des Gehirns. Auffällig war, daß sich die Gehirnoberfläche in wenigen Minuten, die noch zur Blutstillung verwendet werden mußten, hob und die Höhle sich so um etwa ein Viertel verkleinerte. Die von ARNOLD in Greifswald untersuchte Geschwulst erwies sich als ein von den Perithelien der Gefäße ausgehendes Peritheliom.

Unmittelbar nach der Operation war zunächst die Lähmung des Armes eine totale; das rechte Bein und die rechte untere Gesichtshälfte waren in hohem Grade paretisch, die Paraphasie recht erheblich. Bald aber zeigte sich eine regelmäßig fortschreitende Besserung. Zunächst verschwand die Parese des Gesichtes und der unteren Extremität, dann verlor sich nach und nach die Paraphasie. Die körperlichen und geistigen Kräfte hoben sich. Die Unbesinnlichkeit verschwand. Die Anfälle von Kopfschmerzen blieben aus, ebenso sind die Krämpfe nicht wiedergekehrt. Erst sehr allmälig nahm die Parese des Armes ab.

Abtheilung für Laryngo-Rhinologie.

WINCKLER (Bremen): **Erfahrungen über den Zusammenhang von Nasen- und Augenerkrankungen.**

Die Erfahrungen wurden gemeinsam mit dem Augenarzte Herrn Dr. SYLLA, und zwar vorzugsweise im bremischen Kinderkrankenhause gesammelt.

Unter 164 augenkranken Kindern hatten 67 Erkrankungen der oberen Luftwege, speciell solche der Nase. Von Bedeutung

scheint die gefundene Zahl der Nasenkranken bei den scrophulösen Augenleiden 86 : 48 = circa 50% W. zu sein. Er räth in diesen Fällen, eine genaue rhinoskopische Untersuchung nicht zu unterlassen. Seitdem im Kinderkrankenhause auch principielle durchgreifende Nasenbehandlung scrophulöser Augenleidender eingetreten ist, hat sich die Recidive derartiger Augenerkrankungen ganz wesentlich verringert.

Um das Abhängigkeitsverhältniß eines Augenleidens von einer Nasenerkrankung zu erklären, erläutert W. folgende anatomische Thatsachen: 1. Den Zusammenhang des orbitalen und nasalen Venen-, wie Lymphsystems; 2. den Zusammenhang des orbitalen Zellgewebes mit dem der Flügelgaumengrube; 3. den Zusammenhang der Nerven, die Auge und Nasenschleimhaut versorgen.

Was die nasale Therapie anbelangt, so sei dieselbe günstig, wenn es sich um Nasenverstopfungen durch chronische Schleimhautschwellungen handelt — undankbar, wenn ein Nasenleiden, das sich auf atrophischer Nasenschleimhaut abspiele, behandelt werden soll. Im letzteren Falle seien Recidive des Augenleidens häufig zu beobachten. Im Besonderen warnt W. vor Cauterisationen der Nasenschleimhaut bei gleichzeitig vorhandenem Augenleiden. Er hat die besten Resultate von der blutigen Beseitigung chronischer Hyperplasien der Nasenschleimhaut gesehen. Ist der chronische Schwellungscatarrh durch Nasenhöhlenerkrankungen bedingt, so seien zunächst diese nach chirurgischen Principien in Behandlung zu nehmen. A.

Notizen.

Wien, 28. December 1895.

Zur Reform der medicinischen Studien- und Prüfungsordnung.

Die Enquête im Unterrichtsministerium.

Die vom Unterrichtsminister einberufene Enquête tagte, wie bereits gemeldet, am 19., 20. und 21. d. M. und hat das ihr vorgelegte reiche, in 14 Fragen formulirte Material in vier Sitzungen erledigt, die mehr als 20 Stunden währten. Nachdem wir in vorwöchentlicher Nummer das Ergebniß des ersten Tagen resumirend mitgetheilt, sind wir nunmehr in der Lage, einen authentischen Bericht über die seitens der Enquête erfolgte Beantwortung der ihr unterbreiteten Fragen zu liefern. Wir beschränken uns heute darauf, diesen Bericht zu erstatten und behalten uns vor, auf die nunmehr bevorstehenden einschneidenden Aenderungen der derzeit giltigen Studien- und Prüfungsordnung eingehend zurückzukommen.

Nachfolgend die theils einstimmig, theils per majora zu Stande gekommenen Enquête-Beschlüsse:

1. Frage: Soll die Studienzeit verlängert werden? — Antwort: Nein.

2. Frage: Sollen die naturwissenschaftlichen Fächer Gegenstand von Zwangscollegien und Prüfungen bilden?

Antwort: Nein, doch wird die Einführung eines Collegiums über Biologie ohne Prüfung empfohlen.

3. Frage: Sollen überhaupt obligate Collegien eingeführt werden? — Antwort: Ja.

4. Frage: Welche obligate wöchentliche Stundenzahl ist zu normiren? — Antwort: Zwanzig Stunden.

5. Frage: Sollen die grundlegenden naturwissenschaftlichen und die medicinischen Fächer in zwei gesonderte Studiengruppen zerfallen? — Ja.

6. Frage: Welche Fächer sollen in der ersten Studiengruppe obligat sein?

Systematische Anatomie, Secirübungen, Physiologie, physiol. Uebungen, Physik (f. Mediciner), Chemie (f. Mediciner), Histologie u. histologische Uebungen durch je 2 Semester. Den Studirenden zu empfehlen, aber nicht obligat seien: Medicin. Hodegetik, Grundzüge der Biologie, Geschichte der Medicin und Embryologie.

7. Frage: Sollen die beiden Studiengruppen durch eine strenge Prüfung geschieden sein? — Antwort: Ja.

8. Frage: Wie ist diese Prüfung einzurichten? Zeitpunkt und Art der Prüfung.

Als Prüfungsgegenstände sind anzusetzen: Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie und Histologie. Diese Prüfungen müssen am Ende des 4. oder zu Beginn des 5. Studiensemesters abgelegt werden und sind als I. Rigorosum zu bezeichnen.

9. Frage: Welche Fächer sollen in der zweiten Studiengruppe obligat sein?

Allgemeine und experimentelle Pathologie (zwei Semester), Pharmakologie und Receptirkunde (mit Uebungen) (2 Semester), pathologische Anatomie und Histologie (2 Semester), pathologisch-anatomische Secirübungen, interne Klinik (3 Semester), Chirurgie (3 Semester), Geburtshilfe und Gynäkologie (2 Semester), Augenheilkunde, gerichtliche Medicin, gerichtlich-medicinische Uebungen, Hygiene mit bacteriologischen Uebungen, pathologisch-histologische Uebungen, Kinderheilkunde, Dermatologie und Syphilidologie, Psychiatrie. — Als obligate Curse sind zu normiren: Curse über Laryngologie, Otiatrie, Impfkunde, Zahnheilkunde und ein chirurgischer Operationscurs. Empfohlen wird ferner die Einführung klinischer Practica als Fortsetzung und Ergänzung des klinischen Unterrichts, deren Zahl und Materien im Wege einer eigenen Instruction festzustellen sein werden. — Als nicht obligate Gegenstände wurden Sanitätsgesetzkunde, Veterinärkunde, Seuchenlehre, Toxikologie, Kriegschirurgie, Orthopädie und Instrumenten- und Verbandlehre bezeichnet.

10. Frage: Soll diese Studiengruppe etwa durch eine Prüfung unterbrochen werden? — Antwort: Nein.

12. Frage: Wie sind die Prüfungen am Schlusse der zweiten Studiengruppe einzurichten?

Es sollen zwei weitere Rigorosen abgehalten werden, und zwar sollen bei jeder dieser Rigorosen sechs Fächer obligate Prüfungsgegenstände sein. Beim II. Rigorosum: Allgemeine und experimentelle Pathologie, Pharmakologie und Receptkunde, pathologische Anatomie und Histologie, interne Medicin, Kinderheilkunde, Psychiatrie. Beim III. Rigorosum, welches frühestens 3 Wochen, spätestens ein Jahr nach dem II. Rigorosum abzulegen ist: Chirurgie, Dermatologie und Syphilidologie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Augenheilkunde, gerichtliche Medicin, Hygiene. Mit Ausnahme der allgemeinen Pathologie, der Pharmakologie und Receptkunde beim II., sowie der gerichtlichen Medicin und Hygiene beim III. Rigorosum, welche nur theoretisch geprüft werden, sollen die Prüfungen lediglich praktische (am Krankenbette, dem Phantom und der Leiche) sein, wobei der Prüfer sich auch über das theoretische Wissen des Candidaten ein Urtheil zu bilden vermag.

11. Frage: Kann in dieser Studiengruppe auch die praktische Ausbildung genügende Berücksichtigung finden oder soll dieselbe erst nach Abschluß der Studien erfolgen?

13. Frage: Welche Vorkehrungen sind bezüglich der praktischen Ausbildung des Arztes nach Vollendung der Studien zu treffen?

Im unmittelbaren Anschluß an die Promotion ist ein obligater einjähriger Spitalsdienst in von der Regierung hiezu zu bestimmenden Spitälern zu leisten. Das Freiwilligen Halbjahr ist in diese Dienstzeit einzurechnen.

2

14. Frage: Was ist bezüglich der einjährig-freiwilligen Mediciner vorzukehren?

Es hat die thunlichste Berücksichtigung derselben bei der Studieneintheilung etc. (vgl. Beantwortung der 13. Frage) stattzufinden.

(Gegen die ärztliche Reclame.) Aus Prag wird uns berichtet: Das Präsidium der Aerztekammer für das Königreich Böhmen bringt folgende Schlußsätze, betreffend die ärztliche Reclame, welche in der am 12. December 1895 abgehaltenen Vollversammlung der Kammer einstimmig angenommen wurden, sämmtlichen Kammerangehörigen zur Kenntniß: 1. Jede Reclame eines Arztes, sei sie nun offen oder versteckt, kommt, insofern sie den Zweck verfolgt, die Aufmerksamkeit des Publikums auf sich zu lenken, um daraus erwerblichen Vortheil zu ziehen, einem Feilbieten ärztlicher Hilfe gleich und ist des ärztlichen Standes unwürdig zu erklären. 2. Unter diesen Begriff fällt jedoch nicht, wenn ein Arzt nach erfolgter Niederlassung oder Wohnungsveränderung, nach längerer Krankheit oder Abwesenheit die Aufnahme seiner Praxis in öffentlichen Blättern ohne jeden marktschreierischen Zusatz mehrmals hintereinander anzeigt. Ebenso sind Collectiv-Anzeigen der Aerzte in Curorten bei Beginn der Saison, jedoch mit Vermeidung aller nicht akademischen und nicht staatlich zulässigen Titulaturen gestattet. 3. Das Annonciren von Privatheilanstalten mit Angabe ihres Inhabers oder ärztlichen Leiters ist principiell nur in medicinischen Fachblättern zulässig. Das Annonciren von Heilanstalten in Tagesblättern ist insoferne gestattet, als sich dasselbe nur auf Angabe des Sitzes und Zweckes der Anstalt beschränkt und weder als ständiges Inserat erscheint, noch mit Beisätzen versehen ist, die eine marktschreierische Tendenz haben. 4. Als versteckte Reclame muß bezeichnet werden, wenn Aerzte nachgewiesenermaßen Empfehlungen im redactionellen Theile der Zeitungen, Anpreisungen von gelungenen Curen in Zeitungen und Brochuren, öffentliche Danksagungen auf dem Wege der Presse veranlassen. 5. Die Uebertretung dieser Vorschriften ist nach § 12, Alinea 5 des Gesetzes vom 22. December 1891 dem ehrenräthlichen Verfahren (und zwar in der Section, der der Beschuldigte angehört) zu unterziehen.

(Arzneitaxe für das Jahr 1896) In der soeben für das Jahr 1896 herausgegebenen Arzneitaxe erscheint bei 43 Arzneimitteln der Pharmakopoe und bei 17 der Thierheilmittel eine Preisherabsetzung und nur bei 18 Mitteln der Pharmakopoe und 6 der Thierheilmittel eine Preiserhöhung durchgeführt. Von sämmtlichen 623 Arzneimitteln sind 370 = 59% ausschließlich, 21 = 3% nur in der von der Pharmakopoe vorgeschriebenen Form den Apotheken vorbehalten; 51 = 8% sind auch geprüften Handelsleuten zum Verkaufe überlassen, 154 = 25% sind völlig frei verkäuflich; weitere 27 = 4% können unter Beobachtung der Vorschriften der Giftverordnung auch außerhalb der Apotheken feilgehalten werden. Die Taxe für die Gefäße wurde dahin erweitert, daß für den äußerlichen Gebrauch Preise für die sechseckige Form grüner, weißer und gelber Medicingläser eingestellt sind. Diese Gläser sind überdies an zwei Seiten gerippt und tragen die Signatur „Aeußerlich" eingegossen. Ihre Verwendung ist vorläufig keine obligatorische, die definitive Einführung soll vielmehr noch von der praktischen Erprobung dieser Neuerung abhängen. Für die Herstellung der Verbandmittel sind einfachere Bestimmungen aufgenommen worden; die Preise derselben mußten wegen der gestiegenen Baumwollpreise zumeist eine Steigerung erfahren. Eine Neuerung besteht noch darin, daß dem Texte der bisherigen Arzneitaxverordnungen noch jene Verordnungen angeschlossen sind, welche die Regelung der Verkaufsbefugnisse in Bezug auf Arzneiwaaren, sowie die Regelung des Handverkaufes derselben in Apotheken zum Gegenstande haben.

(XII. Internationaler medicinischer Congreß.) Das Executiv-Comité des in der Zeit vom 19.—26. August 1897 in Moskau stattfindenden Congresses versendet soeben das Reglement desselben. An der Versammlung, welche unter dem Protectorate des Großfürsten Sergius Alexandrowitsch tagt und dessen Comité aus den Proff. F. KLEIN (Präsident), KOJEWNIKOW (Vicepräsident), ERISMANN (Generalsecretär), FILATOW (Schatzmeister), ferner DIAKONOW, TIKHOMIROW, NEYDING, OSTROSUMOW und KORSAKOW zusammengesetzt ist, kann jeder Arzt als ordentliches, jede einen wissenschaftlichen Titel führende Person als außerordentliches Mitglied theilnehmen. Die Mitgliedskarte, welche gegen Einsendung der Visitkarte und des Beitrages von 10 Rubel (= 25 Frcs.) an den Schatzmeister ausgefolgt wird, berechtigt den Inhaber zur Theilnahme an allen officiellen Veranstaltungen, Versammlungen etc. des Congresses und gibt Anspruch auf ein Exemplar der „Arbeiten". Außerordentliche Mitglieder können nur an den Arbeiten jener Sectionen theilnehmen, welchen sie beigetreten sind. Sie erhalten alle Publicationen des Congresses, haben aber nicht das Recht, an den Berathungen über die Organisation desselben theilzunehmen. Der Zweck des Congresses ist ein ausschließlich wissenschaftlicher. Seine Arbeiten werden in 12 Sectionen (Anatomie, Physiologie, Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie, Allgemeine Therapie, inclusive Pharmakologie etc., Interne Medicin, Pädiatrie, Neuropathologie und Psychiatrie, Dermatologie und Syphilidologie, Chirurgie [einschließlich Kehlkopf-, Ohren- und Zahnkrankheiten] und Augenheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologie, Hygiene und gerichtliche Medicin) erledigt werden. Außerdem sind drei allgemeine Sitzungen in Aussicht genommen. Die Betheiligung an den Congreßarbeiten, das Thema und die Thesen sind vor dem 13. Januar 1897 beim Organisations-Comité anzumelden, welches über die Zulassung entscheidet. Kein Vortrag darf die Zeit von 20, Bemerkungen in der Discussion die von 5 Minuten überschreiten. Als officielle Congreßsprache ist die französische gewählt. In den allgemeinen Sitzungen können Vorträge auch in einer anderen europäischen Sprache, Vorträge und Discussionen in den Sectionssitzungen auch in deutscher oder russischer Sprache gehalten werden.

(Hart bestrafte Fruchtabtreibung.) Der Gerichtshof von Warwick in England hat kürzlich eine Hebamme zum Tode verurtheilt, weil sie an einer verheirateten Frau, Mutter von sechs Kindern, eine Fruchtabtreibung vorgenommen hatte, welche für letztere mit dem Tode in Folge des Eingriffes endete.

(Cholera.) In der Zeit vom 17.—22. December d. J. wurden aus Galizien nur mehr 5 Erkrankungen und 2 Todesfälle (gegen 11 Erkrankungen und 7 Todesfälle in der Vorwoche) an Cholera asiatica gemeldet. Die Gesammtzahl der seit 23. August d. J. constatirten Choleraerkrankungen beträgt 429, die Mortalität 65·2%.

(Statistik.) Vom 15. bis inclusive 21. December 1895 wurden in den Civilspitälern Wiens 6669 Personen behandelt. Hievon wurden 1357 entlassen; 175 sind gestorben (11·42% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 88, egyptischer Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 128, Scharlach 113, Masern 417, Keuchhusten 89, Wundrothlauf 33, Wochenbettfieber 4, Parot. epid. 1, Influenza 1, Rötheln —, follicul. Bindehaut-Entzündung —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 648 Personen gestorben (+ 14 gegen die Vorwoche).

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Steffen A., Ueber einige wichtige Krankheiten des kindlichen Alters. Abhandlungen und Beobachtungen aus dem Stettiner Kinderspital. Tübingen 1895, Laupp'sche Buchhandlung.

Küster Ernst, Die Krankenpflege in Vergangenheit und Gegenwart. Marburg 1895, N. G. Elwert.

Kolisch R., Ueber Wesen und Behandlung der uratischen Diathese. Stuttgart 1895, F. Enke.

Stavenhagen A., Einführung in das Studium der Bacteriologie und Anleitung zu bact. Untersuchungen für Nahrungsmittelchemiker. Stuttgart 1895, F. Enke.

Schäffer O., Atlas und Grundzüge der Gynäkologie. Band III von Lehmann's med. Handatlanten. München 1896, J. F. Lehmann.

Neisser A., Stereoskopischer med. Atlas. V., VI. und VII. Lief. Cassel 1895, Th. G. Fischer & Co.

Neumann H., Aerztliche Anweisungen für die Mütter kranker Kinder. Berlin 1895, O. Coblentz.

Ziehen Th., Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen. Jena 1896, G. Fischer.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Albrecht Barsis.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

ad Z. $\frac{1481}{1895}$ B. V.

Concurs-Ausschreibung.

Für den im Vertretungsbezirke Teplitz neu errichteten Sanitätsdistrict VIII Zuckmantel-Tischau mit 4779 Einwohnern wird hiemit eine

Districtsarztesstelle

mit dem Amtssitze in Zuckmantel, dem Jahresgehalte von 600 fl. ö. W. und 16 fl. Reisepauschale ausgeschrieben.

Die Besetzung erfolgt zunächst für ein Jahr provisorisch, nach dessen Ablauf kann die Dienstesstelle definitiv verliehen werden. Bewerber um diese Stelle haben

a) ihre physische Eignung,
b) die österreichische Staatsbürgerschaft,
c) die Berechtigung zur ärztlichen Praxis,
d) die moralische Unbescholtenheit

nachzuweisen und ihre demgemäß belegten, gestempelten Gesuche bis 20. Jänuar 1896 hieramts einzubringen.

Bezirksausschuß Teplitz,
am 20. December 1895. 51
Der Bezirksobmann: Stöhr m. p.

Stelle eines Gemeindearztes

für die Sanitätsgruppe **Stadt Drosendorf**, N.-Oe., mit einem Einkommen von 800 fl. ist sofort zu besetzen. — Gesuche mit Zeugnissen sind an den Bürgermeister J. Hohlbaum zu richten. 51

Im Status der Sanitätsbeamten der Gemeinde Wien gelangen 36 Stellen städtischer Aerzte (für Armenbehandlung und Todtenbeschau) in der X. Rangsclasse, 2. Kategorie, mit dem Gehalte von 900 fl., dem Quartiergelde von 400 fl. und dem Anspruche auf zwei Triennalzulagen à 100 fl. zur Besetzung. Gesuche um die bezeichneten Stellen sind bis 31. December im Einreichungsprotokolle des Magistrates zu überreichen.

Districtsarzt für das Comitat Bacs-Bodrogh. Gehalt 500 fl. Gesuche bis 1. Februar an das Ob.-St.-A. B.-Kula.

ANZEIGEN.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstrasse 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstrasse 12.